

C
JK
JR
ISSN: 2985-1203

วารสารวิชาการและการพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

THE ACADEMIC AND NURSING JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, CHAKRIRAJ

VOL.5 NO.2
(JULY-DECEMBER 2025)

ISSN: 2985-1203 ONLINE
ISSN: 2730-3993 PRINT

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถ ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

Objectives

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits. and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

กำหนดการออกวารสาร: ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม - มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479 – 82 โทรสาร 032-330483
Website: www.ckr.ac.th

Publish: each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

Office: Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj
99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district, Banpong district,
Ratchaburi Province 70110 Tel. 032-330479-82,
Fax. 032-330483, Website: www.ckr.ac.th

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ๆ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีราช

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการหลัก

ผศ.ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการ

ผศ.พลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นันทิยา วัฒนาย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

(เกษียณอายุราชการ)

ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

ผศ.ดร.มุกข์ดา ผดุงงาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

อ.ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

อ.ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (เกษียณอายุราชการ)

อ.ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

อ.ดร.กัญจน์อมล ปานแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผศ.ดร.รุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปุณยนิช เมธาบวรนนท์

นางสาวพรประภาสุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

โรงพิมพ์ส.พันธ์เพ็ญ

552/1 ถนนชนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani
College of Nursing, Chakriraj

Vol.5 No.2 July -December 2025

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

CHIEF EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Ployprakay Chalardlon M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D.,RN. (Assoc.Prof.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhonpathom Rajabhat University (retire)

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal

Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat

University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Kanamon Pankaew PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang PhD, RN (Asst. Prof.)

Pomprapa Sukpol B.A. (Marketing)

Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

S. Phanphen Printing House:

552/1 Thanasarn Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Surin District, Surin 32000

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 (ISSN: 2985-1203) โดยวารสารได้รับการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) ซึ่งทางวารสารยังคงให้เป็นพื้นที่สำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของบุคลากรสายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา โดยบทความในฉบับนี้สำหรับฉบับนี้ มีบทความวิจัย 10 เรื่องและบทความวิชาการ 1 เรื่อง มีความครอบคลุมเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ทั้งด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา บทความแต่ละเรื่องได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blind) ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนให้ผลงานวิจัยและวิชาการมีคุณภาพมากขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและนำไปใช้ในการพัฒนาด้านการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาต่อไป ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่นำเสนอบทความที่ทรงคุณค่า และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาในการพิจารณาให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ

ทั้งนี้ เพื่อคุณภาพของวารสาร จึงจำเป็นต้องทำงานอย่างเข้มข้นเพื่อให้ผลงานที่มีคุณภาพได้เข้าตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

สารบัญ

บทความวิจัย

- e003099 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี
Factors influencing health services access among elderly in Ban Kum Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi
จารุภา สวัสดิ์มงคล
- e003185 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
Effectiveness of a self-management program for patients with chronic obstructive pulmonary disease at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province
วาสนา มีช้าง
- e003349 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี
The effectiveness of care program for pregnant women at risk of preterm birth at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province
ณัฐพัชร์ วิเศษสิงห์
- e003386 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ
Effectiveness of telehealth service models on HbA1c levels among Type II diabetes patients in Thailand: A systematic review
ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, กรรณมณ นาชัยภูมิ, สุดาวรรณ สันหมอยา
- e003391 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
Factors Related to Resilience in Nursing Students
กมลทิพย์ ใจมาคำ, จิตวลัย ทุนกาศ, ณัฐฐิมาภรณ์ สร้อยแพ็ชร
- e003393 ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2
The effects of a health literacy promotion and social support program on health literacy and self-care behaviors among older adults with Type II Diabetes Mellitus
สุนิสา คำชื่น, อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ, บรรจง จันทวีวัฒน์

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

e003424 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Factors Influencing the Decision to Confirm Colorectal Cancer by Colonoscopy of People in Ban Pong District Ratchaburi Province

พงษ์ศักดิ์ จรุงเรืองทรัพย์

e003454 การพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

Development of the Heal Jai Application in Promoting Mental Health among Higher Education Students

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ชมพูนุท แสงวิจิตร, วีระชัย เชื้อนแก้ว, วินัย รอบคอบ

e003534 ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

The relationship between ethical climate and ethical nursing practice among third- and the fourth-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala

นุรฮาฟิซา นาเซ็ง, มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข, อารีนา กาลาแต, ต่วนนุรมี นิเม, อามีนะห์ ประดู่, อาปีตะห์ จะปะกียา, โนรฟาเรียล บูโย๊ะ, มาสตะห์ วายะโยะ

e003715 ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

Food sanitation literacy of the food entrepreneurs club in Health Region 5

วีระศักดิ์ โรจนาศรีรัตน์

บทความวิชาการ

e003408 บทบาทพยาบาลชุมชนกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

The Strategic Role of Community Nurses in Promoting Health Literacy for the Prevention and Early Detection of Diabetic Retinopathy in Diabetic Patients

นวรรรัตน์ ใจกล้า, กมลภุ ถนอมลัตย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

Factors influencing health services access among elderly in Ban Kum Sub-District Health Promoting Hospital, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi Province

จารุภา สวัสดิมงคล*

Jarupa Savaddimongkon*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม จังหวัดเพชรบุรี

*Ban Kum Subdistrict Health Promotion Hospital, Phetchaburi Province

Corresponding author: Jarupa Savaddimongkon; Email: jarupa_15@hotmail.com

Received: April 21, 2025; Revised: August 31, 2025; Accepted: August 31, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 311 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้นแบบพหุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.80 อายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 58.80 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 53.70 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.60 ส่วนใหญ่เป็น โรคเบาหวาน ร้อยละ 29.60 ใช้ระบบประกันสุขภาพบัตรทอง ร้อยละ 75.90 และระยะทางในการเข้าถึงสถานบริการ ประมาณ 1 กิโลเมตร ร้อยละ 56.30 ระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.01, SD = 0.31) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.41, SD = 0.23) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เพศ (p = .021) ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ (p < .001) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (p < .001) และความเป็นรูปธรรมของการบริการ (p < .001)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีอิทธิพล, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was survey research with the objective of examining the factors influencing healthcare service accessibility among the elderly at Ban Kum Subdistrict Health Promoting Hospital, Phetchaburi Province. The sample consisted of 311 elderly individuals residing in Ban Kum Subdistrict, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi Province, selected through stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire on factors influencing healthcare service accessibility of the elderly, which was validated for content validity by three experts, yielding a content validity index (CVI) ranging from .67 to 1.00. The reliability of the instrument was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of .84. Data was analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The findings revealed that most of the participants were female (60.80%) and aged 60–64 years (58.80%). Most households consisted of 4–6 members (53.70%), with a monthly income of less than 5,000 baht (64.60%). Regarding health status, diabetes mellitus was the most common condition (29.60%). The majority were covered by the Universal Coverage Scheme (gold card) (75.90%), and 56.30% lived within approximately 1 kilometer of a healthcare facility. The elderly's perception of service quality was rated at a high level ($\bar{X} = 4.01$, $SD = 0.31$), and their overall healthcare service accessibility was also rated at a high level ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.23$). The factors significantly influencing healthcare service accessibility included gender ($p = .021$), trustworthiness ($p < .001$), assurance ($p < .001$), and tangibility of services ($p < .001$).

Keywords: factors influencing, access to health services, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์ส่งผลให้คนมีสุขภาพดี และมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก สังคมผู้สูงอายุ (aging society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด สำหรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) จะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ" (aged society) และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะขยับเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ.2576 ดังข้อมูลสถิติผู้สูงอายุสัญชาติไทย พ.ศ. 2567 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 13,450,391 คน จากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 64,989,504 คน หรือร้อยละ 20.70 ของประชากรไทย¹

ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพไม่เท่ากับกลุ่มคนที่ฐานะดีกว่า อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยไม่สามารถเดินทางโดยลำพังในการมารับบริการด้านสุขภาพได้ และขาดความรู้ในการดูแลตนเองทำให้พบปัญหาการเข้าถึงสถานบริการ ถึงแม้ว่ามีสิทธิบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม² การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพ เป็นศักยภาพการบริการด้านสุขภาพที่แท้จริงของระบบการให้บริการกลุ่มประชากร และเป็นบริการที่มีความเพียงพอตลอดเวลาทุกสถานที่เมื่อผู้รับบริการต้องการ โดยจุดสำคัญในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามความจำเป็นนั้นได้ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจน การใช้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริง ทุกสิ่งจะต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น มีความ

พอเหมาะระหว่างผู้ใช้บริการและระบบบริการสุขภาพ³ และความสามารถของผู้รับบริการไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้าถึงบริการประกอบด้วย เช่น ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแลไม่ว่าจะด้วยตนเองหรือพึ่งพาคนอื่น⁴ และการรับรู้สิทธิประกันสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญ ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ การให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนการเจ็บป่วยสูงกว่าในวัยอื่น ๆ และยังคงเป็นกลุ่มที่พึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งผู้สูงอายุทุกกลุ่มยังมีปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการในสถานบริการแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ไม่มีใครพามา ไม่มีค่าเดินทาง เสียรายได้จากการประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดระบบบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการในสถานบริการสุขภาพให้สะดวกรวดเร็วอย่างเป็นระบบ⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน 13 หมู่บ้าน ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 1,389 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม จำนวน 1,340 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 31 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 18 คน ในทุก ๆ เดือนมีผู้สูงอายุมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม เพื่อรับยาโรคประจำตัว มารับบริการตามนัด และมารับบริการอื่น ๆ เช่น การนัดแผนโบราณ การรักษาโรคทั่วไป เป็นต้น และจากการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ขยายบทบาทในการพัฒนาการจัดการด้านสุขภาพมากขึ้น โดยมีการจัดการบริหารและบริการด้านสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของคนในพื้นที่ บูรณาการกับหลายหน่วยงาน ทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้นระบบการบริการสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ พร้อมทั้งจัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ภายในเขตรับผิดชอบและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้นมีหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคคล สังคม และระบบบริการสุขภาพ โดยอาจรวมถึงปัญหาด้านการเดินทางไปยังสถานพยาบาล เช่น ขาดรถโดยสารประจำทาง มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว หรือไม่มีคนพาไป มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือค่าเดินทางได้ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการต่าง ๆ ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการเดินทางหรือการใช้บริการ เช่น มีปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน หรือการเคลื่อนไหว และผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล ทำให้ไม่กล้าไปพบแพทย์หรือเข้ารับบริการ ในการศึกษาปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้สูงอายุของตำบลบ้านกุ่มครั้งนี้ ต้องการศึกษาว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ในเชิงบวกเกี่ยวกับคุณภาพของบริการสุขภาพ มักจะมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ง่าย ในขณะที่การรับรู้เชิงลบอาจเป็นอุปสรรค โดยการรับรู้คุณภาพการบริการเป็นความเชื่อและทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อคุณภาพของบริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรวดเร็วในการให้บริการ ความสุภาพของเจ้าหน้าที่ ความสะอาดของสถานที่ และความเพียงพอของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และความสามารถในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ นอกจากนี้อาจพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจ-สังคม ที่อาจมีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย⁶

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีด้าน

ประชากรศาสตร์ของเพนเดอร์⁷ กำหนดตัวแปรต้นเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การใช้สิทธิ์ระบบประกันสุขภาพ ระยะทางในการเข้าถึงสถานบริการ และตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยการรับรู้คุณภาพบริการของผู้อายุ ได้แก่ 1) ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ 2) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 3) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 4) ความใส่ใจผู้มาใช้บริการ และ 5) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ตามแนวคิดของการรับรู้คุณภาพการบริการ⁸ ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของอเดย์และแอนเดอร์เซน⁹ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้เป็นตัวกำหนดในเชิงนโยบายและกำหนดแผนในการปฏิบัติงาน เป็นการตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่เท่าเทียมกันมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ สามารถร่วมทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,389 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาระหว่างเดือนระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2568 ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีด้านประชากรศาสตร์ตามแนวคิดของเพนเดอร์⁷ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ⁸ ประกอบด้วย 1) ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ 2) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 3) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 4) ความใส่ใจผู้มาใช้บริการ และ 5) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ⁸ และได้กำหนดตัวแปรตามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยสังเคราะห์แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของอเดย์และแอนเดอร์เซน⁹ ดังภาพที่ 1

พื้นที่หมู่บ้านในความรับผิดชอบ	ประชากร	ตัวอย่าง	ร้อยละ
หมู่ที่ 5 บ้านโพธิ์	110	24	7.72
หมู่ที่ 6 บ้านบางปลาหมอ 1	62	14	4.50
หมู่ที่ 7 บ้านบางปลาหมอ 2	41	9	2.89
หมู่ที่ 8 บ้านวัดกุฎี	52	12	3.86
หมู่ที่ 9 บ้านกุ่ม1	37	8	2.57
หมู่ที่ 10 บ้านกุ่ม2	43	10	3.22
หมู่ที่ 11 บ้านใหม่	36	8	2.57
หมู่ที่ 12 ใต้เหมืองใหญ่	52	12	3.86
หมู่ที่ 13 วัดปากคลอง	79	18	5.79
รวม	1,389	311	100.00

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่หมู่บ้าน จำนวน 13 หมู่บ้านที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี
2. มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพในจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2567
3. เป็นผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม 2566-30 กันยายน 2567)
4. สามารถพูดสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้
5. มีคะแนน MMSE 25 ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำวิจัยหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้งานวิจัย^{11, 12, 13} ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระบบประกันสุขภาพที่ใช้ และระยะทางในการเข้าถึงสถานบริการ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ จำนวน 5 ข้อ 2) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ จำนวน 3 ข้อ 3) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ จำนวน 5 ข้อ 4) ความใส่ใจผู้มาใช้บริการ จำนวน 4 ข้อ และ 5) การตอบสนองต่อผู้รับบริการจำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ ระดับการรับรู้มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) และน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹⁴

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 11 ข้อ 3) ด้านการรักษาพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60) น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ จากวิทยาลัยพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านปฐมภูมิ 1 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รหัสเลขที่โครงการวิจัย PBEC No. 68/2567รับรองวันที่ 23 ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดเพชรบุรีแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ติดต่อบริษัทผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายแบบสอบถาม ในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง
2. ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมและให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำตนเองอธิบาย วัตถุประสงค์ในการศึกษาขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลทั้งหมด ถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จนครบจำนวน 311 คน
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมอธิบายวิธีการเก็บข้อมูล
4. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยไปชักถามเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 60.80 อายุอยู่ระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 58.80 ประจำตัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 29.60 มีจำนวนสมาชิกอยู่ในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 53.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 64.60 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 75.90 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ในระยะ 1-5 กิโลเมตร ร้อยละ 56.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n= 311)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	122	39.20
หญิง	189	60.80
อายุ (ปี)		
60-64	183	58.80
65-69	106	34.10
70-75	22	7.10
$\bar{X} = 1.48, SD = 0.62, Min = 62, Max = 73$		
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)		
1-3	89	28.60
4-6	167	53.70
7-10	55	17.70
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 5,000	201	64.60
5,000-10,000	45	14.50
10,001-20,000	31	10.00
> 20,000	34	10.90
$\bar{X} = 1.67, SD = 1.03, Min < 500, Max > 20,000$		
ท่านมีโรคประจำตัว		
ไต	29	9.30
เบาหวาน	32	10.30
เบาหวาน	92	29.60
ความดันโลหิตสูง	89	28.60
ไขมันในเลือดสูง	54	17.40
หัวใจ	15	4.80
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	54	17.40
ระบบหลักประกันสังคม	21	6.80
ระยะทางในการเข้าถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)		
1-5	175	56.30
6-10	73	23.50
11-15	63	20.30
$\bar{X} = 1.63, SD = 0.79, Min = 1-5$		

2. ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01, SD = 0.31$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความใส่ใจผู้ มาใช้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19, SD = 0.52$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี (n= 311)

ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ	4.12	0.39	มาก
การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	3.79	0.51	มาก
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.99	0.57	มาก
ความใส่ใจผู้มาใช้บริการ	4.19	0.52	มาก
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	3.91	0.42	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.01	0.31	มาก

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.41$, SD = 0.23) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, SD = 0.40) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี จำแนกรายด้าน (n= 311)

การเข้าถึงคุณภาพการบริการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	4.11	0.26	มาก
2.ด้านป้องกันและควบคุมโรค	4.46	0.30	มากที่สุด
3. ด้านการรักษาพยาบาล	4.57	0.40	มากที่สุด
4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.50	0.34	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.41	0.23	มากที่สุด

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.90 (Adjusted R² = .230, p < .05) โดยพบว่า การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้มากที่สุด (Beta = .409, t = 5.812, p < .05) ซึ่งสามารถเขียนสมการวิเคราะห์การถดถอย ดังนี้

$$Y = 4.165 + .409 + .204 + .200 + .082 \text{ ดังแสดงในตารางที่ 5}$$

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p-value
เพศ	.038	.026	.082	1.467	< .002*
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	.079	.024	.200	3.363	< .001*
ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ	.115	0.37	.204	3.119	< .001*
การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	.179	.031	.409	5.812	< .001*
R square = .479, Adjusted R square = .230, F = 21.171, Constant = 4.165					

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้คุณภาพการบริการ และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกลุ่ม อำเภอมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี มีดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ คือ เพศ ร้อยละ 1.40 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Standard Error) เท่ากับ .223 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$)

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าบุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนตัวแตกต่างกัน เช่น เพศต่างกัน และประสบการณ์ที่ได้รับแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลทำให้การเข้าถึงสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว⁷

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า เพศ เป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยเพศหญิงรับรู้สิทธิประโยชน์มากกว่าเพศชาย¹⁵

1.2 การรับรู้คุณภาพการบริการของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการรับรู้คุณภาพการบริการของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยพบว่าความใส่ใจผู้มาใช้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า การรับรู้คุณภาพการบริการที่ส่งผลต่อการเข้าใช้ของผู้รับบริการนั้นต้องประกอบด้วย 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตรวจสอบต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ 5) การรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลทำให้สามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพทำให้บุคคลสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เช่น ในการแสวงหาบริการและผู้ให้บริการที่เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (self-care) เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี⁸

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการหลังรับบริการผู้รับบริการมีระดับการรับรู้คุณภาพบริการในภาพรวมและรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก¹⁶ และยิ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาการรับรู้คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความภักดีของผู้รับบริการ ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัดเจ้าอาม พบว่า ระดับการรับรู้คุณภาพการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจต่อผู้รับบริการ รองลงมา ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ¹⁷

1.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ โดยพบด้านการรักษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การบริการสุขภาพที่ไม่มีคุณภาพหรือบุคลากรที่ไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะใช้บริการถ้าการไม่เข้าใจในขั้นตอนการขอรับบริการหรือสิทธิประโยชน์ที่ได้รับอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ถ้ามีการบริการที่มีคุณภาพอาจทำให้ผู้สูงอายุใช้บริการมากขึ้นได้ รวมไปถึงถ้าผู้สูงอายุเข้าใจในระบบบริการจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว⁹

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร ในภาพรวม พบว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมาก เมื่อพิจารณาตัวแปรในแต่ละมิติ พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนาในมิติการยอมรับคุณภาพบริการ พบมากที่สุด รองมาคือ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ¹⁸ เช่นเดียวกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก¹⁹

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สำหรับปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.90

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก จึงทำให้เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการด้านรูปธรรมของการบริการ ได้แก่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ไว้ให้บริการ และการจัดสถานที่ที่มีความสะอาดและความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งที่ตั้งของโรงพยาบาลใกล้และสะดวกในการเดินทาง และเจ้าหน้าที่มีความเชี่ยวชาญและมีความรู้ความชำนาญในการตรวจรักษาจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจและเชื่อถือการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่และทำให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม จึงทำให้ปัจจัยการรับรู้คุณภาพการบริการ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความไว้วางใจความน่าเชื่อถือ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการรายได้และ การรับรู้ประกันสุขภาพ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในทิศทางเดียวกัน¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการในด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เป็นระบบบริการสุขภาพแบบตั้งรับในหน่วยการบริการที่มุ่งเน้นการรักษาพยาบาล เพื่อทำให้ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมั่นใจในการรักษา
2. เจ้าหน้าที่ควรส่งเสริมความร่วมมือของผู้นำระดับพื้นที่ในการจัดบริการสาธารณสุข การบริหารจัดการเครือข่าย การกำกับคุณภาพการบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ให้มีความเข้มแข็งและเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับทีมบริการสาธารณสุขระดับพื้นที่ให้การรับรู้ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น
2. ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สามารถนำไปเป็นแนวทางการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
<https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
2. สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในหน่วยบริการปฐมภูมิ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2565.
3. Penchansky R, Thomas JW. The concepts of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
4. Bodenheimer TS. Patterns of American ambulatory care. *Inquiry*. 1970;7:26-33.
5. Freeborn DK, Greenlick MR. Evaluation of performance of ambulatory care systems: Research requirements and opportunities. *Med Care*. 1973;11(2 Suppl):68-75.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม. ข้อมูลผู้สูงอายุตำบลบ้านกุ่ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี. เพชรบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม; 2567.
7. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall; 2006.
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49(4):41-50. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
9. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
10. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
11. กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คิตสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ใน: เรื่องเต็มการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14; 2560; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2560. หน้า 1939-49.
12. ธัญลักษณ์ วิชัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2566.
13. สรวรรค์ สุดแก้ว. คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตาล อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
15. อาจารย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

16. กนกวรรณ แพรขาว. คุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารพุทธชินราชเวชสาร. 2560;34(2):158-60.
17. วิภารัตน์ อวยพร. การรับรู้คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความภักดีของผู้รับบริการในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัดเจ้าอาาม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธนบุรี; 2564.
18. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตทวีวัฒนา. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2561;13(1):105-16.
19. อภิชัย คุณนิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(5):75-80.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

Effectiveness of a self-management program for patients with chronic
obstructive pulmonary disease at Bo Phloi Hospital,
Kanchanaburi Province

วาสนา มีช้าง*

Wassana Meechang*

โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

*Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Wasana Meechang; Email: wassana14mee@gmail.com

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

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อพลอย จำนวน 30 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการวิจัย 1. โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การประเมินตนเอง 2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .86 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่

ผลการวิจัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 8.73$, $SD = 2.24$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.06$, $SD = 1.61$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.34$, $SD = 0.29$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.14$) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a self-management program among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province. The sample consisted of 30 COPD patients who received treatment at the hospital, selected using simple random sampling. The research instruments included: 1) a self-management program comprising goal setting, data collection, data processing and evaluation, decision-making, action, and self-evaluation; 2) a knowledge test on COPD; and 3) a self-management behavior questionnaire for COPD patients. These tools were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.86 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.77. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that before participating in the program, the average COPD knowledge score was at a low level (\bar{X} = 8.73, SD = 2.24), while after participation, the average score increased to a moderate level (\bar{X} = 12.06, SD = 1.61). The average self-management behavior score was at a low level before the program (\bar{X} = 2.34, SD = 0.29) and improved to a moderate level after participation (\bar{X} = 3.49, SD = 0.14). The differences in both knowledge and behavior scores were statistically significant ($p < .001$).

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, self-management program, self-management behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายในระดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก¹ และจากรายงานกลุ่มมาตรฐาน การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของระบบคลังข้อมูลสุขภาพด้านการแพทย์ (Health Data Center, HDC)² พบว่าในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย จำนวน 187,831, 191,829, และ 192,618 ตามลำดับ เสียชีวิต ร้อยละ 9.91, 10.89, และ 10.28 ตามลำดับ และพบว่าในเขตสุขภาพที่ 5 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15,216, 15,187, และ 15,444 ราย ตามลำดับ โดยเสียชีวิต ร้อย 7.68, 7.53, และ 7.26 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดกาญจนบุรี มีจำนวนผู้ป่วยสูงเป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 5 รองจากสุพรรณบุรีและสมุทรสาคร

โรงพยาบาลบ่อพลอยให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและทีมเยี่ยมบ้าน กลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังเป็นปัญหาลำดับต้นๆของทีมดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยมีการเข้ารับรักษาในแผนกฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันในปี 2565-2567 จำนวน 119 ราย, 196 ราย และ 198 ตามลำดับ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย, 13 ราย และ 10 รายตามลำดับ³ จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า จากสาเหตุมาจากการขาดความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบและพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ยังสูบบุหรี่ ใช้อาพันธ์ไม่ถูกโดยเฉพาะผู้สูงอายุ การขับเสมหะไม่ถูกวิธี การฝึกหายใจไม่ถูกต้อง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอน ฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายกลับบ้านแล้วก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีเยอร์ (Creer)⁴ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนการปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถ รับรู้อาการ

และอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรค ช่วยให้เกิดทักษะการจัดการตนเองที่ดี มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ และเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการตนเองที่ดี อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยในชายและเป็นเลขานุการผู้ดูแลผู้ป่วยรับผิดชอบตัวชี้วัดที่สำคัญของโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะทำการศึกษารื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของครีเยอร์ (Creer) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมลดการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อพลอย ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 209 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตัวแปรตาม คือ ความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเอง และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ศึกษาข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 – มิถุนายน 2568 ณ โรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเอง⁴ มาเป็นหลักในการจัดการความรู้และพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (goal setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประยุกต์แนวคิดของเครียร์⁴

1. การตั้งเป้าหมาย ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ด้านปัจจัยกระตุ้น ด้านการใช้ยา ด้านพฤติกรรม ด้านการดูแลต่อเนื่อง และฝึกการบันทึกข้อมูล
2. การรวบรวมข้อมูล ลงปฏิบัติจริง เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์
3. การประเมินและประมวลผลอาการ รวบรวมข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง หาสาเหตุ ปัจจัย ที่ทำให้อาการหอบกำเริบ
4. การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติการป้องกันอาการหอบกำเริบ การจัดการเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบได้อย่างถูกต้องตามคู่มือ
5. การลงมือปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง การออกกำลังกาย การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี การจัดทำทางเพื่อลดอากาศเหนียวหอบ ติดตามอาการทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน
6. การประเมินตนเอง รวบรวมข้อมูล สอบถามปัญหาอุปสรรค แก้ไขปัญหา ร่วมกัน ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง

ตัวแปรตาม

- ความรู้
- พฤติกรรมการจัดการตนเอง
- การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อพลอยในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 209 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ่อพลอย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567- มิถุนายน 2568 จำนวน 30 คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size)⁶ เท่ากับ .96 ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 25 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางกายและจิต ที่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินโดยอายุรแพทย์ประจำโรงพยาบาลบ่อพลอย

2. สามารถพูดสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้สื่อสารโทรศัพท์ได้

3. มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

4. มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอยู่ในภาวะวิกฤติหรือคุกคามต่อชีวิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามที่กำหนด
3. ย้ายการรักษา หรือต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น ในขณะที่ทำการศึกษา
4. เสียชีวิตระหว่างการร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง⁴ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) การตั้งเป้าหมาย (goal selecting) 2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (action) 6) การประเมินตนเอง (self-reaction)

2. คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นคู่มือให้ความรู้ ใช้ภาพประกอบและมีเนื้อหาบรรยายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติศึกษาเพิ่มเติมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจ การออกกำลังกาย การใช้ยา การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การป้องกันและจัดการอาการกำเริบของโรค หายใจจะมีแบบบันทึกการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกและติดตามตนเองเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการเลิกบุหรี่ การใช้ยา การออกกำลังกาย การฝึกการหายใจ การป้องกันและการจัดการเมื่ออาการกำเริบ อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมาย ประเมินผลข้อมูล ตัดสินใจปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลการจัดการตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผู้ดูแล อาชีพ โรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่ สภาพแวดล้อมในบ้านและละแวกบ้าน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเหนื่อยจนใช้ยาพ่นฉุกเฉินที่บ้านหรือไม่ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเหนื่อยจนต้องมาพ่นยาหรือนอนโรงพยาบาลหรือไม่

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถาม 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค ความรู้เรื่องการใช้ยา การออกกำลังกาย อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การไออย่างถูกวิธี การบริหารปอด การฉีดยาวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อความเชิงบวก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ไม่ทราบได้ 0 คะแนน การแปลผลตามช่วงคะแนน ระดับความรู้มาก (คะแนน 13-15 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนน 10-12 คะแนน) ระดับความรู้น้อย (คะแนน ≤ 9 คะแนน)⁷

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ แปลผลดังนี้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.51-2.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00) ระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00)⁸

4. แบบบันทึกการกลับมาปรึกษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และแบบทดสอบ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรงพยาบาลบ่อพลอยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม และรับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรัง อาจารย์ด้านการพยาบาลชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช และพยาบาลวิชาชีพที่ชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (I-CVI: Item content validity index) เท่ากับ .86 และทดสอบคุณภาพและความเป็นไปได้ของโปรแกรม เท่ากับ 4.24 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลบ่อพลอย จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามด้านพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO.5 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย ในการเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ให้สิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย การปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

1. หลังได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากผู้ร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามและลงนามในใบยินยอม โดยชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกเวลาและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประชาสัมพันธ์และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จำนวน 30 ราย

ระยะดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครือข่าย โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การกำหนดเป้าหมาย ที่คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ่อพลอย

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่างอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนวิจัยการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคลและข้อมูลทางสุขภาพ

2. กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียนร่วมกิจกรรม ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ประเมินสัญญาณชีพ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

4. ให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเรื่องอาการหายใจลำบากที่เคยเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาอาการหายใจลำบากที่ทำแล้วได้ผลดี การดูแลสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน และทำการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกัน

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและพยาธิสภาพของโรค อาการ การรักษาและการใช้ยา การป้องกันและการจัดการอาการหอบกำเริบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัย

6. ผู้วิจัยฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยการสอนและสาธิตเรื่อง การใช้ยาพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่ถูกต้องวิธี การจัดทำทางลดอาการหอบเหนื่อย แล้วให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ

จนเกิดความมั่นใจ และเปิดโอกาสให้สอบถามในประเด็นที่ไม่มั่นใจหรือยังไม่เข้าใจ พร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

7. กำหนดเป้าหมายหลักในการจัดการตนเองร่วมกันในกลุ่ม เช่นลดหรือเลิกสูบบุหรี่ อาการหายใจลำบาก ลดลง ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินผลการปฏิบัติได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

8. ฝึกบันทึกลงข้อมูลต่างๆ เช่น ปัจจัยที่กระตุ้นให้อาการหอบกำเริบ จำนวนการพ่นยาในแต่ละครั้ง ระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 1.30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-3 การรวบรวมข้อมูล ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงการปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งประเมิน แนวโน้มการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติจัดการด้วยตนเอง ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 10 - 15 นาที

สัปดาห์ที่ 4 การประเมิน ประมวลผลข้อมูลอาการ และการตัดสินใจ ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ่อพลอย ประเมินความก้าวหน้าการปฏิบัติจัดการตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติจัดการตนเองที่ผ่านมา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดสะท้อนความรู้สึก และผลการปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีเทคนิคอะไรที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติ และให้เลือกตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงเสนอวิธีการแก้ไข ปัญหาในการป้องกันอาการหอบกำเริบ เลือกวิธีการออกกำลังกายและวิธีการบริหารปอดที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อนำไปปฏิบัติต่อ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 การลงมือปฏิบัติ โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นเตือนและเสริมสร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ สามารถปรึกษาปัญหาหรือ อุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมและประเมินสภาวะแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ระยะทางและการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก ทบทวนความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเอง การฝึกทักษะการจัดการตนเอง เช่นการฝึกบริหารหายใจ การออกกำลังกาย การไอขับเสมหะอย่างถูกวิธี การจัดทำทางเพื่อลดอาการหอบเหนื่อย ใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา และการบันทึกกิจกรรมและผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในคู่มือการจัดการตนเอง ใช้เวลาทำกิจกรรม ประมาณ 30 นาที -1ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ่อพลอย ติดตามความต่อเนื่องและประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติจัดการตนเอง ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเองที่ผ่านมา ให้กลุ่มตัวอย่างพูดสะท้อนความรู้สึกและผลการปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีเทคนิคอะไรที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย สอบถามปัญหาอุปสรรค ทบทวนความรู้และทักษะ สรุปประเด็นปัญหาโดยรวมและรายบุคคล ตอบข้อสงสัยและให้กำลังใจกลุ่ม ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 60 นาที

สัปดาห์ที่ 10 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความต่อเนื่องและกระตุ้นการปฏิบัติจัดการตนเอง สร้างแรงจูงใจ ซักถามปัญหาอุปสรรค ประเมินอาการทั่วไป ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 10-15 นาที

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินตนเอง ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลบ่อพลอย เป็นการติดตามผลและเก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบทดสอบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุดเดิมสรุปผลลัพธ์การจัดการตนเอง ทำแบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโปรแกรมการจัดการตนเอง ให้รางวัลผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผลลัพธ์ดีขึ้นและเป็นกำลังใจชื่นชม แจ้งให้ทราบการสิ้นสุดการวิจัยพร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 120 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบ t-test

3. การเปรียบเทียบอัตราการ Re-admit ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติพรรณนา โดยหาความถี่ ร้อยละ

โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ $p = .240$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.30 มีอายุเฉลี่ย 72.40 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 มีผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 76.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 36.70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.70 มีประวัติการสูบบุหรี่เคยสูบแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 70.00 โดยสูบบุหรี่ 20-40 มวนต่อวัน ร้อยละ 46.70 ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่ 11-20 ปี ร้อยละ 36.70 มีคนในบ้านสูบบุหรี่ ร้อยละ 36.70 บ้านอยู่ใกล้แหล่งการเผาอ้อยเผาถ่าน ร้อยละ 30.00 มีอาการเหนื่อยต้องใช้อาพ่นฉุกเฉินที่บ้าน ร้อยละ 73.30 มีอาการเหนื่อยหอบ และนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 40.00 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 8.73 (SD = 2.24) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 12.06 (SD = 1.61) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรู้น้อย	20	66.70	3	10.00		
ระดับความรู้ปานกลาง	8	26.60	16	53.30	15.81	< .001*
ระดับความรู้มาก	2	6.70	11	36.70		
\bar{X} , SD	$\bar{X} = 8.73$	SD = 2.24	$\bar{X} = 12.06$	SD = 1.61		

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 2.34 (SD = 0.29) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ใน

ระดับปานกลาง เท่ากับ 3.49 (SD = 0.14) โดยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับปฏิบัติน้อย	22	73.30	0	0		
ระดับปฏิบัติปานกลาง	8	26.70	19	63.30	22.65	< .001*
ระดับปฏิบัติมาก	0	0.00	11	36.70		
\bar{X} , SD	$\bar{X} = 2.34$	SD = 0.29	$\bar{X} = 3.49$	SD = 0.14		

* $p < .05$

4. การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำ (ภายใน 28 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีการกลับมารักษาซ้ำ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ไม่กลับมารักษาซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง (n=12)

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลับมารักษาซ้ำ	2	16.70	0	0.00
ไม่กลับมารักษา	10	83.30	12	100.00

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม ๓ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ผลการศึกษาข้อนี้ชี้ให้เห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยทำขึ้นมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ power point คลิปวิดีโอ ภาพพลิก คู่มือการดูแลตนเอง โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การป้องกันและจัดการอาการกำเริบของโรคและการฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ เช่น การฝึกการหายใจ การไอที่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การใช้อาพ่น ช่วยให้อาการกำเริบของโรคลดลง ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการดูแลตนเองสามารถจัดการอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลลาไสย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งสาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมอาการโดยเฉพาะอาการหายใจลำบากบางส่วนขาดทักษะและไม่เห็นความสำคัญของการใช้อาพ่นควบคุมอาการ ใช้อาพ่นไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางรายยังมี

การสูบบุหรี่เป็นประจำ และหลังได้รับรูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ เช่นเดียวกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองได้โดยการ เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ตามแนวคิด 6 ขั้นตอน ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้คือ 1. กิจกรรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบ 2. กิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองด้วยการสอนและสาธิตเรื่อง การใช้ยาพ่น การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่ถูกวิธี การจัดทำทางลดอาการหอบเหนื่อย แล้วให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ 3. กิจกรรมติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงการปฏิบัติกิจกรรม 4. กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนและเสริมสร้างกำลังใจ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ สามารถปรึกษาปัญหาหรือ อุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น 5. กิจกรรมการประเมินตนเอง เป็นการติดตามผลและเก็บข้อมูลหลังทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยจะได้รับระบบบริการสุขภาพตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย 2) การฝึกทักษะผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย 3) ระบบการส่งต่อและการเชื่อมประสานการดูแล 4) ระบบพี่เลี้ยงและติดตามกำกับ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดชุม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นและอาการหายใจลำบากลดลง¹¹

3. การเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบว่าการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ ทำกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง ตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายด้วยตนเอง การรวบรวมข้อมูล การประเมิน ประมวลข้อมูลอาการ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง การลงมือปฏิบัติตามที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้และการประเมินตนเอง โดยเฉพาะการฝึกทักษะการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มีความเข้าใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน ไม่เกิดอาการหอบกำเริบจนต้องมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อความรู้ และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สำหรับการใช้จ่ายสูดพ่นขยายหลอดลม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้จ่ายสูดพ่นขยายหลอดลมชนิด Handihaler, Accuhaler, และTurbuhaler ได้ถูกต้องทุกขั้นตอน และใช้จ่ายสูดพ่นขยายหลอดลมชนิด Metered Dose Inhaler (MDI) ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งไม่พบกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและนอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์¹²

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสหวิชาชีพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความสามารถในการจัดการตนเองป้องกันอาการหอบกำเริบรวมทั้งลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและนำกระบวนการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ถ้าต้องการให้พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระดับมาก มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาให้มากขึ้น และควรมีกกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาสจาก นพ.ไชยวัฒน์ เพชรพรรณงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัญญา ปลดเปลื้อง ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย รวมทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ่อพลอยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสนับสนุนมาโดยตลอด รวมถึงขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
2. Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC): report on COPD cases and mortality in Thailand 2022–2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>
3. โรงพยาบาลบ่อพลอย. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบ่อพลอย. กาญจนบุรี: โรงพยาบาลบ่อพลอย; 2567.
4. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Hersen M, Ammerman RT, editors. Advanced abnormal psychology. New York: Springer; 2000. p. 459-75.
5. ศิวพล ศรีแก้ว, ชนิศรา แสนยบุตร, ปวีณกานต์ จวนแสง, นิสากร วิบูลชัย. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2):149-62.

6. ทักษนา วงศ์กิตติรัตน์. ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต. 2563;1(4):78-92.
7. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
8. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall Inc; 1986.
9. จักรายุทธ ภาณุตานนท์. การพัฒนารูปแบบส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกมลาไสย. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;3(3):23-34.
10. อำไพ หลังบุเต๊ะ, พาริดา สูเต็น, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(4):346-50.
11. ศศิธร แสงสุข, ไสว โสมาบุตร, มนัสนันท์ สุพรรณโมก. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลยโสธร. 2562;3(1):1-16.
12. สิริรัตน์ วรวิเชียรวงษ์, ศรีวรรณ ตั้งจิตสมคิด, นุชนารถ เนียมศรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(1):187-96.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด
โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

The effectiveness of care program for pregnant women at risk of preterm
birth at Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province

ณัฐพัชร์ วิเศษสิงห์*

Natthapat Wisetsing*

โรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

*Bo Phloi Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Natthapat Wisetsing; Email: natthapat653@gmail.com

Received: July 7, 2025; Revised: September 12, 2025; Accepted: September 18, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๒) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓) กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 16-30 สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลบ่อพลอย จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด 2) คู่มือการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด 3) แบบทดสอบความรู้ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ผ่านการตรวจสอบจากทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 17.73$, $SD = 2.31$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓) คะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.23$, $SD = 1.31$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติมาก ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.82$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.46$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest–posttest design aimed to: (1) compare the mean knowledge scores of pregnant women before and after participating in the program, and (2) compare the mean self-care behavior scores of pregnant women before and after participating in the program. The sample consisted of 30 pregnant women with gestational age between 16–30 weeks who attended antenatal care at Bo Phloi Hospital. The participants were selected using purposive sampling. The research instruments included: (1) a care program for pregnant women at risk of preterm birth, (2) a self-care manual for pregnant women at risk of preterm birth, (3) a knowledge test, and (4) a self-care behavior questionnaire for pregnant women at risk of preterm birth. The instruments were validated by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00, and the reliability of the questionnaire was confirmed with Cronbach's alpha coefficient of .73. Data was analyzed using paired t-test statistics.

The study found that before participating in the program, the mean knowledge score was at a high level ($\bar{X} = 17.73$, $SD = 2.31$). After participating in the program, the mean knowledge score remained at a high level ($\bar{X} = 20.23$, $SD = 1.31$). The mean post-program knowledge score was significantly higher than the pre-program score ($p < .001$). Regarding self-care behaviors, before participating in the program, most participants demonstrated behaviors at a high level ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.82$). After the program, participants demonstrated behaviors at the highest level ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.46$). The mean post-program self-care behavior score was significantly higher than the pre-program score ($p = .002$).

Keywords: care program for pregnant women, risk of preterm birth, self-care behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยเป็นปัญหาสำคัญทางสูติกรรม การคลอดก่อนกำหนดเป็นการคลอดที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึงก่อน 37 สัปดาห์ หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์¹ โดยการคลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลัก จึงมักมีการวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์มาประกอบ ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร² การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9.98³ ในประเทศที่พัฒนาแล้วการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณ ร้อยละ 5 - 18 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคนต่อปี⁴ สำหรับประเทศไทย อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนด พบประมาณ ร้อยละ 8 - 12 หรือ 80,000 รายต่อปี⁵ จากสถิติในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) ในเขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ปีพ.ศ. 2565 - 2567 ร้อยละ 9.94, 9.86 และ 8.71 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดกาญจนบุรี พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ปีพ.ศ. 2565 - 2567 ร้อยละ 9.06, 9.65 และ 9.63 ตามลำดับ⁶ ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกปี กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลบ่อพลอยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ตั้งอยู่ในเขตอำเภอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบสถิติการคลอดและอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565–2567 มีทารกคลอดจำนวน 172, 194 และ 183 รายตามลำดับ โดยพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.49, 6.15 และ 4.92 ตามลำดับ⁷ แม้จะไม่สูงเกินกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7) แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่สำคัญและสมควรได้รับการแก้ไข การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องได้รับการรักษาด้วยยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก สำหรับสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนด เช่น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การทำงานหนัก การสูบบุหรี่ การไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ความเครียด และการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ⁹ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการต่อความเครียด การใช้ยาและสารเสพติด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สำหรับบริบทพื้นที่ของโรงพยาบาลบ่อพลอย หญิงตั้งครรภ์มีสาเหตุการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและทารก ได้อย่างปลอดภัย และเหมาะสม

การเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทารก คือทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะจอตตาเจริญผิดปกติ หรือโรคปอดเรื้อรัง ถือเป็นภาวะของครอบครัวเป็นอย่างมาก นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิด¹⁰ และสำหรับมารดาผู้คลอด หลังคลอดจะได้รับผลข้างเคียงจากการได้รับยาเร่งการเจ็บครรภ์ เช่น ทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ภาวะง่วงนอน แน่นหน้าอก หายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอดได้ นอกจากนี้ยังทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอาการไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน มีความเครียดและวิตกกังวล บางรายมีอาการซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง รวมถึงมีการใช้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่สูงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด¹¹ ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญมาก การให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ควรเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด พยายามหลีกเลี่ยงถึงปัจจัยความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนด อาจลดโอกาสการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น¹¹

ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์ต่อไปจนอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด และทารกมีน้ำหนักปกติและควรสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อลดปัญหาจากความเครียดและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามบริบทของโรงพยาบาลบ่อพลอย มีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 - 3 วัน

ในแต่ละราย การให้สุขศึกษา รายบุคคลที่มีรูปแบบไม่ชัดเจน ขาดการค้นหาคำหาที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะเจ็บ
 ครรภ์ก่อนกำหนด เป็นการดูแลเชิงรับมากกว่าการดูแลผู้มีความเสี่ยงแบบเฉพาะ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ทฤษฎี
 การดูแลตนเองของโอเร็ม¹² มาประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อเป็นการให้ความรู้
 เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทราบความเสี่ยงของตนเองและสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
 นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนครบกำหนด
 คลอด บรรลุเป้าหมายการคลอดอย่างมีคุณภาพ มารดา ทารกปลอดภัย อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล
 และการผดุงครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิง
 ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่า
 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
 ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ 16-30 สัปดาห์ จำนวน 30 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ตัวแปร
 ตาม คือ ความรู้ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

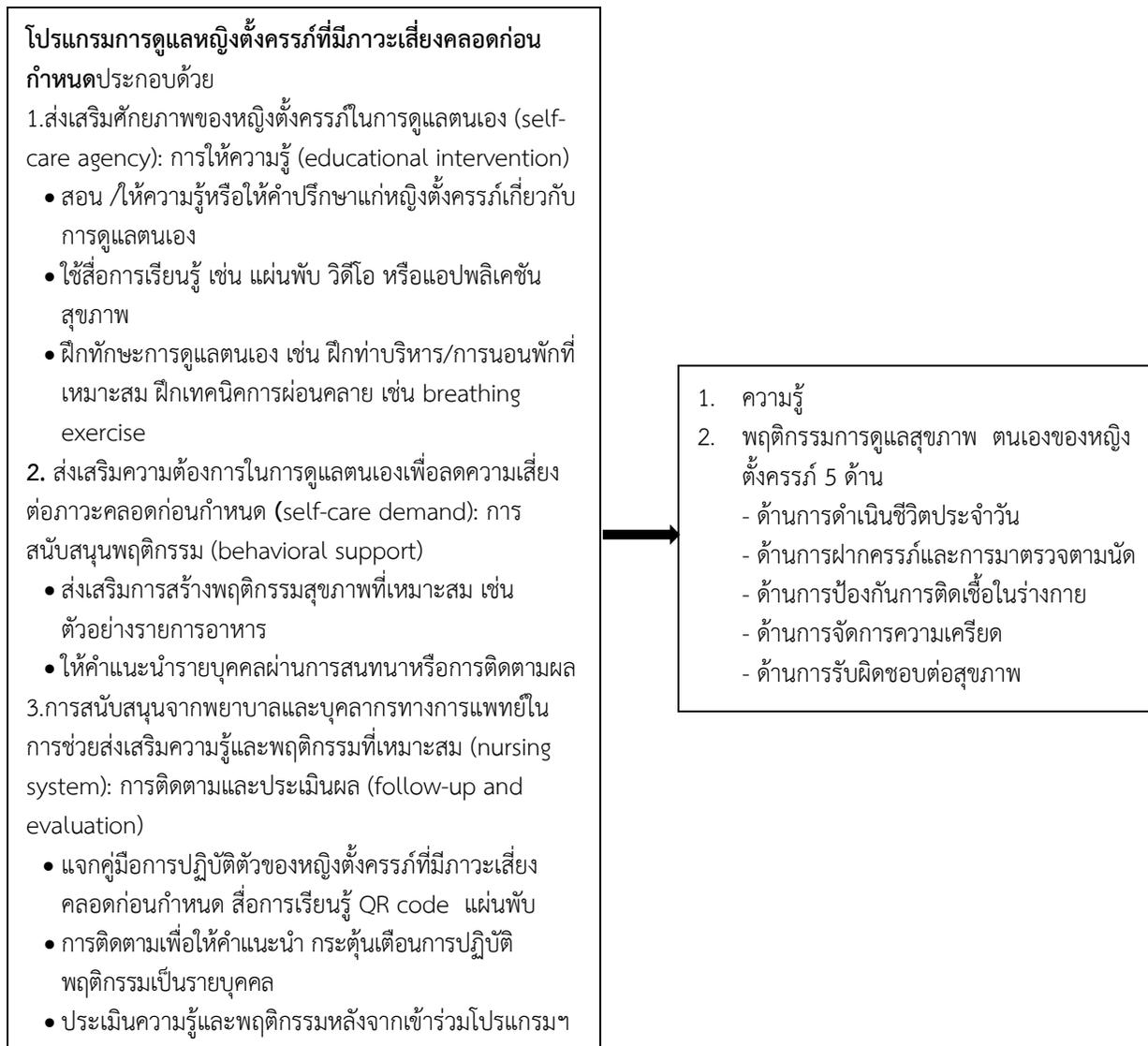
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างเดือน
 พฤศจิกายน 2567 ถึง มิถุนายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการขาดดุลการดูแลตนเอง (self-care deficit nursing theory) ของโอ
 เร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย การส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง (self-care agency) การ
 ส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด (self-care demand) และ การ
 สนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม (nursing system)
¹² ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวโดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 16-30 สัปดาห์ เข้ารับบริการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ่อพลอย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง มิถุนายน 2568 จำนวน 538 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุครรภ์ 16-30 สัปดาห์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ่อพลอย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567 ถึง มิถุนายน 2568 จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power ได้จากการหาค่าขนาดอิทธิพลความต่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของสุกัลยา ลือศิริวัฒนา (2568)¹³ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) ที่ .64 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จึงให้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. มีข้อบ่งชี้ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (อย่างน้อยหนึ่งข้อ)
 - 1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด
 - 1.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติยุติการตั้งครรภ์ และเคยแท้งในครรภ์ก่อน
 - 1.3 หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดัน เบาหวาน ภาวะโลหิตจาง
 - 1.4 หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ / ใกล้เคียงคนสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติด
 - 1.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อในร่างกาย เช่นติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในช่องทางการคลอด ติดเชื้อในช่องปาก

เชื้อในช่องปาก

- 1.6 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี
 - 1.7 หญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอด มากกว่า 5 ครั้ง
 - 1.8 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียด เช่นภาวะซึมเศร้า หย่าร้าง หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่คนเดียว
 - 1.9 หญิงตั้งครรภ์ที่เว้นระยะการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปสั้น เว้นระยะน้อยกว่า 18 เดือน
 - 1.10 หญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยขณะตั้งครรภ์ BMI < 18.5 ก./ตร.ม.
2. เข้ารับบริการฝากครรภ์ในระหว่างช่วงเวลาที่กำหนด อ่านและฟังภาษาไทยได้ดี
 3. ยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัยได้ตลอดโครงการ
 4. มีโทรศัพท์สมาร์โฟนที่สามารถติดต่อกับผู้วิจัย ได้ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์มีอันตรายหรือมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการกำเริบของโรคและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยต่อ สามารถถอนตัวออกจากโปรแกรมได้ตลอดเวลา
3. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย 1. ส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง (self-care agency) 2. ส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด (self-care demand) การสนับสนุนพฤติกรรม (behavioral support) 3. การสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม (nursing system) การติดตามและประเมินผล (follow-up and evaluation)

2. คู่มือการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ อาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

การรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การพักผ่อน การออกกำลังกาย และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย การทำงาน การมาฝากครรภ์ตามนัด และอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะที่พักอาศัย การทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย อายุครรภ์ปัจจุบัน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ จำนวนแท้ง ประวัติความผิดปกติของครรภ์ก่อน ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบอื่น ๆ ค่าความเข้มข้นของเลือด

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 23 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นผู้ประเมิน มีลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1) และ ไม่ใช่ (0) จำนวน 23 ข้อ แบ่งระดับเป็น 3 ระดับความรู้ระดับสูง (19 – 23 คะแนน/ร้อยละ 80-100) ความรู้ระดับปานกลาง (14 – 18 คะแนน/ ร้อยละ 60 -79) ความรู้ระดับต่ำ (คะแนน 0 – 13 คะแนน/ <ร้อยละ 60)¹⁴

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ 5 ด้าน 1) การดำเนินชีวิตประจำวัน จำนวน 12 ข้อ 2) การมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด จำนวน 3 ข้อ 3) การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย จำนวน 4 ข้อ 4) การจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ 5) การรับมือข้อต่อสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งระดับค่าคะแนนของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด (4.21–5.00) ปฏิบัติมาก (3.41–4.20) ปฏิบัติปานกลาง (2.61–3.40) ปฏิบัติน้อย (1.81– 2.60) ปฏิบัติน้อยที่สุด (1.00 – 1.80)¹⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และหาความเป็นได้ ประกอบด้วย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (งานฝากครรภ์) ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67 -1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์ พนมทวน และโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา นำมาหาความเที่ยงโดยแบบทดสอบความรู้ ใช้ KR 20 ได้ .74 แบบสอบถามพฤติกรรมใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ = .73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอแบบโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO. 9/2568 ลงวันที่ 23 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ่อพลอย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย

2. ระยะดำเนินการ ปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครั้งที่ 1 (pretest) ขณะรอตรวจครรภ์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการตามกิจกรรมดังนี้

1. ส่งเสริมศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง (self-care agency): การให้ความรู้ (educational intervention) ในการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นกลุ่มย่อย ด้วย Power point/Clip Video แอปพลิเคชันสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 1 - 2.30 นาที โดย

1.1 การสอน/ให้ความรู้หรือให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่คุณค่าทางโภชนาการและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงาน

1.2 การฝึกทักษะการดูแลตนเอง เช่น ฝึกทำบริหาร/การนอนพักที่เหมาะสม ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น breathing exercise

2. ส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด (self-care demand) เน้นการสนับสนุนพฤติกรรม (behavioral support) ได้แก่ ส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ตัวอย่างรายการอาหาร การให้คำแนะนำรายบุคคลผ่านการสนทนา หรือการติดตามผล เช่น การมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด การป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย การจัดการความเครียด การรับมือกับข้อบ่งชี้สุขภาพ และวิธีการปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

3. การสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม (nursing system): การติดตามและประเมินผล (follow-up and evaluation) ได้แก่ การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด สื่อการเรียนรู้ QR code แผ่นพับ และการติดตามเพื่อให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 3 ชักชวนเข้าไลน์กลุ่ม “Smart MoM Bophloi” แนะนำการใช้ โทรศัพท์ติดตาม สอบถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทบทวนความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัว และส่งข้อมูลความรู้ให้กลุ่มนอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ยังสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพ ได้ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน ให้กำลังใจและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัว แจกคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สื่อการเรียนรู้ QR code แผ่นพับ เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 5 ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ เพื่อให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา ประมาณ 15 – 30 นาที หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ทำแบบทดสอบประเมินความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครบ 8 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 (posttest) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ paired t-test ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คะแนนความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov test ($p = .473$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-24ปี ร้อยละ 23.33 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 28.10 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.01 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.67 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.67 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน < 10,000 บาท ร้อยละ 26.67 พักอาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 33.33 ไม่ได้ทำงานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 50.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50 -24.90 ร้อยละ 66.67 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 36.67 อายุครรภ์อยู่ในช่วง 16-19 สัปดาห์ ร้อยละ 50.00 ไม่มี ความผิดปกติของครรภ์ก่อนกำหนด ร้อยละ 73.33 มีประวัติติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 30.00 และติดเชื้อในระบบอื่น ๆ ร้อยละ 10.00 ค่าความเข้มข้นของเลือด 37- 40.99% ร้อยละ 43.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 30$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤18	4	13.33
19 – 24	7	23.33
25 – 29	5	16.67
30 – 34	7	23.33
≥35	7	23.33
$\bar{X} = 28.10$ SD = 7.66, Min = 15, Max = 42		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	13.33
มัธยมศึกษา	18	60.01
ปวช./ปวส.	4	13.33
ปริญญาตรี	4	13.33
โรคประจำตัว		
ไม่มี	26	86.67
มี	4	13.33
-เบาหวาน	3	75.00
-ไทรอยด์	1	25.00
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	11	36.67
รับจ้าง	9	30.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	6	20.00
นักเรียน / นักศึกษา	3	10.00
ค้าขาย	1	3.33
รายได้ของครอบครัว (บาท)		
< 10,000	8	26.67
10,000 – 14,999	6	20.00
15,000 – 19,999	6	20.00
20,000 – 24,999	6	20.00
25,000 – 29,999	1	3.33
≥ 30,000	3	10.00
\bar{X} = 14,333.33, SD = 7871.09, Min = 4,000, Max = 30,000		
ลักษณะของที่พักอาศัย		
อยู่กับสามี	10	33.33
อยู่กับสามีและครอบครัวของตนเอง	9	30.00
อยู่กับสามีและครอบครัวของสามี	8	26.67
อยู่กับญาติ	3	10.00
การทำงานเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์		
ไม่ได้ทำงาน	15	50.00
ทำงานเดิม	11	36.67
เปลี่ยนแปลงงาน	4	13.33
ดัชนีมวลกาย		
< 18.50	1	3.33
18.50 – 24.99	20	66.67
25.00 – 29.99	3	10.00
> 30.00	6	20.00
\bar{X} = 24.39, SD = 4.83, Min = 35.03, Max = 17.98		
ข้อมูลการตั้งครรภ์		
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (G)		
ครรภ์แรก	11	36.67
ครรภ์ที่ 2	10	33.30
ครรภ์ที่ 3	5	16.67
ครรภ์ที่ 4	4	13.33
จำนวนแท้ง (A)		
ไม่เคยแท้ง	26	86.67
1 ครั้ง	3	10.00
2 ครั้ง	0	0
3 ครั้ง	1	3.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์)		
16 – 19	15	50.00
20 – 23	11	36.67
24 – 30	4	13.33
ความผิดปกติของครรภ์ก่อนกำหนด		
ไม่มี	22	73.33
เคยแท้ง	4	13.33
คลอดก่อนกำหนด	3	10.00
ผ่าตัดคลอด	1	3.33
ประวัติการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
ไม่มี	21	70.00
มี	9	30.00
ประวัติการติดเชื้อในระบบอื่น ๆ		
ไม่มี	27	90.00
มี	3	10.00
ค่าความเข้มข้นของเลือดในหญิงตั้งครรภ์ (Hct)		
< 33%	10	33.33
33% – 36.99%	7	23.33
37% – 40.99%	13	43.33
\bar{X} = 34.86, SD = 3.60, Min = 27.70, Max = 40.00		

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.33 (\bar{x} = 17.73, SD = 2.31) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 (\bar{x} = 20.23, SD = 1.31) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ($n = 30$)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับปานกลาง	5	16.67	0	0	5.473	< .001*
ระดับสูง	25	83.33	30	100		
\bar{X} , SD	\bar{X} = 17.73	SD = 2.31	\bar{X} = 20.23	SD = 1.31		

* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติมาก (\bar{x} = 4.33, SD = 0.82) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ใน

ระดับปฏิบัติมากที่สุด ($\bar{x} = 4.67$, $SD = 0.46$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ๓ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ($n = 30$)

พฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓			หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓			t-test	p-value
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน	4.20	0.61	มาก	4.47	0.51	มากที่สุด	2.112	.043
ด้านการดำเนินการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด	4.70	0.53	มากที่สุด	4.80	0.48	มากที่สุด	.769	.448
ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย	4.76	0.57	มากที่สุด	4.80	0.41	มากที่สุด	.328	.745
ด้านการจัดการความเครียด	4.07	1.01	มาก	4.50	0.57	มากที่สุด	2.538	.017
ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.93	1.28	มาก	4.87	0.35	มากที่สุด	3.751	<.001*
ภาพรวม	4.33	0.82	มาก	4.67	0.46	มากที่สุด	3.441	.002

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเตือน ของการเจ็บครรภ์ อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล โภชนาการด้านอาหารที่ควรรับประทานและไม่ควรรับประทาน การออกกำลังกาย และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย ด้วยสื่อการสอนที่หลากหลาย Power point/Clip Video สมุดคู่มือการปฏิบัติตัว การใช้ไลน์กลุ่มในการสื่อสาร/ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างสัปดาห์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์ เป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

ผลการศึกษาสอดคล้องแนวคิดของโอเร็ม ว่าการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง (self-care agency) การให้ความรู้ การชี้แนะ และการสนับสนุน การได้รับข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓¹⁶ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้านความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ พบว่าหลังเข้าโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓¹³

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถคงพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อน

กำหนด โดยเป็นการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย ด้วย power point/clip video ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับมือขอข้อต่อสุขภาพ และใช้ไลน์กลุ่มในการสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระหว่างสัปดาห์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่หญิงตั้งครรภ์

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของโอเร็ม ว่าการส่งเสริมความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด (self-care demand) การสนับสนุนพฤติกรรม (behavioral support) การสนับสนุนจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสม (nursing system) จะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อแอปพลิเคชันสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸ เช่นเดียวกับผลการศึกษารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลกลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยพบว่าหลังดำเนินงาน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความเข้าใจในการเฝ้าระวังอาการที่ต้องพบแพทย์ แตกต่างจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์รายด้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกด้าน อยู่ในระดับปฏิบัติมากถึงมากที่สุด คือ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับมือขอข้อต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านอยู่ในระดับดีในทุกด้าน ทั้งในด้านการจัดการความเครียด ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านจัดการความเครียด อธิบายได้ว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เกิดจากการประเมิน ทางสติปัญญาของบุคคล หากบุคคลประเมินว่าสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้น ทำให้ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว มากเกินความสามารถ จะส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด หลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁸ สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลถึงวิธีการจัดการความเครียด จากบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น¹⁹

สำหรับด้านการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด และ ด้านการป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่เมื่อดูที่คะแนนเฉลี่ยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุดอยู่แล้ว แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีพฤติกรรมในด้านการมาฝากครรภ์และการมาตรวจตามนัด และด้านการป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อในร่างกาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 63.00) จึงมีประสบการณ์และความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดในแผนกฝากครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และโอกาส จากนายแพทย์ไชยวัฒน์ เพชรพรรณงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย รวมทั้งกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัญญา ปลอดเปลื้อง เป็นอย่างสูงที่ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจทานแก้ไข และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย และขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน ที่ทำให้การวิจัยเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. William's obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (DoH Dashboard). 2568. <https://dashboard.anamai.moph.go.th>
4. World Health Organization. Preterm birth. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
5. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. 2560. <http://rh.anamai.moph.go.th/th/>
6. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของหญิงไทยที่คลอดก่อนกำหนด [รายงานทางสถิติ เขตสุขภาพที่ 5 และจังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2565-2567]. 2567.
7. โรงพยาบาลบ่อพลอย. สถิติการคลอดและอัตราทารกคลอดก่อนกำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 [เอกสารภายใน]. บ่อพลอย: โรงพยาบาลบ่อพลอย; 2567.
8. จรินทร์ทิพย์ สมประสิทธิ์. การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. ใน: คมสันต์ สุวรรณฤกษ์, เด่นศักดิ์ พงศ์โรจน์เผ่า, บรรณาธิการ. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีสมุทรสาคร; 2554.
9. ธนา คลองงาม, ชนัชชา อุปฮาด. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(3):19-26.

10. อุษา คงคา. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาล: การศึกษาวิจัยแบบพหุกรณี. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช. 2565;2(1):50-65.
11. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad-Roudsari R, Mazloun SR, Abbasi Z. The effect of prenatal self-care based on Orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(3):242-8. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_207_19
12. Orem DE. Nursing: concepts and practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
13. สุกัลยา ลือศิริวัฒนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567;2(3):225-37.
14. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill Book; 1976.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
16. จีราภรณ์ จอมกัน, ณัฐยานันท์ วังชา, สีนีนานา หงส์ระนัย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลแม่สรวย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2567;1(3):37-52.
17. งามตา บุญนอก. รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลนากลาง อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2566;8(4):788-94.
18. อัสมะ จารู, วราภรณ์ ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(1):79-92.
19. พนิดา เชียงทอง, สุรัชณา พงษ์ปรัสสุวรรณ, สมจิตร เมืองพิล, ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว, ลักษณ์ ไขยนอก. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2566;9(2):205-26.

ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับน้ำตาล
สะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of telehealth service models on HbA1c levels among Type II
diabetes patients in Thailand: A systematic review

ดวงใจ พรหมพยัคฆ์*, กรรณมณ นาชัยภูมิ*, สุดาวรรณ สันหมอยา*

Duangjai Phormpayak*, Kannamon Nachaiyaphum*, Sudawan Sanmorya*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute

Corresponding author: Sudawan Sanmorya; E-mail: sudawan@bcnb.ac.th

Received: July 23, 2025; Revised: November 16, 2025; Accepted: November 19, 2025

บทคัดย่อ

การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบนี้ วัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ห้วิธีการบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย และผลลัพธ์ในการดำเนินการตามวิธีดังกล่าว งานวิจัยที่เกี่ยวข้องตีพิมพ์ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiJo, CINAHL, Google scholar, sciencedirect และ Pubmed มีงานวิจัยผ่านเกณฑ์การประเมิน จำนวน 11 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาทางไกล 2) การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล 3) การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการให้ความรู้ทางไกล และ 4) การให้ความรู้ทางไกลร่วมกับการติดตามทางไกล รูปแบบการดังกล่าวส่งเสริมให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลง

คำสำคัญ: รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล, ระดับน้ำตาลสะสม, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

Abstract

This systematic review aims to synthesize various methods of telehealth services and their effects on HbA1c levels in patients with type 2 diabetes in Thailand, as well as the outcomes of implementing such methods. Relevant studies published between January 1, 2014, and December 30, 2024, were retrieved from electronic databases including ThaiJo, CINAHL, Google Scholar, ScienceDirect, and PubMed. Eleven studies met the inclusion criteria for quality assessment.

The findings revealed four models of telehealth services: 1) Teleconsultation, 2) Teleconsultation combined with remote patient management, 3) Teleconsultation combined with remote education, and, 4) Remote education combined with remote monitoring. These models were found to contribute to a reduction in patients' HbA1c levels.

Keyword: telehealth service model, HbA1c levels, type 2 diabetic patients, a systematic review

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ¹ รายงานว่า ปีพ.ศ. 2567 ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 589 ล้านคน คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคน สำหรับอุบัติการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกัน โดยในปีพ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานอัตรา 7,339.70, 7,685.20 และ 8,104.20 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ² จากสถิติดังกล่าว ผู้ป่วยเบาหวานยังมีจำนวนมากและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดให้บริการสุขภาพทางไกลหรือการแพทย์ทางไกล โดยมุ่งหวังลดความแออัดในโรงพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงลดระยะเวลาการรอคอยรวมถึงลดภาระด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล²

การบริการสุขภาพทางไกลหรือการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ได้รับความนิยมในการนำมาให้บริการผู้ป่วยมากขึ้นในช่วง พ.ศ. 2563 ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีการบริการหลายรูปแบบผ่านช่องทางสื่อสารหลากหลายช่องทาง เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการให้คำปรึกษา การวินิจฉัยการรักษาพยาบาล ในมิติการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟู โดยการดำเนินการดังกล่าวจะต้องอยู่ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมาย พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2564 โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องมาตรฐานการ ให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบ การแพทย์ทางไกล กล่าวถึง การบริการการแพทย์ทางไกล หมายถึงการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุข ของสถานพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข³ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดำเนินการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยเบาหวานเลือกรายที่เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และสมัครใจในการรับบริการสุขภาพทางไกล โรงพยาบาลจะขอความยินยอมและลงลายมือชื่อ พยาบาลทำการนัดหมายการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วย จากนั้นนัดหมาย ให้บริการสุขภาพทางไกล โดยแพทย์ทำการตรวจรักษาทางไกล หากมีการจ่ายยาจะมีการจัดส่งทางไปรษณีย์หรือตามที่สถานพยาบาลตกลงกับผู้ป่วย การให้บริการดังกล่าวนี้มีข้อดี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดเวลาในการรอคอย อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดในด้านวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ มีข้อจำกัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ขาดความรู้ด้านเทคโนโลยี

การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมาก เพื่อลดการแออัดและความสะดวกกับผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงบริการ จึงมีการนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมายเพื่อสนับสนุนการดูแลและรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วยมายังหน่วยบริการ จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาผลของการบริการสุขภาพทางไกลมาบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน จาก 8 การศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ มีการศึกษาผลลัพธ์ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting blood glucose) และการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) พบว่าการบริการสุขภาพทางไกลช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าการรักษาแบบปกติ และสามารถช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁴ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีการนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การให้ข้อมูลการดูแลตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ อย่างไรก็ตามการให้บริการสุขภาพทางไกล ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าแนวทางใดดีที่สุด และยังไม่พบว่ามีบททบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงทบทวนสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานไทยต่อระดับน้ำตาลสะสม เพื่อให้ได้รูปแบบและผลลัพธ์การบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล เพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสอนและรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลเพื่อ ลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย สืบค้นบทความจากคำค้นที่กำหนดรวมทั้งสิ้นจำนวน 498 เรื่อง คัดกรองบทความตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้จำนวน 11 เรื่อง

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้นคือ รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล ตัวแปรตามคือ ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม

ขอบเขตด้านระยะและสถานที่ รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ในระหว่างปีพ.ศ. 2557-2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบ PICO⁶ ประกอบด้วย รายงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Population: P) ที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลในประเทศไทย (Intervention: I) เปรียบเทียบหรือไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบก็ได้ (Control: C) เกิดผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรหลักคือ ระดับน้ำตาลสะสม (Outcomes: O) กรอบด้านเนื้อหา การบริการสุขภาพทางไกล แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การเฝ้าสังเกตทางไกล การให้คำปรึกษาทางไกล การให้ความรู้ทางไกล และการจัดการการดูแลทางไกล การศึกษานี้เป็นการรวบรวมผลการศึกษารูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล ที่รายงานในปี 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ.

2567 เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานป่วยชนิดที่ 2 ในประเทศไทย รูปแบบดังกล่าว มีผลต่อระดับน้ำตาลสะสมอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนและสังเคราะห์รายงานผลการวิจัย (documentary research) รูปแบบการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสอนและรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ.2557-2567 รวม 10 ปี จำนวน 498 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสอนและรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ในระหว่างปีพ.ศ. 2557-2567 รวม 10 ปี จำนวน 11 เรื่อง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) ตามกรอบของ PICO ดังนี้

1. รายงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Population: P)
2. รายงานวิจัยที่มีรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล (Intervention: I)
3. รายงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental research) กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) วิจัยและพัฒนา (research and development) และวิจัยประเมินผลลัพธ์ (evaluation research) โดยมีหรือไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบก็ได้ (Control: C)
4. รายงานวิจัยที่มีการวัดผลลัพธ์ที่เป็นตัวแปรหลักคือ ระดับน้ำตาลสะสม (Outcomes: O)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่คนไทย
2. ไม่วัดผลลัพธ์ระดับน้ำตาลสะสม
3. เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจหรือพรรณนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนวรรณกรรม มี 3 ชนิด ดังนี้

1. แบบคัดกรองงานวิจัย (Research screening form) โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกรายงานการวิจัยตามกรอบของ PICO
2. แบบบันทึกคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้ Jadad's quality scale⁷ เนื่องจากเป็นเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพงานวิจัย เกณฑ์การประเมินมีทั้งหมด 3 ข้อ คือ กระบวนการสุ่ม (randomization) มีการอธิบายวิธีการสุ่มผู้ป่วยเข้าอยู่ในกลุ่มการศึกษาอย่างเหมาะสม คะแนนเต็ม 2 คะแนน วิธีการปกปิด (blinding) มีการอธิบายถึงการปิดบังข้อมูลการได้รับ intervention ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม คะแนนเต็ม 2 คะแนน การให้คำอธิบายเกี่ยวกับการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง (an account of all patient) อธิบายข้อมูลและเหตุผลของการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนเต็ม 1 คะแนน เมื่อนำมารวม 3 ข้อ คะแนนรวมมีค่า 0-5 คะแนน บทความวิจัยที่ถูกคัดเข้าเป็นบทความที่ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป
3. แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแบบบันทึกสกัดข้อมูลของนพวรรณ ดวงจันทร์และคณะ⁸ เพื่อสรุปข้อมูลจากรายงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกเพื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับผล

ของรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวานไทย แบบบันทึกประกอบด้วย 8 ประเด็น ได้แก่ ชื่อผู้วิจัย ชื่อโครงการวิจัย วารสาร ปีที่ฉบับที่เผยแพร่ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการวิจัย ลักษณะกิจกรรม แนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้เครื่องมือที่ใช้วัด ผลการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกคุณภาพงานวิจัย Jadad's quality scale⁷ เป็นเครื่องมือมาตรฐานสำหรับการบันทึกคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำมาตรวจสอบคุณภาพอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่าย มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 004/2025 ลงวันที่ 29 เมษายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลโดยสำรวจรายชื่อวิจัย ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลเพื่อลดระดับน้ำตาลสะสม โดยสืบค้นข้อมูลที่ตีพิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ThaiJo CINAHL Google scholar sciencedirect และ Pubmed ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้คำค้นที่สำคัญ ได้แก่ การแพทย์ทางไกล การบริการสุขภาพ ทางไกล การติดตามสุขภาพทางไกล โทรเวชกรรม การติดตามทางไกล การให้คำปรึกษาทางไกล การให้ความรู้ ทางไกล การจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล แอปพลิเคชันไลน์ การสื่อสารทาง Line การติดตามทางโทรศัพท์ เบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Telehealth, Telemedicine, mhealth, mobile health, telemonitoring, teleconsultation, teleeducation, telehomecare, line application monitoring, Telephone, diabetes mellitus type 2, patient with diabetes mellitus type 2, HbA1c, fasting plasma glucose แล้วใช้คำเชื่อม และ/หรือ งานวิจัยที่สืบค้นเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และวิจัยและพัฒนา (research and development)

2. ผู้วิจัยพิจารณาอ่านบทคัดย่อของรายงานวิจัยแต่ละฉบับเพื่อคัดกรองเฉพาะบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การคัดกรอง เมื่อได้งานวิจัยตามเกณฑ์ดังกล่าว ผู้วิจัยสืบค้นบทความวิจัยฉบับเต็ม

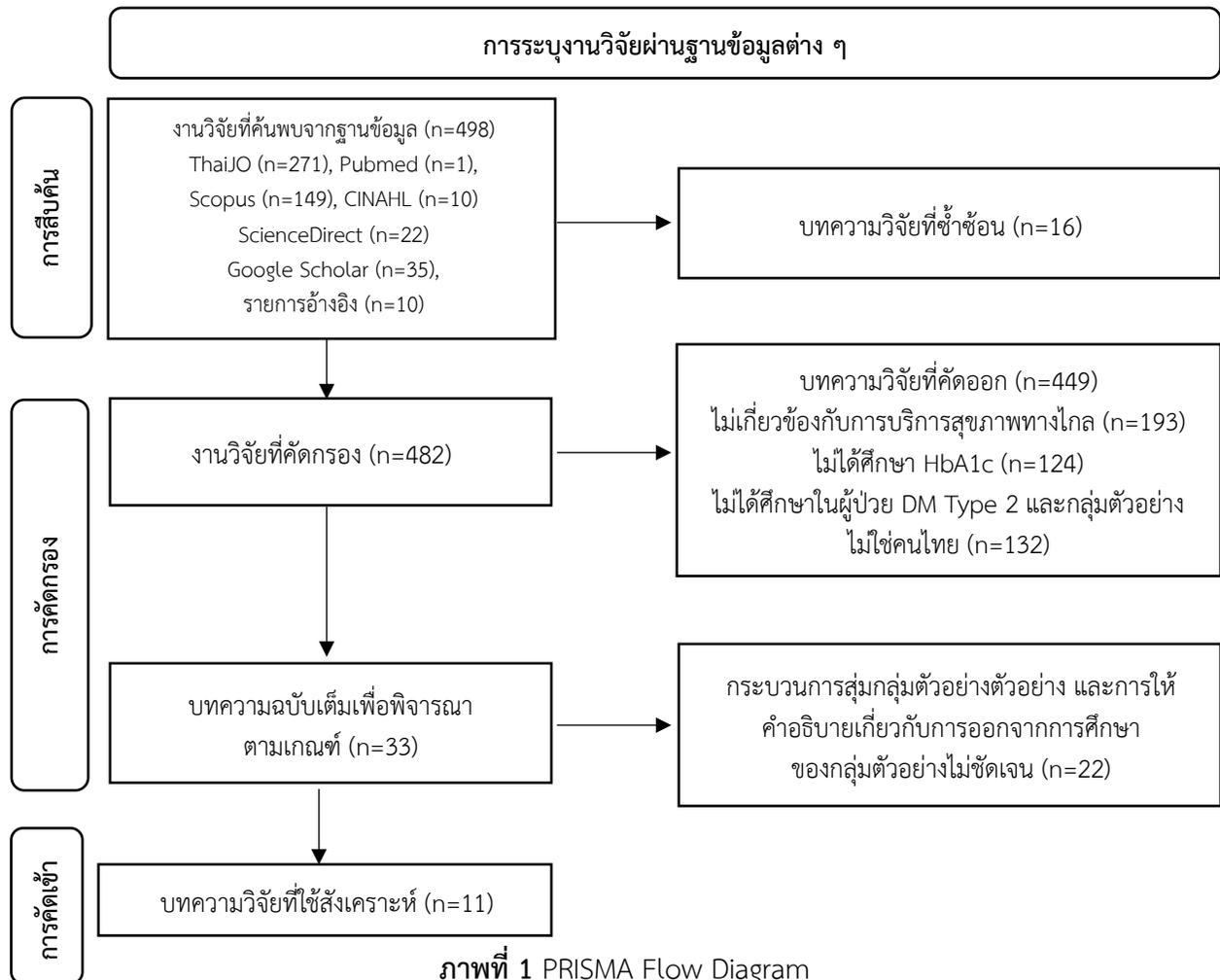
3. ประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัย 3 คน ประเมินงานวิจัยแยกกันโดยอิสระ เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยที่กำหนด

4. สกัดข้อมูลที่ได้ นำมาสรุปในตารางวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล จัดกลุ่มผลการวิจัยเพื่อสรุปผลการวิจัย

5. ผู้วิจัยเขียนรายงานวิจัยเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยทั้งหมดวิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่และร้อยละและตัวแปรหลักการ วิเคราะห์โดยการสรุปเชิงเนื้อหา (content analysis method) โดยใช้แนวทาง PRISMA 2020 Flow Diagram



ผลการวิจัย

1. **ลักษณะของงานวิจัย** ผลการวิจัยพบว่าจากการสืบค้นจากฐานข้อมูล ได้จำนวนการวิจัยจากฐานข้อมูล Thai Journal Online (ThaiJo) จำนวน 271 เรื่อง Scopus จำนวน 149 เรื่อง pubmed และ Science direct จำนวน 23 เรื่อง CINAHL จำนวน 10 เรื่อง Google scholar จำนวน 35 เรื่อง สืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงพบจำนวน 10 เรื่อง รวมทั้งสิ้น จำนวน 498 เรื่อง มีชื่อซ้ำกัน จำนวน 16 เรื่อง เมื่อตัดงานวิจัยที่ซ้ำซ้อนออก พบงานวิจัยสำหรับการคัดกรองเบื้องต้น โดยการพิจารณาจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จำนวน 482 เรื่อง เมื่อพิจารณาคัดกรองเบื้องต้น มีการคัดออก เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ไม่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพทางไกล จำนวน 193 เรื่อง ไม่ได้วัดผลลัพธ์เป็นระดับน้ำตาลสะสม จำนวน 124 เรื่อง ไม่ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่ใช่การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคนไทย จำนวน 132 เรื่อง รวม 439 เรื่อง คงเหลืองานวิจัย จำนวน 33 เรื่อง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ พบว่ามีงานวิจัยไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 22 เรื่อง เนื่องจากกระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง และการให้คำอธิบายเกี่ยวกับการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน ทำให้คงเหลืองานวิจัยสำหรับการสังเคราะห์ทั้งหมด จำนวน 11 เรื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าคุณลักษณะของงานวิจัยรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ช่วงปีพ.ศ. 2557-2567 จำนวน 11 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 90.90 งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09 ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 อายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ช่วงอายุ 18-60 ปี จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.27 ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09 ไม่ระบุอายุที่ศึกษา จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.27 ศึกษาระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 54.54 ระดับน้ำตาลสะสมร้อยละ 7-9 จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ไม่ได้ระบุระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.27 เป็นการให้บริการโดยเภสัชกร จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 36.36 พยาบาล จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 27.27 ให้บริการโดยแพทย์ จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ให้บริการโดยแพทย์ร่วมกับนักการสาธารณสุข จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09 ให้บริการโดยแพทย์ จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 9.09

2. รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทยและผลลัพธ์ ผลการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ จำแนกวิธีการการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล ของงานวิจัยที่ทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 เรื่อง พบว่ารูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation) จำนวน 7 เรื่อง ลักษณะกิจกรรมเป็นการให้คำปรึกษา ติดตามปัญหา กระตุ้นเตือน ทบทวนความรู้ รวมถึงเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาและแนะนำแนวทางการแก้ปัญหาที่พบ ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือทางแอปพลิเคชันไลน์ ไลน์หรือประกอบกันทั้งสองกรณี โดยส่วนใหญ่เป็นการโทรศัพท์ให้คำปรึกษาหลังดำเนินกิจกรรมที่กำหนดไว้ในงานวิจัย โดยการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ มีจำนวน 4 เรื่อง ให้คำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 2 เรื่อง และให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 1 เรื่อง

การให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์⁹ เป็นการโทรศัพท์ติดตามหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ โดยโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้คำปรึกษา รายบุคคลทาง โทรศัพท์เพื่อติดตามถึงปัญหาและอุปสรรคกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม อย่างสม่ำเสมอ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเอง โดยให้ความรู้บรรยาย สาธิต จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่ม 8 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้งโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 4-6 จุดประสงค์เพื่อติดตามปัญหา การเรียนรู้ ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเอง วิธีปฏิบัติ และการประเมินผล หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สัปดาห์ที่ 1-3⁵ โทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อให้คำปรึกษา รายบุคคลทาง โทรศัพท์เพื่อติดตาม ถึงปัญหาและ อุปสรรคกระตุ้นการ ทำพฤติกรรม อย่างสม่ำเสมอ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบสั้น โดยให้ความรู้ บรรยาย สาธิต จัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกลุ่ม 8 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง¹⁰ นอกจากนี้โทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ 6 เดือน เพื่อให้คำปรึกษา ด้านการนับคาร์โบไฮเดรต การเลือกปริมาณและประเภทอาหาร หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการการนับคาร์โบไฮเดรต¹¹

คำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ 13-20 หลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อติดตามกระตุ้นเตือน และให้คำปรึกษา กรณีที่มีปัญหาเร่งด่วนหรือปัญหาทั่วไป¹² คำปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 1 สัปดาห์ รวม 9 เดือน ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ พุดคุยถามตอบซักถามด้านการใช้ยา ปัญหาสุขภาพ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้ระบุกิจกรรมที่ทำร่วมกับการบริการทาง

แพทย์ทางไกล¹³ คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ที่ 3 เพื่อให้คำปรึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ติดตาม ย้ำเตือนและประเมินผล หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวก 3 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์¹⁴ ผลการวิจัย จำนวน 6 เรื่องจาก 7 เรื่อง พบว่าระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ามีการวิจัย จำนวน 1 เรื่องจาก 8 เรื่องที่พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม และภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation) ร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล (telehomecare) จำนวน 2 เรื่อง ให้บริการสุขภาพทางไกลวิธีดังกล่าว ในสัปดาห์ที่ 5-11 ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์ กระตุ้นเตือนและติดตามผล และแนะนำการปรับยาอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ตามคำแนะนำแพทย์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการจัดการรายกรณี 5 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์¹⁵ และให้บริการ 24 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้ให้คำปรึกษา และการตรวจรักษา ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล โดยใช้เครื่อง Telemedicine station รุ่น TM02-RZRPlus¹⁶ ผลการวิจัยทั้ง 2 เรื่องจาก พบว่าระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation) ร่วมกับการให้ความรู้ทางไกล (tele-education) จำนวน 1 เรื่อง เป็นการให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 เดือน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกลุ่มทดลองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ของโทรศัพท์เคลื่อนที่ โดยจัดส่งข้อความ รูปภาพ และอินโฟกราฟิกส์ ในวันอาทิตย์ทุกสัปดาห์ ส่งคำถาม 3-5 คำถามเพื่อประเมินการอ่านข้อมูลที่ส่งไป และเมื่อมีข้อสงสัยสามารถส่งข้อความปรึกษาผ่านไลน์ส่วนบุคคลได้ โดยกลุ่มทดลองมีคำถามประมาณ 2-3 คำถามต่อสัปดาห์ เกี่ยวกับปัญหาที่พบ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาและให้กำลังใจ¹⁷ ผลการวิจัยพบว่าทำให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การให้ความรู้ทางไกล (tele-education) ร่วมกับการติดตามทางไกล (telemonitoring) จำนวน 1 เรื่อง ให้บริการ 7 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้ความรู้ สาธิต สาธิตย้อนกลับ ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต วัดรอบเอว ตรวจน้ำตาลในเลือด จุดบันทึก 5 ขั้นตอน โดยทั้ง 5 ขั้นตอนดำเนินการผ่าน ระบบ Zoom และแอปพลิเคชันไลน์ หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดำเนินการ 7 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง¹⁸ ผลการวิจัยพบว่าทำให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อผลลัพธ์ระดับน้ำตาลสะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย และปีที่เผยแพร่	วิธีวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ทางไกล	แนวคิดที่ใช้ร่วมกับการให้บริการ สุขภาพทางไกล/ผลการวิจัย	Jadad Score
1. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation)				
1. วีนัส	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ	ช่องทาง: ผ่านทางโทรศัพท์ เป้าหมาย: เพื่อติดตามปัญหา การ	แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิคส์บายส์ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย -ระดับน้ำตาลสะสม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	3

ชื่อผู้วิจัย และปีที่เผยแพร่	วิธีวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ทางไกล	แนวคิดที่ใช้ร่วมกับการให้บริการ สุขภาพทางไกล/ผลการวิจัย	Jadad Score
สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, (2561) ⁵	ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มี ภาวะไตเรื้อรัง (มีอัตรา การกรองของไต 60-89 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร) อายุ 30 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 27 คน	เรียนรู้ ทบทวนเป้าหมายการ จัดการตนเอง วิธีปฏิบัติ และการ ประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการ: ในสัปดาห์ที่ 4 และ 6 ไม่ระบุความถี่ในการ โทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 1-3 ผู้ให้บริการ: พยาบาลวิชาชีพ	หลังการทดลองไม่แตกต่างกัน -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลอง หลัง การทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3
2. สุชีลา บุญจันทร์ ศุภวรรณ พงศ์พัฒน์, (2561) ¹¹	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มี ระดับน้ำตาลสะสม 7-9 อายุ 20-60 ปี กลุ่ม ทดลอง จำนวน 46 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 43 ราย	ช่องทาง: ผ่านทางโทรศัพท์ เป้าหมาย: เพื่อให้คำปรึกษา ด้าน การนับคาร์โบไฮเดรต การเลือก ปริมาณและประเภทอาหาร ระยะเวลาดำเนินการ: ทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยค่าเฉลี่ยการโทรเป็น 8.5 ครั้ง ผู้ให้บริการ: เภสัชกร	<u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลอง ระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือนกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลอง หลัง การทดลองเดือนที่ 6 ต่ำกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001	3
3. พุ ท ธิ ตา โ ก ค ภี ร ม ย กรกมล รุ ก ข พ ัน ธ์ , (2563) ¹⁰	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/ เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มี HbA1c >7 ไม่ได้ระบุ อายุ แต่อายุเฉลี่ย 55.70 ปี กลุ่มทดลอง จำนวน 58 ราย และกลุ่ม ควบคุม จำนวน 56 ราย	ช่องทาง: ผ่านทางโทรศัพท์ เป้าหมาย: เพื่อค้นหาแรงจูงใจ ติดตามและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การควบคุม ระดับน้ำตาล ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ระยะเวลา ดำเนินการ: ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 หลังทำกิจกรรม โทรศัพท์ ไม่ระบุ จำนวนครั้ง ผู้ให้บริการ: เภสัชกร	<u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสม ระหว่างกลุ่มกลุ่ม ทดลองและควบคุม และภายในกลุ่ม ทดลองหลังการทดลองมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ	3

ชื่อผู้วิจัย และปีที่เผยแพร่	วิธีวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ทางไกล	แนวคิดที่ใช้ร่วมกับการให้บริการ สุขภาพทางไกล/ผลการวิจัย	Jadad Score
4. จันจิรา ภูรัตน์ ปาหนัน พิชญภิญโญ สุนีย์ ละกำป็น, (2563) ⁹	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มี ระดับน้ำตาลสะสม \geq 7.5 อายุ 40 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 29 ราย ไม่ระบุ ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยกลุ่มศึกษา	ช่องทาง: ผ่านทางโทรศัพท์ เป้าหมาย :เพื่อให้คำปรึกษา รายบุคคลทาง โทรศัพท์เพื่อ ติดตาม ถึงปัญหาและ อุปสรรค กระตุ้นการปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ ระยะเวลาดำเนินการ: สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ผู้ให้บริการ: พยาบาลวิชาชีพ	แนวคิดการกำกับตนเอง (selfregulation) โปรแกรม การส่งเสริม การกำกับตนเอง <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลัง ทดลองกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลัง การทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3
5. ชูสง่า สีสัน ธณกร ปัญญาโสโส ภณ, (2564) ¹²	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ไม่ กำหนดระดับน้ำตาล สะสม ไม่กำหนดอายุ กลุ่มละ 30 ราย	ช่องทาง: ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน เป้าหมาย: เพื่อติดตามกระตุ้น เตือน และให้คำปรึกษา ระยะเวลาดำเนินการ: สัปดาห์ที่ 13-20 ผู้ให้บริการ: แพทย์และสาธารณสุข	แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ จำนวน 12 สัปดาห์ <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลัง การทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3
6. ทรวงุฒิ สารจัน ทิก ลือรัตน์ อนุ รัตน์พาณิชย์, (2565) ¹³	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ไม่ กำหนดระดับน้ำตาลสะสม ไม่กำหนดอายุ กลุ่มละ 40 ราย ไม่ระบุภาวะแทรกซ้อน	ช่องทาง: ช่องทางแอปพลิเคชัน เป้าหมาย: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ตนเองและการรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์ ชักถามด้านการใช้ยา มี การติดตามผล ระยะเวลาดำเนินการ: ส่งข้อความ 2- 3 ครั้ง ทุก ๆ 1 สัปดาห์ รวม ระยะเวลา 9 เดือน ผู้ให้บริการ: เภสัชกร	<u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลัง การทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3

ชื่อผู้วิจัย และปีที่เผยแพร่	วิธีวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ทางไกล	แนวคิดที่ใช้ร่วมกับการให้บริการ สุขภาพทางไกล/ผลการวิจัย	Jadad Score
7. สุชาติ คำดล, (2566) ¹⁴	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม/เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ระดับน้ำตาล สะสม > 7 อายุมากกว่า 18 -59 ปี จำนวน 30 ราย ไม่ระบุภาวะแทรกซ้อน	ช่องทาง: ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน และโทรศัพท์ เป้าหมาย: เพื่อให้คำปรึกษาทั้งราย กลุ่มและรายบุคคล ติดตาม ย้ำเตือน และประเมินผล ระยะเวลาดำเนินการ: ในสัปดาห์ที่ 3 ผ่านแอปพลิเคชันและโทรศัพท์ 1 ครั้ง 60 นาที ผู้ให้บริการ: แพทย์	การพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวก การ พัฒนาความหวัง การพัฒนาการมองโลก ในแง่ดี <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3
2. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation) ร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล (telehomecare)				
8.ปราณี จุลกสิศิลป์, (2566) ¹⁵	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ระดับน้ำตาลสะสม > 7 อายุมากกว่า 18 ปี ถึง 60 ปี กลุ่มละ 30 ราย ไม่ระบุภาวะแทรกซ้อน	ช่องทาง: ผ่านช่องทางแอปพลิเคชัน และโทรศัพท์ เป้าหมาย: กระตุ้นเตือนและติดตาม ผล และแนะนำการปรับยาอินซูลิน ตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย แต่ละบุคคล ตามคำแนะนำแพทย์ ระยะเวลาดำเนินการ: แอปพลิเคชัน ออนไลน์และโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 5-11 ผู้ให้บริการ: พยาบาลวิชาชีพ	แนวคิดการจัดการรายกรณี ของ Powell and Tahan <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3
9. ลลิตภัทร ถิรฉันทบุรณณ์, (2567) ¹⁶	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ระดับน้ำตาลสะสม 7-9 อายุ 20 ปีขึ้นไป กลุ่ม ทดลอง 34 ราย กลุ่ม ควบคุม 33 ราย	ช่องทาง: ใช้เครื่อง Telemedicine station รุ่น TM02-RZRPlus เป้าหมาย: เพื่อให้ความรู้ให้ คำปรึกษา และการตรวจรักษา ผ่าน ระบบการแพทย์ทางไกล ระยะเวลาดำเนินการ: 24 สัปดาห์ ไม่ ระบุว่าให้บริการผู้ป่วยคนละกี่ครั้ง ผู้ให้บริการ: แพทย์	หลักเวชศาสตร์ครอบครัว ในการให้ คำปรึกษา 6 ข้อ และเน้นครอบครัวเป็น ศูนย์กลางในการดูแล <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	3

ชื่อผู้วิจัย และปีที่เผยแพร่	วิธีวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการให้บริการสุขภาพ ทางไกล	แนวคิดที่ใช้ร่วมกับการให้บริการ สุขภาพทางไกล/ผลการวิจัย	Jadad Score
	คัดออกผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 3 ขึ้นไป			
3. การให้คำปรึกษาทางไกล (teleconsultation) ร่วมกับการให้ความรู้ทางไกล (tele-education)				
10.อมรรัตน์ รักฉิม สงวน ลือเกียรติ บัณฑิต วรรณุช แสง เจริญ, (2565) ¹⁷	การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ระดับน้ำตาลสะสม > 7 อายุ 20 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 90 ราย ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	ช่องทาง: แอปพลิเคชันไลน์ของ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป้าหมาย: ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานกลุ่มทดลอง จัดส่งข้อความ รูปภาพ และอินโฟ กราฟิกส์ คำปรึกษาในการแก้ปัญหา และให้กำลังใจ ระยะเวลาดำเนินการ: สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 เดือน ผู้ให้บริการ: เภสัชกร	การให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3
4. การให้ความรู้ทางไกล (tele-education) ร่วมกับการติดตามทางไกล (telemonitoring)				
11. รัฐธนีย์ ธนเศรษฐ, (2566) ¹⁸	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 3 ประเมินการใช้ รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและ ควบคุม)/เป็นผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ ระดับน้ำตาลสะสม > 7 อายุ 60-69 ปี กลุ่มละ 30 ราย ไม่ระบุ ภาวะแทรกซ้อน	ช่องทาง: ระบบ Zoom และแอป พลิเคชันไลน์ เป้าหมาย: เพื่อให้ความรู้ สาธิต สาธิต ย้อนกลับ ฝึกทักษะ ตรวจน้ำตาลใน เลือด 5 ขั้นตอนดำเนินการผ่าน ระบบ Zoom และแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ความรู้ และส่งผลการตรวจ น้ำตาลในเลือด ระยะเวลาดำเนินการ: ดำเนินการ 7 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง ผู้ให้บริการ: สาธารณสุข	การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองโดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัว <u>ผลการวิจัย</u> -ระดับน้ำตาลสะสมหลังทดลองกลุ่ม ทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 -ระดับน้ำตาลสะสมกลุ่มทดลองหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	3

อภิปรายผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์ผลงานวิจัย สรุปรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลต่อผลลัพธ์ระดับน้ำตาลสะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาทางไกล การบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเภสัชกร จำนวน 3 เรื่อง พยาบาล 2 เรื่อง แพทย์ 1 เรื่อง แพทย์และสาธารณสุข 1 เรื่อง การให้บริการทางไกลเป็นการบริการเพื่อมุ่งเน้นการให้คำปรึกษา หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ โดยนำแนวคิดต่างๆมาร่วมการดำเนินการ ได้แก่ การใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ให้ความรู้ด้านโภชนาการการนวดการบำบัดการบำบัด การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น แนวคิดการกำกับตนเอง แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ การพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวก โดยการติดตามให้คำปรึกษาดังกล่าว ผ่านช่องทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทาง เพื่อติดตามการนำความรู้ ทักษะที่ได้รับ ตลอดจนสอบถามปัญหาอุปสรรคและให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง ระยะเวลาในการติดตามให้คำปรึกษามีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาหลังให้ความรู้หรือให้ฝึกทักษะให้กลุ่มตัวอย่าง ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเป็นการติดตามการนำความรู้และทักษะไปใช้ พร้อมให้คำปรึกษากรณีพบปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัยสามารถโต้ตอบได้ทันที¹⁹ ช่วยในการแก้ไขปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบได้ รวมทั้งกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติที่เหมาะสม ดำเนินให้คำปรึกษาการหลังการดำเนินกิจกรรมหลัก โดยการติดตามเริ่มสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4-6 สัปดาห์ที่ 12 หรือ 13 และมีการติดตามทางโทรศัพท์ ทุก 2 สัปดาห์ 6 เดือน ติดตามให้คำปรึกษาทางแอปพลิเคชันไลน์ ทุก 1 สัปดาห์ รวมเวลา 9 เดือน

2. การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล การให้บริการสุขภาพทางไกลโดยดำเนินการเป็นการให้คำปรึกษา ร่วมกับการจัดการดูแลซึ่งหมายถึงการดูแลและการรักษา การวิจัยที่พบมีการจัดการดูแลผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์และโทรศัพท์ โดยใช้เครื่อง Telemedicine station รุ่น TM02-RZRPlus วัตถุประสงค์เพื่อให้คำปรึกษา และการตรวจรักษาโดยแพทย์ การแนะนำการปรับยาอินซูลินตามแผนการรักษาโดยพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์ เจ้าของไข้โดยตรง รับฟังปัญหาให้กำลังใจ และสั่งยาหรือปรับการรักษาได้ โดยส่งยาไปที่บ้าน ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความสะดวก เกิดความพึงพอใจ ให้เกิดความร่วมมือช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้²⁰

3. การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการให้ความรู้ทางไกล เป็นการส่งข้อความ รูปภาพ และอินโฟกราฟิกส์เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยส่งข้อความในวันอาทิตย์ทุกสัปดาห์ ส่งคำถาม 3-5 คำถามเพื่อประเมินการอ่านข้อมูลที่ส่งไป และเมื่อมีข้อสงสัยสามารถส่งข้อความปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ส่วนบุคคลได้ มีคำถามประมาณ 2-3 คำถามต่อสัปดาห์ เกี่ยวกับปัญหาที่พบ นอกจากนี้ได้สอบถามปัญหาและผู้วิจัยให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหาและให้กำลังใจ ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ของโทรศัพท์เคลื่อนที่ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 6 เดือน บริการโดยเภสัชกร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมลดลงได้²⁰ อาจเนื่องจากการให้การดูแลโดยใช้บริการสุขภาพทางไกลร่วมกับการมาตรวจแบบพบแพทย์ (F2F) ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในชนบทมีอายุมากกว่า 75 ปี และเป็นผู้ที่มีโรคประจำหลายอย่างที่ต้องมารับการตรวจที่คลินิกหลายครั้ง²¹

4. การให้ความรู้ทางไกลร่วมกับการติดตามทางไกล เป็นการจัดการบริการทางไกล ผ่านระบบ Zoom เพื่อเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ดำเนินการ 7 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง และติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์¹⁸ การบริการผ่านช่องทาง Zoom เพื่อให้ความรู้ โดยการบรรยาย สาธิต สาธิตย้อนกลับผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก ลดการเดินทางและติดตามทบทวนความรู้ ความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้บริการทางไกล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จากโทรศัพท์ ในคลินิกผู้ป่วยนอก ที่มีการส่ง

ต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในการติดตามในระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและทดลองลดระดับน้ำตาลสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

รูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล ส่วนใหญ่ในประเทศไทยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบเดียว แต่มีการจัดการร่วมกับวิธีการจัดการดูแลหรือแนวคิดอื่น ได้แก่ การใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ให้ความรู้ด้านโภชนาการ การนวด การบำบัดด้วยเสียง การสัมผัสเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้น แนวคิดการกำกับตนเอง แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ การพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวก การนำบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกับแนวคิดต่าง ๆ เป็นการดำเนินการติดตามให้คำปรึกษา รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเป้าหมาย สอดคล้องกับ การศึกษาสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประสิทธิภาพของการบริการสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ารูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลสะสมที่มีประสิทธิภาพ 3 วิธีการ ได้แก่ รูปแบบการให้คำปรึกษาเพียงรูปแบบเดียว การบริการสุขภาพทางไกลด้วยการจัดการรายการณ์ร่วมกับการติดตาม และการบริการให้ความรู้ทางไกลร่วมกับการจัดการรายการณ์²³ นอกจากนี้มีการนำรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลมาใช้ร่วมกัน ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการจัดการดูแลผู้ป่วยทางไกล การให้คำปรึกษาทางไกลร่วมกับการให้ความรู้ทางไกล การให้ความรู้ทางไกลร่วมกับการติดตามทางไกล การจัดรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล เพื่อเป็นการส่งเสริมกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามวิจัยในลักษณะนี้ยังพบไม่มาก

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า ความถี่ของการให้บริการสุขภาพทางไกลที่มีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยยังไม่ปรากฏชัดเจน ส่วนประเภทของการบริการสุขภาพทางไกล พบว่าส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพต่อการลดระดับน้ำตาลสะสมได้ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์มีเพียง 11 เรื่อง และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 -90 รายเท่านั้น จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า รูปแบบการรักษาทางคลินิก การรักษาแบบติดตามผลทางไกล และรูปแบบการรักษาผ่านการประชุมทางวิดีโอหรือโทรศัพท์แบบอินเทอร์แอกทีฟ มีผลสูงสุดต่อการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ส่วนความถี่ในการให้บริการรูปแบบรักษาทางไกล ดำเนินการด้วยความถี่ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น²⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกล มาใช้ร่วมกับกิจกรรมในงานวิจัย เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยติดตามการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติ เป็นที่ปรึกษาในการแก้ปัญหาที่ต้องการทำอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการได้บ่อยครั้ง โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทและความพร้อมของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบบของการใช้การบริการสุขภาพทางไกลทั้งเชิงประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. ศึกษาสำรวจนโยบายการใช้การบริการสุขภาพทางไกลในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับความถี่และประเภทในการบริการสุขภาพทางไกล ที่เหมาะสมในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนมากขึ้นในการไปใช้ประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas 2025. Brussels: International Diabetes Federation; 2025. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน. 2567. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/291f57594cc6c0fdd5514a59c20c8904>
3. นุชรรัตน์ มังคละศิริ, อีรัชย์ มังคละศิริ. การบริการสุขภาพทางไกล ทางเลือกใหม่สู่การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในยุคโควิด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(2):1-9.
4. พิษณุศ วิริยะพงศ์, สหรัถ พงษ์สุระ, อัจฉนา เพ็ญจันทร์, อีรพล ทิพย์พยอม. การใช้โทรเวชกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564;28(2):165-77.
5. วินัส สารจรัส, แอนนา สุขะโน. ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561;1(3):13-26.
6. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, and outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. J Med Libr Assoc. 2018;106:420-31. doi:10.5195/jmla.2018.345
7. Jadad AR, Moore A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials. 1996;17:1-12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4
8. นพวรรณ ดวงจันทร์, พรทิพย์ สิ้นประเสริฐ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, อศนี วันชัย, จรัสพร หอมจันทร์ดี. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2565;15(4):1-16.
9. จันจิรา ภูรัตน์, ปาหนัน พิษยัญญู, สุนีย์ ละกำป็น. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารเกื้อการุณย์. 2563;27(1):21-33.
10. พุทธิดา โภคภิรมย์, กรกมล รุกขพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกรในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563;12(4):984-96.
11. สุชีลา บุญจันทร์, ศุภวรรณ พงศ์พัฒนานุฒิ. ผลของการให้ความรู้เรื่องนั้บคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามต่อระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโภชนาการ. 2561;53(2):71-83.
12. ชูสง่า สีสัน, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปึกธงชัย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(3):519-32.
13. ทรงวุฒิ สารจันทิก, ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช. ผลลัพธ์ในการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแอปพลิเคชันไลน์. เชียงรายเวชสาร. 2565;14(2):75-88.
14. สุชาติ คำดล. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทุนจิตวิทยาเชิงบวกต่อการลดน้ำหนักและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. Singburi Hosp J. 2566;31(3):74-87.

15. ปราณี จุกกศิลป์. ผลของการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารมหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์. 2566;15(2):49-64.
16. ลลิตภัทร ธีรธัญญ์. การศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมของการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านระบบการแพทย์ทางไกลกับการรักษาตามมาตรฐานปกติในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2567;7(2):129-41.
17. อมรรัตน์ รักฉิม, สงวน ลิ้มเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ผลของการให้ความรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2565;18(2):14-28.
18. รัฐธรรณี ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8. 2567;2(2):58-77.
19. วิภาวันย์ อรรถพรชัย, ขวณ กิจศิริกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2564;7(3):258-71.
20. สุพัตรา เจนพานิชพงศ์, วิวิธญา อุดมเดชาเวทย์. การพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลโรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(4):108-18.
21. Garcia JIP, Saiyed S, Gavaller M, Cabb E, Echt KV, Reardon EE, et al. Evaluating clinical outcomes of telehealth as adjunct to in-person care for older adults with diabetes: a systematic review. *Popul Health Manag.* 2025;28:179-86. doi:10.1089/pop.2024.0135
22. Gómez AM, Henao DC, León Vargas F, Muñoz OM, Lucero OD, García Jaramillo M, et al. Efficacy of the mHealth application in patients with type 2 diabetes transitioning from inpatient to outpatient care: a randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;189:109948. doi:10.1016/j.diabres.2022.109948
23. Lee SWH, Chan CKY, Chua SS, Chaiyakunapruk N, et al. Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep.* 2017;7:12680. doi:10.1038/s41598-017-12987-z
24. De Groot J, Wu D, Flynn D, Robertson D, Grant G, Sun J. Efficacy of telemedicine on glycaemic control in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *World J Diabetes.* 2021;12:170-97. doi:10.4239/wjd.v12.i2.170

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

Factors Related to Resilience in Nursing Students

กมลทิพย์ ใจมาคำ*, ณัฐธิดา สร้อยเพชร*, จิตวัลย์ ทุงกาศ*

Kamontip Chaimakham*, Nutchu Soiphet*, Jitwalai Thunkas*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

*Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajhaphat University

Corresponding author: Jitwalai Thunkas; Email: Jitwalai.t@psru.ac.th

Received: July 25, 2025; Revised: November 7, 2025; Accepted: November 10, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน ความฉลาดทางอารมณ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 115 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามสัมพันธ์สภาพกับเพื่อน มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่น .85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.286, p = .002$) สัมพันธ์สภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .207, p = .027$) และความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .245, p = .008$)

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต, นักศึกษาพยาบาล, สัมพันธ์สภาพกับเพื่อน, ความฉลาดทางอารมณ์

Abstract

This quantitative research correlation design aimed to examine the relationships between personal factors, peer relationships, Emotional Quotient, and resilience in nursing students. The samples consisted of 115 nursing students. The research instruments consisted of a demographic data form, the Resilience Questionnaire (reliability = .93), the Peer Relationships Questionnaire (reliability = .81), and the Emotional Quotient Questionnaire (reliability = .85). Data was collected from November 2024 to February 2025. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Point Biserial Correlation, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The research results revealed that parental marital status had a statistically significant negative correlation with resilience ($r_{pb} = -.286, p = .002$). Peer relationships had a statistically significant positive correlation with resilience ($r = .207, p = .027$) and emotional quotient also showed a statistically significant positive correlation with resilience ($r = .245, p = .008$).

Keywords: resilience, nursing students, peer relationships, emotional quotient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ชีวิตนักศึกษาเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมาย ช่วงชีวิตนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จากวัยเด็กสู่ผู้ใหญ่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม¹ โดยเฉพาะชีวิตนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีระดับความเครียดสูง² โดยพยาบาลเป็นวิชาชีพที่นักศึกษาต้องมีความรู้ทางทฤษฎีที่ครอบคลุมและมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานทางคลินิก³ โดยการฝึกงานทางคลินิกเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาพยาบาล แต่นักศึกษาพยาบาลมักมีความเครียดระหว่างการฝึกงานทางคลินิกเนื่องจากลักษณะงานที่ทำหยาบและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา⁴ ดังนั้นจึงทำให้นักศึกษาพยาบาลอาจมีระดับความเครียดสูงกว่านักศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ⁵ อีกทั้งในหลาย ๆ ประเทศ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดที่สูงกว่ากลุ่มนักศึกษาอื่น ๆ⁶ และจากสังคมที่มีลักษณะสภาพแวดล้อม การเรียนการสอนที่แตกต่างไปจากเดิม เปลี่ยนผ่านจากชีวิตมัธยมเข้าสู่มหาวิทยาลัย ลักษณะของเพื่อนและบุคคลรอบข้างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ ความคิดและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัย ตลอดจนปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย^{7,8}

การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ต้องปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมถึงการได้รับแรงกดดันจากสภาพแวดล้อมทั้งขณะเรียนและฝึกปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งการเผชิญต่อสถานการณ์ความเครียดนั้น บุคคลจะมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่ต่างกันและผลลัพธ์ที่ตามมาก็แตกต่างกันด้วย⁹ บุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจะมองว่าเป็นปัญหากับตนเองเพราะไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตินั้น ๆ ได้สามารถเรียนรู้และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม^{10,11}

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นความสามารถหรือสมรรถนะของบุคคลในการฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากสภาวะการณ์เลวร้าย¹² ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก¹¹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have...(ฉันมี...) 2) I am...(ฉันเป็น...) และ 3) I can...(ฉันสามารถ...) โดยที่ I have ... (ฉัน

มี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am...(ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ส่วน I can...(ฉันสามารถ...) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล บุคคลที่มีความเข้มแข็งในชีวิตจะสามารถตั้งองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะคุกคาม หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ และจะทำให้เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความไว้วางใจผู้อื่นตามมา¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ความเข้มแข็งในชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศหญิงมีความเข้มแข็งในชีวิตมากกว่าเพศชาย¹³ แต่บางการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในชีวิต¹⁴ อายุ เป็นปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในชีวิตของวัยรุ่น บุคคลที่มีอายุน้อยมีความเข้มแข็งในชีวิตต่ำกว่าบุคคลที่มีอายุมาก¹⁵ สถานภาพสมรสของบิดามารดา วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันมีความเข้มแข็งในชีวิตมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่¹⁶ แต่บางการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในชีวิต¹⁴ บรรยากาศในครอบครัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิตของวัยรุ่น¹⁷ รายได้ของครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในชีวิต¹⁴ และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน สามารถทำนายความเข้มแข็งในชีวิตได้¹⁸

นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิต¹⁴ โดยผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมองปัญหาเป็นความท้าทาย และมีความพยายามในการเผชิญปัญหาและแก้ไขให้สำเร็จ ส่วนผู้ที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำจะมองความยุ่งยากเป็นภาวะคุกคาม ทำให้ต้องหลีกเลี่ยงและล้มเลิกสิ่งเหล่านั้น ผู้ที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจึงมีความเข้มแข็งในชีวิตสูง¹⁹ สติ (mindfulness) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิต ผู้ที่สามารถฝึกจิตให้มีสติ ไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ยุ่งยากใจจะช่วยสร้างความเข้มแข็งในชีวิตได้ และยังมีการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค (adversity quotient) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิต^{9,14,20} และสามารถทำนายความเข้มแข็งในชีวิต²⁰ นอกจากนี้ควมมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในชีวิต และสามารถทำนายความเข้มแข็งในชีวิต²¹ นอกจากนี้ความฉลาดทางอารมณ์สามารถทำนายความเข้มแข็งในชีวิตได้²²

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านเพศบางการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในชีวิต แต่บางการศึกษาพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้อง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา ที่พบว่าบางการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในชีวิต แต่บางการศึกษาพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในชีวิต นอกจากนี้ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน มีการช่วยเหลือกันในการเรียนและการขึ้นฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วย หากนักศึกษามีสัมพันธ์ภาพที่ดี อาจทำให้มีความเข้มแข็งในชีวิตมากขึ้น และปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์ มีความสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวเข้ากับสภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และความฉลาดทางอารมณ์กับความเข้มแข็งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตให้แก่ นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์ กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพกับเพื่อน และความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2567 จำนวน 278 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพกับเพื่อน และความฉลาดทางอารมณ์ ตัวแปรตาม คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต

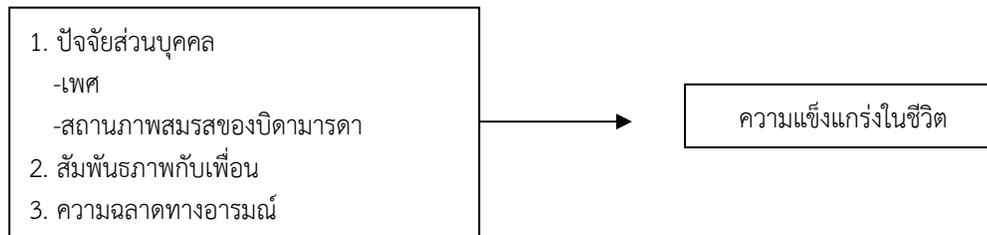
ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งในชีวิต ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) เป็นความสามารถหรือสมรรถนะของบุคคลในการฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนให้ผ่านพ้นจากสภาวะการณ์เลวร้าย^{10,11,12} ซึ่งความแข็งแกร่งในชีวิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก¹¹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) I have...(ฉันมี...) 2) I am...(ฉันเป็น...) และ 3) I can...(ฉันสามารถ...) โดยที่ I have ...(ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต I am...(ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล ส่วน I can...(ฉันสามารถ...) เป็นทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถดึงองค์ประกอบเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือภาวะคุกคาม หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ และจะทำให้เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความไว้วางใจผู้อื่นตามมา^{8,13} ความแข็งแกร่งในชีวิตในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล คือ เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และสัมพันธภาพกับเพื่อน รวมถึงความฉลาดทางอารมณ์ อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นน่าจะมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์ (correlation design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง จำนวน 278 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 115 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (alpha) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามสัดส่วนของชั้นปีที่ศึกษาทั้ง 4 ชั้นปี โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ขอถอนตัวขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา ผลการเรียนปีการศึกษาที่ผ่านมา แหล่งที่มาของเงินค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ การได้รับทุนการศึกษา การขอยืมเงินจากรัฐบาลเพื่อการศึกษา และสถานภาพสมรสของบิดามารดา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience questionnaire) พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์²³ ตามแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบิร์ก¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบคือ 1) I have (ฉันมี...) ได้มาจากแหล่งสนับสนุนภายนอก 2) I am (ฉันเป็นคนี่....) เป็นความเข้มแข็งที่เกิดภายใน

บุคคลและ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นทักษะในการบริหารจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน (peer relationships questionnaire) ของซูเมธ พงษ์เกตุรา จำนวน 23 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน เกณฑ์คะแนนรวมเฉลี่ย โดยสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)²⁴

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับวัยผู้ใหญ่ (อายุ 18-60 ปี) (emotional quotient questionnaire) ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 52 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 55-208 คะแนน โดยค่าคะแนนของความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวม ค่าปกติเท่ากับ 140-170 คะแนน เกณฑ์การแปลค่าคะแนนรายด้านดังนี้ ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ค่าคะแนนปกติเท่ากับ 48-58 คะแนน ความฉลาดทางอารมณ์ด้านเก่ง ค่าคะแนนปกติเท่ากับ 45-57 คะแนน และความฉลาดทางอารมณ์ด้านสุข ค่าคะแนนปกติเท่ากับ 42-56 คะแนน²⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้วมาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงข้อความใด ๆ จึงนำแบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93, .81 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เอกสารรับรอง เลขที่ COA No: 032/2024 PSRU-EC No: 2024/027 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถถอนตัวออกจากความเป็นกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนใดๆทั้งสิ้น รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์ประจำชั้น และคณาจารย์ที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอกำหนดนัดหมายวันที่และเวลาในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่และเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับเพื่อน ความฉลาดทางอารมณ์ และความแข็งแกร่งในชีวิต ใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา) กับความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อน ความฉลาดทางอารมณ์ กับความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov test แล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = .086$, $p = .142$) ตามลำดับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.30 อายุระหว่าง 18-22 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.19 ปี แบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 29 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 33 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 28 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 25 คน ผลการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3.01-3.50 ร้อยละ 57.90 แหล่งที่มาของเงินค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่มาจากบิดามารดา ร้อยละ 91.87 โดยร้อยละ 70.73 มีความพอเพียงของเงินที่ได้รับ นอกจากนี้ นักศึกษาไม่ได้รับทุนการศึกษา ร้อยละ 61.79 และส่วนใหญ่กู้ยืมเงินจากกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) ร้อยละ 78.86 นอกจากนี้บิดามารดามีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.85

2. ผลการศึกษาตัวแปร ได้แก่

2.1 การศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเท่ากับ 122.35 (SD = 12.86) โดยมีนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต มากกว่าคะแนนเฉลี่ยในช่วง 122-140 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 52.03 และน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยในช่วง 75-121 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 47.97 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความแข็งแกร่งในชีวิต ($n = 115$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		\bar{X}	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ความแข็งแกร่งในชีวิต	28-140	75-140	122.35	12.86

2.2 การศึกษาความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 3.05$, SD = 0.46) เมื่อพิจารณาสัมพันธภาพกับเพื่อนของนักศึกษาพยาบาล รายด้าน พบว่าสัมพันธภาพด้านการเรียนและด้านการทำงานกลุ่ม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 2.90$, SD = 0.35, $\bar{X} = 2.86$, SD = 0.50 ตามลำดับ) สำหรับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 145.40$, SD = 18.22) โดยหากพิจารณารายด้าน พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาด้านดี อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ($\bar{X} = 46.81$, SD = 6.95) ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาด้านเก่ง อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 51.19$, SD = 7.27) และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาด้านสุข อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 47.29$, SD = 5.74) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของสัมพันธภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์ (n = 115)

ตัวแปร	\bar{x}	SD	ระดับ
สัมพันธภาพกับเพื่อนของนักศึกษาพยาบาล	3.05	0.46	พอใช้
ด้านการเรียน	2.90	0.35	พอใช้
ด้านการทำงานกลุ่ม	2.86	0.50	พอใช้
ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล	145.40	18.22	ปกติ
ด้านดี	46.81	6.95	ต่ำกว่าปกติ
ด้านเก่ง	51.19	7.27	ปกติ
ด้านสุข	47.29	5.74	ปกติ

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล สถานภาพสมรสของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.286, p = .002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (n = 115)

ตัวแปร	ความแข็งแกร่งในชีวิต	
	r_{pb}	p-value
เพศ	-.131	.164
สถานภาพสมรสของบิดามารดา	-.286	.002*

* $p < .05$

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์ กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .207, p = .027$ และ $r = .245, p = .008$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับเพื่อน ความฉลาดทางอารมณ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (n = 115)

ตัวแปร	ความแข็งแกร่งในชีวิต	
	r	p-value
สัมพันธภาพกับเพื่อน	.207	.027*
ความฉลาดทางอารมณ์	.245	.008*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตเท่ากับ 122.35 คะแนน โดยมีนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตมากกว่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 52.03

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาปรับใช้ในภาคปฏิบัติ ต้องมีการฝึกทักษะการพยาบาล การปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ รวมถึงทักษะในการแก้ไขปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล ทำให้สามารถประเมิน วิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความแข็งแรงในชีวิตมาก^{17,26} แต่ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า มีนักศึกษาพยาบาลที่มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 47.97 อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษานักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี อีกทั้งการศึกษานี้เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 รวม 62 คน คิดเป็นร้อยละ 53.91 จึงอาจทำให้นักศึกษากลุ่มนี้มีคะแนนความแข็งแรงในชีวิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยเนื่องจากยังไม่สามารถปรับตัวจากสังคมที่มีลักษณะสภาพแวดล้อม การเรียนการสอนที่แตกต่างไปจากเดิม เปลี่ยนผ่านจากชีวิตมัธยมเข้าสู่มหาวิทยาลัยลักษณะของเพื่อนและบุคคลรอบข้างที่มีความแตกต่างกัน สิ่งแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย^{7,8} ทำให้นักศึกษามีความแข็งแรงในชีวิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยได้ นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่มีผลต่อความแข็งแรงของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ แรงสนับสนุน ซึ่งมาจากทั้งเพื่อน อาจารย์ผู้สอน และครอบครัว ชั้นปีที่ศึกษา โดยพบว่านักศึกษาที่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่สูงจะมีความแข็งแรงในชีวิตมากกว่านักศึกษาในชั้นปีต้น ๆ¹²

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา พบว่านักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตมากกว่าค่าเฉลี่ย ร้อยละ 50.94²⁰

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรสของบิดามารดา สัมพันธภาพกับเพื่อนและความฉลาดทางอารมณ์ กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความแข็งแรงในชีวิต พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิต อาจเนื่องจากการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตนั้นต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งนักศึกษาจะต้องนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาปรับใช้ในภาคปฏิบัติ มีการฝึกทักษะการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ทำให้นักศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอ อีกทั้งอาจได้รับแรงสนับสนุนจากอาจารย์ เพื่อน ครอบครัว จึงทำให้ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิต

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิต ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล¹⁴

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของบิดามารดากับความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดาที่ย่ำร้างหรือเสียชีวิต จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่านักศึกษาพยาบาลที่บิดามารดามีสถานภาพสมรส อาจเนื่องจากเมื่อนักศึกษาพยาบาลต้องอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ทำให้เกิดการพัฒนาตนเองทั้งด้านความสามารถ ทักษะการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และความคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวนั้นเป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่นเช่นเดิม มีแนวทางการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และการแก้ปัญหาที่เหมาะสมจะส่งผลให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตมากขึ้น²⁶

ผลการศึกษารั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายข้อมูลส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมของเด็กกับความแข็งแกร่งในชีวิตในชุมชนของแคมเบลล์และคณะ พบว่าสถานภาพสมรสของบิดามารดามีผลกับวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกันมีความแข็งแกร่งในชีวิต มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาแยกกันอยู่¹⁶

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์สภาพกับเพื่อนกับความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่าสัมพันธ์สภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษามีสัมพันธ์สภาพกับเพื่อนที่ดี ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากสัมพันธ์สภาพที่ดี ทำให้เกิดการยอมรับในกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้เกิดการรับรู้ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีความมั่นใจ และมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลจะรับรู้ว่าคุณสมบัติที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น²⁰

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า สัมพันธ์สภาพกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิต¹⁷

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาอธิบายได้ว่า เมื่อนักศึกษามีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะทำให้ความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น เนื่องจากบุคคลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการสังเกตอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ทำให้มีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเอง และมีสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดี ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงตาม²¹

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁷

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางสำหรับสถาบันทางการศึกษาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสัมพันธ์สภาพที่ดีกับเพื่อน และส่งเสริมให้มีความฉลาดทางอารมณ์ที่ดี เพื่อสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ในการทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาให้พร้อมสำหรับการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคในแต่ละชั้นปีได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรดิง แอนด์ เซอร์วิส; 2563.
2. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ญัฐปภัสญ์ นวลสีทอง, ไทยไทย โชติชัย. ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาจุฬาลงกรณ. 2562;6(4):257-69.
3. Doyle K, Sainsbury K, Cleary S, Parkinson L, Vindigni D, McGrath I, et al. Happy to help/happy to be here: identifying components of successful clinical placements for undergraduate nursing students. Nurse Educ Today. 2017;49:27-32. doi:10.1016/j.nedt.2016.11.001
4. Liang HF, Wu KM, Hung CC, Wang YH, Peng NH. Resilience enhancement among student nurses during clinical practices: a participatory action research study. Nurse Educ Today. 2019;75:22-7. doi:10.1016/j.nedt.2019.01.004
5. Bartlett ML, Taylor H, Nelson JD. Comparison of mental health characteristics and stress between baccalaureate nursing students and non-nursing students. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2016;55:87-90. doi:10.3928/01484834-20160114-05
6. McCarthy B, Trace A, O'Donovan M, Brady-Nevin C, Murphy M, O'Shea M, et al. Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: an integrative review. Nurse Educ Today. 2018;61:197-209. doi:10.1016/j.nedt.2017.11.029
7. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, นิชกานต์ ฟุ้งดี, ญัฐธิดา ยานะรมย์, ญัฐนรี น้อยนาง, ญัฐมล อาไนย์, ตฤภากรณ บัญเชิญ, และคนอื่น ๆ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสาร มจร.วิชาการ. 2561;21(4):93-106.
8. ณฤดี ชลชาติบดี, ชะไมพร ธรรมวาสี. ความแข็งแกร่งและกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการุณย์. 2566;30(2):372-88.
9. อีระยุทธ เกิดสังข์, อริศรา แสนทวีสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(3):141-55.
10. รุมาพร เชี่ยวชาญ, อภิญญา พานผล. ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564;15(1):21-8.
11. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. 1997. Available from: <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>

12. Thomas LJ, Revell SH. Resilience in nursing students: an integrative review. *Nurse Educ Today*. 2016;36:457-62. doi:10.1016/j.nedt.2015.10.016
13. Masten AS. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014;65(1):6-20. doi:10.1111/cdev.12205
14. ปวีณา นพโสทร, อัจรา ฐิตวัฒน์กุล, นิรดา กลิ่นทอง. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2561;2(2):1-10.
15. Kumari M, Sinha-A R. Does age and gender influence adolescents? *J Neonatal Surg*. 2025;14(9 Suppl):653-7. doi:10.52783/jns.v14.2731
16. Aryani E, Hadi A, Ningsih R, Saputri DS, Laras-Palasar B, Nurbaiti-Anifa T. Self-regulation and resilience in adolescents in divorced families. *Atlantis Press*. 2023:65-72. doi:10.2991/978-2-38476-030-5_9
17. อริศรา สุขศรี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมก้าวร้าวในวัยรุ่นที่เผชิญเหตุการณ์รุนแรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2559;30(2):97-112.
18. ลำเจียก กำธร, โสภิต สุวรรณเวลา,ชาติ ไทยเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2561;15(2):144-53.
19. อนุรักษ์ คูอาริยะกุล, วิมล อ่อนเสียง, ศศิธร ชิดนายิ, ศุภิสรา สุวรรณชาติ, ณ์ภูธน์มาศ สร้อยเพชร. ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 2562;11(2):187-200.
20. ผุสนีย์ แก้วมณี, วานิตา สาเมาะ, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, เปรมฤดี ดารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 2561;19(3):156-70.
21. จุฑารัตน์ ทองสลับ, วรรณชาติ ตาเลิศ, อุตม์ชญาน์ อินทเรือง. ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2563;38(2):148-57.
22. Soler RC, Trigueros R, Parra JM, Navarro N. Emotional intelligence and resilience outcomes in adolescent period: is knowledge really strength? *Psychol Res Behav Manag*. 2022;16:1365-78. doi:10.2147/PRBM.S383296
23. พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, ทศนา ทวีคุณ. โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต. กรุงเทพฯ: จุดทอง; 2555.
24. สุเมธ พงษ์เกตุรา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนของนักเรียนช่วงชั้นที่ 4 โรงเรียนสารสาสน์เอกตรา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
25. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับผู้ใหญ่อายุ 18-60 ปี. 2557. Available from: <https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/08/9.-EQ-ผู้ใหญ่ประชาชนทั่วไป.pdf>

26. อัจฉราพรรณ วงษ์น้อย, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิตา แสงอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต ปัญหาการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564;35(2):73-94.
27. ลัดดา แสนสีหา, เลอลักษณ์ แทนเกษม, ถิรนนท์ พัวพันธ์พงศ์. ปัจจัยความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อความแข็งแรงในชีวิตของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):186-94.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อ
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The effects of a health literacy promotion and social support program on
health literacy and self-care behaviors among older adults with Type II

Diabetes Mellitus

สุนิสา คำชื่น*, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ*, บรรจง จันทวีวัฒน์**, อารีรัตน์ เปสูงเนิน*

Sunisa Khakhuen*, Yupaporn Jittasuttho*, Banjong Chantaweewat**, Areerat Pesungnoen*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดนครราชสีมา

**Maka Subdistrict Health Promotion Hospital, Ban Pho Subdistrict, Nakhon Ratchasima Province

Corresponding author: Areerat Pesungnoen; Email: areerat@knc.ac.th

Received: July 25, 2025; Revised: September 13, 2025; Accepted: October 2, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ จังหวัดนครราชสีมา แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2568 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที

ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.58, p < .001$ และ $t = 12.12, p < .001$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.37, p < .001$ และ $t = 6.88, p < .001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

A quasi-experimental study with a two groups pre-posttest design. This study aimed to examine the effects of health literacy promotion and social support on health literacy and self-care behaviors among older adults with diabetes. The sample consisted of older adults with type II diabetes mellitus. The sample consisted of older adults with diabetes who received services at the Makha Subdistrict Health Promoting Hospital, Ban Pho Subdistrict, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province. The participants were divided into an experimental group and a control group, with 37 individuals in each group. Data collection was conducted from April to June 2025. The experimental group participated in a 12-week health literacy promotion and social support program, while the control group received routine nursing care. The instruments used for data collection included a personal information questionnaire, a health literacy questionnaire, and a self-care behavior questionnaire for older adults with diabetes. These tools were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. Cronbach's alpha coefficients of the health literacy and self-care behavior questionnaires were .89 and .80, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results revealed that, after receiving the program, the experimental group had significantly higher mean scores for health literacy and self-care behaviors among older adults with type II diabetes mellitus compared to the pre-intervention scores ($t = 13.58, p < .001$ and $t = 12.12, p < .001$, respectively). Furthermore, the experimental group had significantly higher mean scores for health literacy and self-care behaviors compared to the control group ($t = 10.37, p < .001$ and $t = 6.88, p < .001$, respectively).

Keywords: health literacy, self-care behaviors, social support, older adults, type II diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่พบได้ในผู้สูงอายุ สถานการณ์โรคเบาหวานในผู้สูงอายุพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ระดับโลกมีประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 135.6 ล้านคน ระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 35.5 ล้านคน ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยพบว่ากลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีอัตราความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด¹ ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมาพร้อมกับปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จากรายงานปี พ.ศ. 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 21.12 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี² จังหวัดนครราชสีมามีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 530,795 คน เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 20.02³ ซึ่งโรคเบาหวานในผู้สูงอายุนั้นมักมีความซับซ้อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระของระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ รับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างถูกต้อง และนำไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยนักปมอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึงทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นนำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและ

คงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อ่าน เขียนไม่คล่อง และความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพน้อย อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้⁵ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโรคเบาหวาน จำกัดเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานบริการทางการแพทย์ที่ตนเองรับบริการเป็นประจำ มากกว่าการค้นหาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลทางสุขภาพอื่น ๆ ที่หลากหลาย⁶ ด้านทักษะการตัดสินใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยพบว่า บางส่วนสามารถนำข้อมูลที่ได้รับทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์และประสบการณ์ไปใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเอง แต่บางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ⁶ ด้านการจัดการตนเอง พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจัดการอารมณ์ตนเองและการออกกำลังกายที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคค่อนข้างน้อย⁷ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ผลจากการไม่รู้เท่าทันสื่อสารสนเทศที่เผยแพร่กันอย่างแพร่หลายในสังคมปัจจุบัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหลงเชื่อข้อมูล⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส.⁸ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้นจะมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่สูงขึ้น⁷ ดังนั้นการมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาว นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ⁹

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานถือเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care behavior) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง¹¹ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี โดยเฉพาะการรับประทานอาหารหรือของหวานที่ทำจากกะทิ ขนมหวาน ของทอดกรอบ อาหารที่ใช้น้ำมันมากและอาหารมัน ๆ¹² พฤติกรรมการรับประทานยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ¹² พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนการออกกำลังกายน้อย อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ความบกพร่องการทรงตัว⁸ ด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง¹³ มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการอารมณ์ตนเองที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากการจัดการอารมณ์ตนเองเป็นเรื่องที่เข้าใจและปฏิบัติได้ค่อนข้างยาก¹⁴ พฤติกรรมด้านโรคและการรักษา พบว่า พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม¹⁵ นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น¹⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นถึง

ความเชื่อมโยงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างชัดเจน หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน นำข้อมูลไปใช้ในดูแลตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการรับรู้และยอมรับความจริงที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การดูแลจากบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม¹⁷ หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะทำให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเพื่อสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่างมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹⁹ การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ขาดการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวนมาก แต่เป็นการศึกษาในบริบทชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ใช่น้อยยังขาดความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมักเกิดจากการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบกับภาวะพึ่งพิงและข้อจำกัดด้านสังคมของผู้สูงอายุ และสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีเทคโนโลยี ความทันสมัยขึ้น นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี อาจทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย และอาจเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานที่ดี จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปิม⁴ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์¹⁷ ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มพูนทักษะทางปัญญาและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีความรู้ เข้าใจ เข้าถึง มีทักษะ การตัดสินใจในการดูแลตนเอง ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดี เพื่อชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 787 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

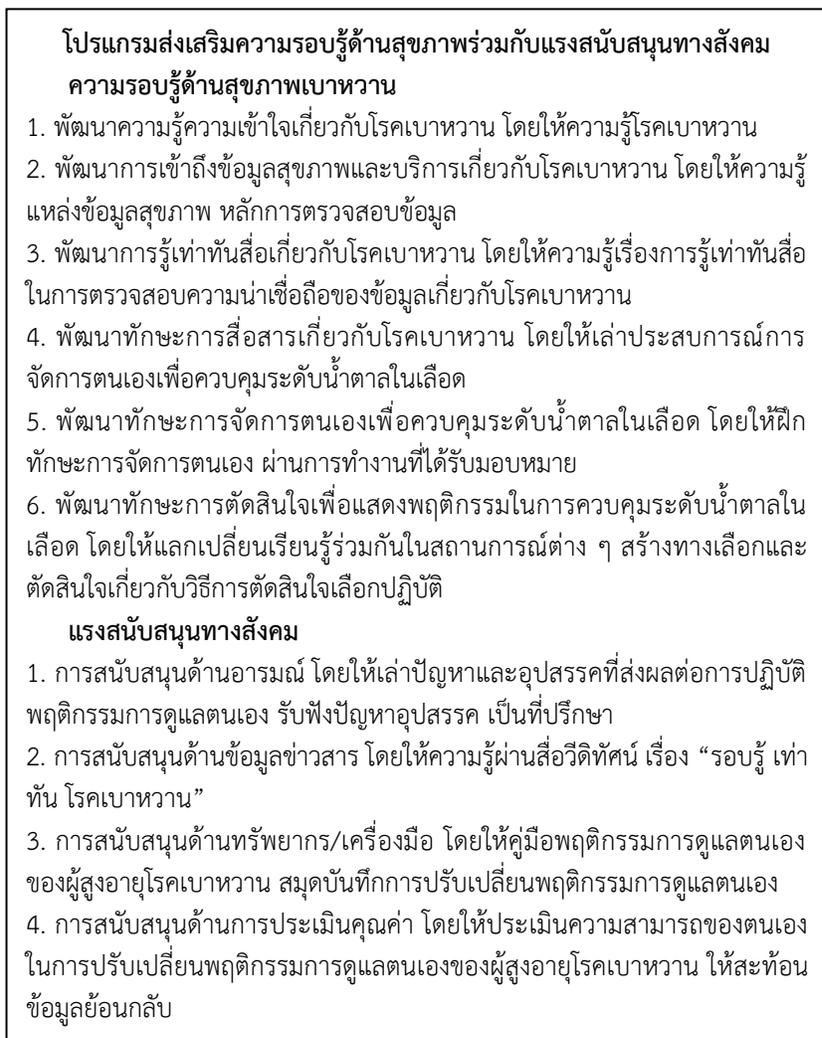
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทปีม⁴ อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้ นำ ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์¹⁷ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้และยอมรับความจริงที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การดูแลจากบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 สามารถสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดี สามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two groups pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 787 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลอง 37 คน กลุ่มควบคุม 37 คน รวมทั้งสิ้น 74 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน กำหนดขนาดค่าอิทธิพล (effect size)²⁰ เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) = .05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) = .80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) และเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 30 จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 37 คน

โดยเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ จากนั้นทำการจับคู่ที่ละคู่ (matched pairs design) ด้วยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันมากที่สุด จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ใช้วิธีการจับฉลากสุ่มแบบไม่แทนที่ จับฉลากคนแรกเข้ากลุ่มทดลอง คนที่สองเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 37 คู่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันจันทร์ และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และป่วยด้วยโรคเบาหวาน
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาทางด้านความจำและการเรียนรู้ ประเมินโดยการใช้แบบประเมินสภาพสมอง

เบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ

4. สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ปกติ
5. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วม
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการทดลอง ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน เช่น เลือดเป็นกรด มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ทำให้มองไม่เห็น มีภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด
3. ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²¹ จำนวน 11 ข้อ การแปลคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนเต็ม 23 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวม ≥ 14 คะแนน กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวม ≥ 17 คะแนน และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติต้องมีคะแนนรวม ≥ 22 คะแนน

2. คู่มือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถสร้างพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ⁴ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์¹⁷ มีระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

3. สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “รอบรู้ เท่าทัน โรคเบาหวาน” และคู่มือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้และใช้เป็นเอกสารประกอบการทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน

4. สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดี มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

5. แผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเบาหวานภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ติดตามเยี่ยมทั้งหมด 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เพื่อประเมินติดตามปัญหา ติดตามการใช้คู่มือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน⁵ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 3 ข้อ และ 6) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งด้านที่ 2-6 เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในช่วง 25-135 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (คะแนน 25-61) ปานกลาง (คะแนน 62-98) สูง (คะแนน 99-135)²²

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านโรคและการรักษา 4) ด้านการควบคุมอารมณ์ 5) ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ 6) ด้านการควบคุมการดื่มสุรา และ 7) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวมพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในช่วง 37-185 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ มีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับน้อย (คะแนน 37-86) ระดับปานกลาง (คะแนน 87-136) ระดับสูง (คะแนน 137-185)²²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คู่มือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับ

แรงสนับสนุนทางสังคม สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “รอบรู้ เท่าทัน โโรคเบาหวาน” คู่มือพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และแผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index หรือค่า CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ได้เท่ากับ .89 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา COA No. 05/2568 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในแบบยินยอมที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ระหว่างการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต หากกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลและให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งติดต่อประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในขณะนั้นทันที รวมทั้งแจ้งการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้าคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เพื่อยื่นหนังสือขอรายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน จากนั้นผู้วิจัยให้พยาบาลประจำหน่วยตรวจ เป็นผู้ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจ และลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ
2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ช่วยในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจและปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

ขั้นดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละประมาณ 30 นาที ณ คลินิกโรคเบาหวาน เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมในวันจันทร์และกลุ่มทดลองในวันพฤหัสบดี ในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

กลุ่มควบคุม

1. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในการมาตรวจตามนัดตามปัญหาที่ได้จากการซักประวัติเมื่อมารับการตรวจรักษา โดยแพทย์และพยาบาลประจำการ ณ ห้องตรวจจะเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำตาม

ความเหมาะสมและการนัดหมายมาตรวจครั้งต่อไป และผู้สูงอายุโรคเบาหวานดำเนินชีวิตประจำวันเช่นเดิมที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 1-11

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 12 ณ คลินิกโรคเบาหวาน ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละประมาณ 30 นาที ณ คลินิกโรคเบาหวาน จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มควบคุม แจกคู่มือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเปิดโอกาสในการซักถามข้อสงสัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองเป็นแบบรายกลุ่ม ณ คลินิกโรคเบาหวาน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ (ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ลดความวิตกกังวลและความเครียด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายถึงขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อการดูแลตนเอง ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษา และลดความเครียดตลอดการเข้าร่วมโปรแกรม

3) พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “รอบรู้ เท่าทัน โรคเบาหวาน” ในหัวข้อ สถานการณ์ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมดูแลตนเอง และให้ฝึกอ่านฉลากยา ฉลากโภชนาการ อ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอ่านใบนัด

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ ผู้วิจัยแจกคู่มือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง รวมถึงอธิบายวิธีลงบันทึก และเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย และให้ข้อมูลในส่วนที่ยังเข้าใจไม่ถูกต้อง

5) ผู้วิจัยแนะนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน ชี้แจงกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 2 พอสังเขป จากนั้นกำหนดวันนัดพบครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พัฒนาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่อง แหล่งข้อมูลสุขภาพ หลักการตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ จากนั้นให้ฝึกสืบค้นแหล่งบริการสุขภาพและค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง

2) พัฒนาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันสื่อ ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การรักษา ผลลัพธ์สุขภาพผ่านการค้นหาข่าวปลอมผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก หรือเว็บไซต์อื่น ๆ พร้อมวิเคราะห์และให้เหตุผลที่กลุ่มทดลองคิดว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นข่าวปลอม

3) ผู้วิจัยแนะนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งแจ้งกิจกรรมของสัปดาห์ที่ 3 พอสังเขป จากนั้นกำหนดวันนัดพบครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง) โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) พัฒนาทักษะการสื่อสาร ผู้วิจัยให้เล่าประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันบอกวิธีการจัดการตนเองในพฤติกรรมดูแลตนเอง

2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ผู้วิจัยให้ประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

3) พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผ่านการทำงานที่ได้รับมอบหมาย การจดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองลงในสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

4) พัฒนาทักษะการตัดสินใจ ผู้วิจัยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยสร้างทางเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและให้เหตุผล

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 กิจกรรมติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล สอบถามปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติ ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่เข้าใจและปฏิบัติไม่ถูกต้อง กระตุ้นและชักจูงให้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านพร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และกล่าวชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติ ในการโทรแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

สัปดาห์ที่ 5-11 ปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน พร้อมลงบันทึกในสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง หากมีปัญหาเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา กำหนดวันนัดพบครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 12

1) ผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละประมาณ 30 นาที ณ คลินิกโรคเบาหวาน

2) ผู้วิจัยซักถามปัญหาและอุปสรรคในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ Paired t-test

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

โดยมีการทดสอบข้อตั้งก่อนของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p = .690$, $p = .161$) กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p = .338$, $p = .726$) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p = .557$, $p = .426$) กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p = .990$, $p = .589$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.24 ปี (SD = 6.43) กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.95 ปี (SD = 7.03) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.38 และ 72.97 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.46 และ 62.16 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.38 และ 86.49 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.95 และ 59.46 ตามลำดับ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อเดือน ร้อยละ 48.65 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 7 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.05 และ 56.75 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.99 Kg/m² ร้อยละ 48.65 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 Kg/m² ร้อยละ 35.14 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 6.90 (SD = 0.76) กลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 6.87 (SD = 1.19) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.58$, $p < .001$) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 82.43$, SD = 9.28) และมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 104.43$, SD = 9.36) และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.12$, $p < .001$) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.43$, S.D. = 10.11) และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 147.24$, S.D. = 5.70) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ($n = 37$)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ			หลังได้รับโปรแกรม ฯ			t	p-value
	\bar{X}	SD	การแปลผล	\bar{X}	SD	การแปลผล		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	82.43	9.28	ปานกลาง	104.43	9.36	สูง	13.58	<.001*

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ			หลังได้รับโปรแกรม ฯ			t	p-value
	\bar{x}	SD	การแปลผล	\bar{x}	SD	การแปลผล		
กลุ่มควบคุม	82.43	9.48	ปานกลาง	83.46	7.99	ปานกลาง	1.63	0.11
พฤติกรรมการดูแลตนเอง								
กลุ่มทดลอง	134.43	10.11	ปานกลาง	147.24	5.70	สูง	12.12	<.001*
กลุ่มควบคุม	134.14	9.93	ปานกลาง	134.62	9.60	ปานกลาง	1.37	0.18

*p<.05

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.37, p < .001$) และ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.88, p < .001$) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ (n=37)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	82.43	9.28	82.43	9.48	0.00	1.00
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	104.43	9.36	83.46	7.99	10.37	<.001*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนได้รับโปรแกรม ฯ	134.43	10.11	134.14	9.93	0.13	0.90
หลังได้รับโปรแกรม ฯ	147.24	5.70	134.62	9.60	6.88	<.001*

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตาม สมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นช่วงวัยที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้ แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม¹⁹ และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ การได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และตอบสนองต่อความต้องการต่าง ๆ จากคู่ชีวิต สมาชิกในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุน

จากครอบครัวในระดับสูงจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้น²³ และช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและเข้าใจง่ายขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁰ และการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ¹⁶ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้ด้านสุขภาพสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นช่วงวัยที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้ แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม นำมาพิจารณาเลือกใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น¹⁹ และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสถือเป็นแรงสนับสนุนหนึ่ง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน¹¹ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม ๓ อยู่ในระดับสูง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ⁹ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม ๓ อยู่ในระดับสูง ดังนั้น พฤติกรรมดูแลตนเองจึงเป็นผลลัพธ์สำคัญที่เกิดจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น

สมมุติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นได้นำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนักปราชญ์⁴ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์¹⁷ โดยผู้วิจัยให้ความรู้โรคเบาหวานใช้การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ฝึกการอ่านฉลากยา ฉลากโภชนาการ อ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและอ่านใบนัด ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ ด้วยการแจกรุ่นมือพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ทบทวนความรู้เมื่ออยู่ที่บ้าน ในการพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลสุขภาพ หลักการตรวจสอบข้อมูล ตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้ ฝึกสืบค้นแหล่งบริการสุขภาพและค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง ซึ่งสื่อสังคม (social media) เป็นเครื่องมือสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพใช้เป็นช่องทางหนึ่งในการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับและทำความเข้าใจใหม่เพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการใช้ข้อมูลที่ต้องการเพื่อการตัดสินใจ²⁴

การพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันสื่อ ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านการค้นหาข่าวปลอมทางสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ นอกจากนี้ในสังคมปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมากในทุกแห่ง โดยเฉพาะในสังคมออนไลน์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่กับบุคคลใกล้ชิด²⁵ การพัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ประสบความสำเร็จจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเล่าประสบการณ์ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายอื่นฟัง เพื่อเป็นแบบอย่างและเกิดแรงบันดาลใจที่จะปฏิบัติตาม ซึ่งการใช้ประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จในการเรียนรู้ การนำเสนอข้อมูลสุขภาพผ่านเรื่องเล่า การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จะช่วยส่งเสริมให้สื่อสารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งเป็นการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกกับสุขภาพต่อไป²⁴ การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประเมินความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ฝึกทักษะการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อมั่นในความสามารถจะนำไปสู่ลักษณะนิสัย มีความมั่นใจในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองไปในทางที่ดีและต่อเนื่อง ยั่งยืน จะส่งเสริมให้มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น และพัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อแสดงพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยสร้างทางเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและให้เหตุผล ซึ่งกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสมจะช่วยพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลให้มีการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้²⁶ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม ฯ ดังกล่าวส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมดังกล่าวช่วยพัฒนาความสามารถในการรับรู้ มีความรู้ความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ สามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพและบริการที่ได้รับมาคิด วิเคราะห์ จนเกิดการพัฒนากิจกรรมรอบด้านที่จำเป็นมาใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองได้รับความรู้จากคู่มือสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเบาหวาน และสื่อวิดีโอเรื่องอาหารแลกเปลี่ยนและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเบาหวานส่งให้ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยให้กลุ่มทดลองเปิดทบทวนความรู้ได้ขณะอยู่ที่บ้านร่วมกับได้รับการฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการเลือกอาหาร¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)²⁶ การให้ความรู้ด้วยวิธีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีประสิทธิผลที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ¹⁶

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านการบรรยาย ประกอบสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีการฝึกทักษะการจัดการตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังได้รับโปรแกรม ฯ เพื่อให้กำลังใจ ซึ่ชม ติดตามปัญหา ติดตามการใช้คู่มือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองไปในทางที่ดีและมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ในช่องทางต่าง ๆ เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ โดยการเสริมพลังใจให้ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มุ่งสร้างเสริมแรงจูงใจให้ผู้ช่วยมองเห็นคุณค่าของตนเอง สนับสนุนช่วยเหลือ ติดตามการปฏิบัติการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง²⁷ นอกจากนี้ภายหลังที่ผู้ช่วยนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง การช่วยเตือนความจำผู้สูงอายุได้ทบทวนความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับตลอดจนไม่ลืมนำความรู้ไปปฏิบัติในการดูแลตนเองเป็นการช่วยสร้างให้เกิดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือและปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ร่วมกับในกรณีที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้ถูกต้อง จะได้รับคำชมเชยและเสริมสร้างกำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีที่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ เป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจ มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง²⁷ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมหักแล้วส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี¹⁶ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลในการมาตรวจตามนัด แม้จะได้รับบริการด้านสุขภาพทั่วไป แต่ไม่มีโครงสร้างหรือกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจง อาจยังขาดรูปแบบการเรียนรู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ ทำให้การรับรู้ข้อมูลตามปัญหาที่ได้จากการซักประวัติเมื่อมารับการตรวจรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้ข้อมูลโดยไม่มีโครงสร้างส่งเสริมเชิงลึก อาจไม่เพียงพอในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จึงอาจไม่เพียงพอในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ให้มีทักษะ ความรู้ และความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้สามารถปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและยั่งยืนมากกว่าการได้รับเพียงการดูแลตามปกติ และโปรแกรมหักแล้วสามารถใช้เป็นแนวทางในงานส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

หรือในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลได้ในระยะยาว นอกจากนี้โปรแกรมลักษณะนี้ยังเหมาะสำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น จะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ด้วยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะการจัดการตนเองที่ดี รู้เท่าทันสื่อ มีทักษะการตัดสินใจที่ดี ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนด้านทรัพยากร/เครื่องมือ และสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองไปในทางที่ดี สามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เหมาะสมในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาระยะยาวเพิ่มเวลาเป็น 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืนผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และติดตามความคงทนของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง

2. ควรมีการศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Kalra S, Dhar M, Afsana F, Aggarwal P, Aye TT, Bantwal G, et al. Asian best practices for care of diabetes in elderly (ABCDE). Rev Diabet Stud. 2022;18(2):100-34. doi:10.1900/RDS.2022.18.100.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย. กรมอนามัยเผยผู้สูงวัยป่วยเบาหวานเป็นอันดับ 2 รองจากความดัน และคุมอาหาร น้ำตาล และออกกำลังกาย. 2565. <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดนครราชสีมา ปี 2567. 2567. <https://hdc.moph.go.th/nma/public/standard-report-detail/589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4>.

4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
5. สุนิสา คำชื่น, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2568;26(1):139-48.
6. นุสรานามเดช, สมจิตต์ ลินรุชัย, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา.* 2564;14(3):15-30.
7. มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์.* 2562;10(1):35-50.
8. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จีราพร วรวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 2565;16(2):454-68.
9. วรรณฤดี เขาว้อยชัย, รัตติกาล พรหมพาหกุล, อารีญา ประเสริฐสังข์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2564;22(2):41-8.
10. Orem DE. *Nursing concepts and practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby-Yearbook; 2001.
11. ธานี นามม่วง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 2566;9(1):170-80.
12. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus. *BMC Geriatr.* 2023;23:297-307. doi:10.1186/s12877-023-04010-0.
13. อัจฉนา เจศรีชัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.* 2563;1(1):24-34.
14. เกษดาพร ศรีสุวอ. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แน่นท์ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา.* 2564;4(2):35-44.
15. นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุทกาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง, น้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี. พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2563;29(2):201-10.
16. ราตรี ทองคำ. ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดลพบุรี. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี.* 2564;30(3):86-99.
17. House J. *Work stress and social support.* Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
18. Hasan AA, Ismail A, Noor H. The influence of social support on self-care behavior among T2DM patients. *SAGE Open Nurs.* 2024;10:1-8. doi:10.1177/23779608231219137.
19. สุวิดา ลิ้มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ปฎิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2565;40(1):84-98.

20. รัตนภรณ์ กล้ารบ, อรพินท์ สีขาว, ชฎาภา ประเสริฐทรง. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564;22(3):274-83.
21. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
22. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
23. กอบกุล มาดีคาน, นงนุช โอบะ, ปิ่นหทัย สุเมธพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2563;14(1):1-15.
24. สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, สมจิตต์ สินธุชัย, ดวงดาว อุบลรัมย์. ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):1-13.
25. กรเกล้า รัตนชาญกร, ปาพินทร์ธรรมา ธานีพันธวิภากุล, เกล้ากร รัตนชาญกร. การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;10(1):85-97.
26. อารักษ์ กิติกร. ความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2566;4(2):41-52.
27. สมจิตต์ สินธุชัย, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญถวัลย์, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ, และคณะ. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการพยาบาล. 2565;37(1):58-74.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง
ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Factors Influencing the Decision to Confirm Colorectal Cancer by
Colonoscopy of People in Ban Pong District Ratchaburi Province

พงษ์ศักดิ์ จรุงเรืองทรัพย์*

Pongsak Jarungruangsap*

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

*Ban Pong Hospital, Ratchaburi Province

Corresponding author: Pongsak Jarungruangsap; Email: l.mozart17@gmail.com

Received: August 2, 2025; Revised: October 28, 2025; Accepted: November 1, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชน อายุ 50-70 ปี ที่คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก จำนวน 176 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง .67 - 1.00 ความเที่ยงเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยแบบโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง คือ อายุ 50-60 ปี ($OR_{adj} = 4.88, 95\%CI = 1.80-13.23$) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร ($OR_{adj} = 7.06, 95\%CI = 1.97-25.19$) การรับรู้ต่อความรุนแรงปานกลาง ($OR_{adj} = 8.87, 95\%CI = 1.07-73.27$) การรับรู้ต่อความรุนแรงสูง ($OR_{adj} = 85.11, 95\%CI = 8.97-807.41$) และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการตรวจต่ำ ($OR_{adj} = 15.02, 95\%CI = 3.32-67.89$)

คำสำคัญ: การตัดสินใจมาตรวจยืนยัน, มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ปัจจัยที่ส่งผล

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study factors Influencing with decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy of people in in Ban Pong District at Ratchaburi Province. The sample group of this study consisted of 176 people in Ban Pong District, Ratchaburi Province, who participated in a screening program for colorectal cancer and with a positive result of the Fecal Immunochemical Test (FIT Test). Data was collected using validated questionnaires assessing personal factors and health belief factors to make for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy. Content validity was approved by three experts, with content validity indices ranging from .67 to 1.00, and reliability coefficients .87. The associations between the factors related to decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy were analyzed through logistic regression.

The results of the study revealed that the association of the factors contributing to decision making for a colorectal cancer diagnostic test with colonoscopy were Age 50-60 years old ($OR_{adj} = 4.88$, 95%CI = 1.80-13.23), The distance from home to the hospital is no more than 20 kilometers ($OR_{adj} = 7.06$, 95%CI = 1.97-25.19), moderate perceived severity ($OR_{adj} = 8.87$, 95%CI = 1.07-73.27) high perceived severity ($OR_{adj} = 85.11$, 95%CI = 8.97-807.41) and low perceived barriers. ($OR_{adj} = 15.02$, 95%CI = 3.32-67.89)

Keywords: confirmed decision making, colorectal cancer, colonoscopy, influencing factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer: CRC) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยทั่วโลก ประมาณร้อยละ 10 ของมะเร็งทั้งหมด และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นลำดับที่ 2¹ สำหรับประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด และพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้พบอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 15,939 ราย และมีผู้เสียชีวิต 5,476 ราย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 44 คน และเสียชีวิตวันละ 15 คน² โดยพบอัตราการเกิดโรคเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับที่ 2 ในเพศหญิง³ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 15.27) รองลงมา คือ อายุ 55-59 ปี (ร้อยละ 15.12) และอายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 13.05) ตามลำดับ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ครอบครัวที่มีประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้ที่มีปัญหาการอักเสบของลำไส้ใหญ่เรื้อรัง พฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ตลอดจนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง⁵ อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงหากได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี มากถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นระยะท้ายซึ่งมีการแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ อัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการก็ต่อเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ส่งผลให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร ซึ่งอาการของโรคที่พบบ่อย ได้แก่ การถ่ายอุจจาระผิดปกติ มีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้ง ถ่ายไม่สุด ถ่ายเป็นมูกหรือเป็นมูกปนเลือด หรืออาจถ่ายเป็นเลือดสด ขนาดลำอุจจาระเล็กลงและมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด จุกเสียด เป็นต้น อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความเสี่ยงในระยะเริ่มแรกได้หลายวิธี เช่น ตรวจอุจจาระหาเลือดที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า (fecal occult blood test) ตรวจหาพยาธิ ภิรียาทางอิมมูโนเคมีคอลที่จำเพาะอุจจาระ

(fecal immunochemical test) การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) และการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ด้วยภาพเสมือนจริง (computed tomography colonoscopy) เป็นต้น⁶

กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง (service plan) โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ปีละครั้ง หากพบว่าผลผิดปกติควรได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่⁷ การตรวจโดยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นการตรวจชนิดเดียวที่ช่วยในการเฝ้าระวังกลุ่มที่มีความเสี่ยง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกในการประเมินภาวะความผิดปกติของลำไส้ใหญ่⁸ มีความไว (sensitivity) เท่ากับ 99 % และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 100 %⁹ สามารถดำเนินการรักษาผ่านวิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้ในขณะตรวจ เช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ การเก็บชิ้นเนื้อตัวอย่างมาวิเคราะห์ผลทางพยาธิวิทยา การหยุดเลือดในลำไส้ และการตรวจนี้สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งได้ด้วยการกำจัดติ่งเนื้อออก (polyps) อันเป็นจุดเริ่มต้นของมะเร็ง¹⁰

การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการมาพบแพทย์ตั้งแต่มีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรกเป็นวิธีที่ดี แต่ส่วนใหญ่กว่าจะรู้ว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มักพบโรคในระยะที่เป็นมากแล้ว ทำให้มีโอกาสรักษาชีวิตสูง¹¹ การตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง หลังจากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) เป็นบวก ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ผู้ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี FIT Test เป็นบวก ตัดสินใจมาตรวจยืนยันผลด้วยการส่องกล้อง ร้อยละ 22.72¹² ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านโป่ง ปีพ.ศ. 2567 ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมาย และเพิ่มบริการของการส่องกล้อง (colonoscopy) ทำให้สามารถดำเนินการได้มากกว่าปีพ.ศ. 2566 (จากร้อยละ 39.91 เพิ่มขึ้นร้อยละ 75.75) แต่ยังคงมีผู้ที่มีผลการตรวจด้วยวิธี FIT Test ให้ผลเป็นบวกไม่ตัดสินใจมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ทั้งที่ผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นจะมีความผิดปกติก็ตาม

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ของบุคคลเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญที่จะชักจูงพฤติกรรมการป้องกันโรค¹³ เหตุผลสำคัญที่กลุ่มเสี่ยงไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองโดยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ สอดคล้องกับปัจจัยหลายประการตามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่เพียงพอ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ เช่น การรับรู้เชิงลบเกี่ยวกับกระบวนการคัดกรอง การตรวจที่มีการรุกราน ความยุ่งยากของการเตรียมลำไส้ และความไม่ครอบคลุมหลักประกันสุขภาพหรือประกันภัย^{14, 15} แต่ยังมีข้อจำกัดในการสรุปและการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้องในพื้นที่ของเขตอำเภอบ้านโป่ง ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการเข้าถึงการรับบริการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายช่วยเหลือประชาชนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ลดการลุกลามของโรคและช่วยลดโอกาสเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

2. เพื่อสร้างสมการทำนายการตัดสินใจมาตรฐานยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจมาตรฐานยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ขอบเขตการวิจัย

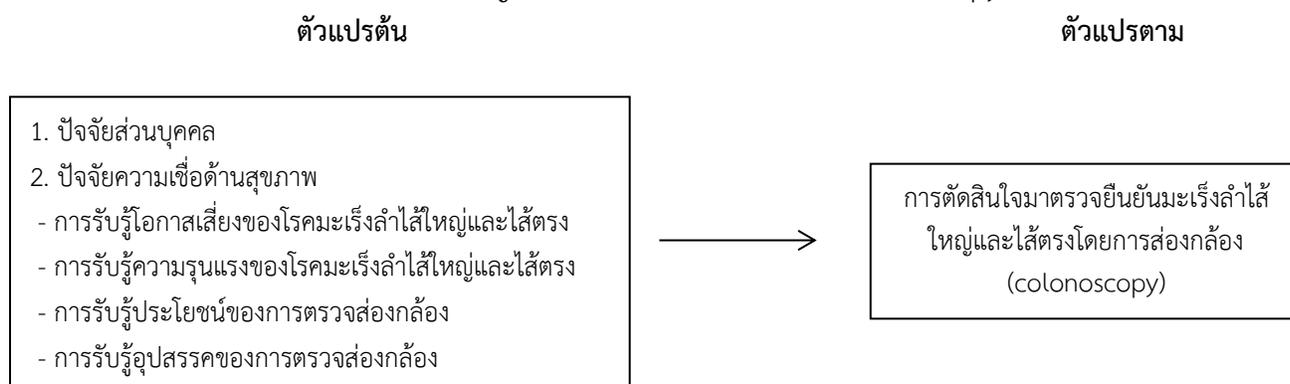
ขอบเขตด้านประชากร คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) จำนวน 176 ราย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจ ตัวแปรตาม คือ การตัดสินใจมาตรฐานยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 เมษายน – 30 มิถุนายน 2568 ในพื้นที่อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock¹⁶ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ และ 4) การรับรู้อุปสรรค มาทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรฐานยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) ในปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 50-70 ปี ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ที่เข้าโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธีการตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Hsieh และคณะ¹⁷ แสดงสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2} [P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_0(1-P_0) + P_1(1-P_1)(1-B)/B]^{1/2}]^2}{[(P_0 - P_1)^2 (1-B)]}$$

โดยที่ n คือ ขนาดตัวอย่าง โดยอ้างอิงการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก¹⁸ ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้

$$P = (1-B) P_0 + B P_1$$

P_0 = สัดส่วนของคนที่มียุ่่น้อยกว่า 60 ปีแล้วตัดสินใจไม่มารับการตรวจ colonoscopy มีค่าเท่ากับ .23

P_1 = สัดส่วนของคนที่มียุ่่น้อยกว่า 60 ปีแล้วตัดสินใจมารับการตรวจ colonoscopy มีค่าเท่ากับ .47

B = สัดส่วนของผู้ที่ตัดสินใจมารับการตรวจ Colonoscopy มีค่าเท่ากับ .55

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \text{ เมื่อกำหนดให้ } \alpha = .05$$

$$Z_{1-\beta} = .84 \text{ เมื่อกำหนดให้อำนาจในการทดสอบเป็นร้อยละ 80 } (\beta = .20) \text{ (power of test } (1-\beta) = 80\%)$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 176 คน และใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลาก ชนิดไม่แทนที่กลับคืน จากรายชื่อผู้ที่มีผลเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) เป็นบวก (positive) ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นคำถามที่ให้เติมข้อความและแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ โดยจำแนกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 7 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า Likert scale มีคำตอบให้เลือก (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์¹⁹ ดังนี้ การรับรู้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67) ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เป็นแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน ศัลยแพทย์ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อและ วัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 การทดสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยนำไปใช้กับประชาชนอายุ 50-70 ปี ในพื้นที่ใกล้เคียงที่ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธีการ ตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (FIT Test) และมีผลการตรวจเป็นบวก (positive) จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง หนังสือรับรองเลขที่ COA No.002-2025 ลงวันที่รับรอง 8 เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ และรายงานผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่ 10 เมษายน – 30 มิถุนายน 2568 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านโป่ง เพื่ออธิบายขั้นตอน การทำวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีวิจัย แจงถึงสิทธิและจริยธรรม ในการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้เข้าใจ รวมทั้งขอคำยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลใช้เวลาในการทำ แบบสอบถาม 20 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้าน สุขภาพ ต่อการตัดสินใจมาตรฐานตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ด้วยสถิติ logistic regression

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.00 มีอายุในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 52.80 อายุเฉลี่ย 60.89 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 69.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.40 การศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 67.60 มีรายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.60 ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ไม่เกิน 20 กิโลเมตร ร้อยละ 83.50 ระยะทางเฉลี่ย 12.01 กิโลเมตร บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ร้อยละ 6.30 มีประวัติการเป็นโรคหรืออาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 24.40 และตัดสินใจมาตรฐาน ตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ร้อยละ 73.30 ดังแสดงในตารางที่ 1
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) คือ อายุ 50 – 60 ปี (OR = 3.04, p = .007) ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล \leq 20 กิโลเมตร (OR = 11.70, p = < .001) การรับรู้ความเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลางและในระดับสูง

(OR = 0.16, p = .018; OR = 0.32, p = .035) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง (OR = 19.65, p = .002) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับปานกลางและในระดับสูง (OR = 0.04, p = .005; OR = 0.43, p = .045) และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับต่ำ (OR = 5.27, p = .008) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ปัจจัย	ผู้ที่มีเม็ตเลือดแดงใน อุจจาระ จำนวน (คน)	ตรวจส่องกล้อง จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	58	45 (77.60)	1.00		
หญิง	118	84 (86.50)	0.65	0.28-1.50	.319
อายุ (ปี)					
50-60	83	68 (81.90)	3.04	1.35-6.84	.007*
61-70	93	61 (65.60)	1.00		
สถานภาพ					
โสด	26	18 (69.20)	1.00		
คู่	122	91 (74.60)	1.56	0.53-4.57	.414
หม้าย หย่า แยก	28	20 (71.40)	1.38	0.36-5.23	.636
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	40	31 (77.50)	1.00		
รับจ้าง	45	28 (62.20)	1.04	0.31-3.43	.940
เกษตรกร	50	36 (72.00)	0.73	0.22-2.38	.602
อื่น ๆ	41	34 (82.90)	0.67	0.22-2.04	.489
การศึกษา					
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	119	84 (70.60)	1.00		
สูงกว่าประถมศึกษา	57	45 (78.90)	1.60	0.66-3.88	.298
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
≤ 10,000	133	93 (69.90)	1.00		
> 10,000	43	36 (83.70)	1.50	0.56-4.00	.419
ระยะทางบ้านถึงร.พ.(กิโลเมตร)					
≤ 20	147	120 (81.60)	11.70	4.54-30.19	<.001*
> 20 กิโลเมตร	29	9 (31.00)	1.00		
โรคทางเดินอาหาร					
ไม่มี	133	101 (75.90)	1.00		
มี	43	28 (65.10)	0.47	0.20-1.13	.478
ครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้					
ไม่มี	165	119 (72.10)	1.00		

ปัจจัย	ผู้ที่มีเม็ดเลือดแดงใน อุจจาระ จำนวน (คน)	ตรวจสอบกล้อง จำนวน (ร้อยละ)	OR	95%CI	p-value
มี	11	10 (90.90)	2.22	0.26-18.63	.461
ความเชื่อด้านสุขภาพ					
การรับรู้ความเสี่ยง					
ต่ำ	15	6 (40.00)	1.00		
ปานกลาง	114	82 (71.90)	0.16	0.03-0.73	.018*
สูง	47	41 (87.20)	0.32	0.11-0.92	.035*
การรับรู้ความรุนแรง					
ต่ำ	13	2 (15.40)	1.00		
ปานกลาง	61	36 (59.00)	3.04	0.47-19.43	.240
สูง	102	91 (74.80)	19.65	3.06-128.28	.002*
การรับรู้ประโยชน์					
ต่ำ	14	1 (7.10)	1.00		
ปานกลาง	59	41 (69.50)	0.04	0.01-0.38	.005*
สูง	103	87 (84.50)	0.43	0.19-0.98	.045*
การรับรู้อุปสรรค					
ต่ำ	79	67 (84.80)	5.27	1.55-17.88	.008*
ปานกลาง	77	50 (64.90)	1.64	0.52-5.16	0.397
สูง	20	12 (60.00)	1.00		

*p < .05

3. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ค่อนข้างต่ำ คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่ได้เกิดกับคนทุกกลุ่มอายุ พบมากในกลุ่มอายุ 50 – 70 ปี ร้อยละ 42.60 และต้องรอให้มีอาการผิดปกติ เช่น การขับถ่ายและความผิดปกติทางเดินอาหาร จึงค่อยไปตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 38.60 การรับรู้ความรุนแรงที่ค่อนข้างต่ำ คือ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ ร้อยละ 16.50 และการป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการรักษา ร้อยละ 14.80 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ที่ค่อนข้างต่ำ คือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้องใช้เวลาไม่นาน ไม่ต้องพักค้างที่โรงพยาบาล ร้อยละ 16.50 วิธีการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถดำเนินการรักษาโรคได้ในขณะตรวจ เช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือก้อนที่ผิดปกติ กำจัดติ่งเนื้อออกอันเป็นจุดเริ่มของมะเร็งได้ ร้อยละ 11.19 และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ที่ค่อนข้างสูง คือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะตรวจ ร้อยละ 21.00 และญาติไม่สะดวกพามาใช้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยวิธีการส่องกล้อง ร้อยละ 19.90

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) พบว่า ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

โมเดลทำนายได้ถูกต้องคิดเป็น ร้อยละ 96.10 สำหรับการตัดสินใจไม่มาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โมเดลทำนายได้ถูกต้องคิดเป็น ร้อยละ 55.30 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงอำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ผลสังเกต	การตัดสินใจมาตรวจส่องกล้อง		ร้อยละที่ทำนายถูกต้อง
	ไม่ตรวจ	ตรวจ	
ขั้นที่ 1 การตัดสินใจมาตรวจส่องกล้อง	ไม่ตรวจ	26	21
	ตรวจ	5	124
ร้อยละโดยรวม			85.20

การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) โดยใช้สถิติ logistic regression ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ binary logistic regression รูปแบบของสมการในการทำนายการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy จะอยู่ในรูป

$$P(\text{การตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy} = 1) = \frac{1}{1 + e^{-y}} \dots\dots\dots \text{สมการที่ 1}$$

$$\text{โดยที่ } y = C + B_1x_1 + B_2x_2 + B_{3(2)}x_{3(2)} + B_{3(3)}x_{3(3)} + B_4x_4 \dots\dots\dots \text{สมการที่ 2}$$

$x_1 \in \{1,2\}$ คือตัวแปร กลุ่มอายุ

$x_2 \in \{1,2\}$ คือตัวแปร ระยะทางบ้านถึงโรงพยาบาล

$x_3 \in \{1,2,3\}$ คือตัวแปร การรับรู้ความรุนแรง

$x_4 \in \{1,2,3\}$ คือตัวแปร การรับรู้อุปสรรค

B_1, B_2, B_3, B_4 คือสัมประสิทธิ์ของตัวแปร x_n ตามลำดับ

C คือค่าคงตัวของสมการถดถอยโลจิสติกส์

ดังนั้น ค่า y หรือ log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy จะอยู่ในรูป $y = -5.71 + 1.58x_1 + 1.95x_2 + 2.18x_{3(2)} + 4.44x_{3(3)} + 2.71x_4$ โดยที่ความน่าจะเป็นของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy โดยแทนค่า y ลงในสมการที่ 1

จากสมการข้างต้นผู้วิจัยพบว่ากลุ่มที่มีอายุ 50 – 60 ปี มีค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 4.88 เท่า ของกลุ่มที่มีอายุ 61-70 ปี

ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ≤ 20 กิโลเมตร จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 7.06 เท่า ของกลุ่มที่ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล > 20 กิโลเมตร

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลาง จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 8.87 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสูง จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 85.11 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับต่ำ

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบกล้องในระดับต่ำ จะทำให้ค่า log-odds ของการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy เป็น 15.02 เท่า ของกลุ่มการรับรู้อุปสรรคของการตรวจสอบกล้องในระดับสูง

ค่าคงตัว (Constant) ในสมการ regression มีค่าเท่ากับ -5.170 หมายความว่ากรณีที่ค่า log-odds ของผลลัพธ์เมื่อตัวแปรทำนายอื่นมีค่าเป็น 0 มีอัตราต่อรองการตัดสินใจมาตรวจ colonoscopy ต่อโอกาสการไม่มาตรวจ เป็น 0.003 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy)

ปัจจัย	B	SE	Wald	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ (ปี)						
50-60	1.580	.500	9.71	4.88	1.80-13.23	.002*
ระยะทางบ้านถึงร.พ.						
≤ 20 กิโลเมตร	1.950	.640	9.07	7.06	1.97-25.19	.003*
การรับรู้ความรุนแรง						
ต่ำ				1.00		
ปานกลาง	2.180	1.070	4.10	8.87	1.07-73.27	.043*
สูง	4.440	1.140	14.98	85.11	8.97-807.41	<.001*
การรับรู้อุปสรรค						
ต่ำ	2.710	.760	12.40	15.02	3.32-67.89	<.001*
ปานกลาง	.700	.640	1.19	2.02	0.57-7.15	.275
สูง				1.00		
ค่าคงตัว	-5.710	1.420	16.20	.003		<.001*

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ของประชาชน อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 4 ปัจจัย ดังนี้

1. ผู้มีอายุ 50-60 ปี มีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) 4.88 เท่า เมื่อเทียบกับผู้มีอายุ 61-70 ปี

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าสุขภาพและความสามารถที่ลดลงตามวัยผู้ป่วยอายุ 70 ปีขึ้นไปการแสวงหาการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพึ่งญาติเป็นไปได้น้อยมาก ส่งผลให้การตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องน้อยกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน ที่พบว่าผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปี จะตัดสินใจตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องมากกว่ากลุ่มที่อายุสูงกว่า 70 ปีเป็น 7.2 เท่า¹⁸

2. ระยะทางการเดินทาง พบว่า ผู้มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร มีโอกาสที่จะตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) มากกว่าผู้ที่อาศัยห่างไกลเกินกว่า 20 กิโลเมตร 7.06 เท่า

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าความห่างไกล ไม่เพียงการสะท้อนความลำบากทางด้านการเดินทาง รวมถึงเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางอีกด้วย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ได้ยากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองในญาติสายตรงของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าระยะทางที่ห่างไกลเป็นอุปสรรคในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในญาติสายตรงผู้ป่วย²⁰

3. การรับรู้ความรุนแรง ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับปานกลางและสูง มีโอกาสในการตัดสินใจตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) 8.87 และ 85.11 เท่า ตามลำดับ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเห็นความสำคัญว่าโรคมีความรุนแรงและหากป่วยจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตเกิดความตระหนักและตัดสินใจเข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระดับสูง มีผลต่อการเข้ารับการตรวจส่องกล้อง¹⁸ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ถึงความอ่อนไหว ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักผ่านการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ไม่มีความสัมพันธ์กับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่²¹

4. การรับรู้อุปสรรค ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) ในระดับต่ำ มีโอกาสในการตัดสินใจส่องกล้อง 15.02 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำหรือความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้แก่ ไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ได้เป็นการสิ้นเปลืองเวลาหรือขัดกับการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีผลให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจรับการตรวจส่องกล้องมากขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องในไต้หวัน พบว่าผู้เข้ารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง มีการรับรู้อุปสรรคในการคัดกรองต่ำ¹⁸ และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในผู้ชายชาวแอฟริกันอเมริกัน พบว่าผู้ที่รับรู้ต่ออุปสรรคในการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้องมากขึ้นเท่าใด ได้แก่ ความอับอาย ความเจ็บปวด และขั้นตอนที่ยุ่งยาก ความตั้งใจที่จะทำ colonoscopy ก็ยิ่งลดลงเท่านั้น²² เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจอุจจาระหาเลือดแฝง (FOBT) ตามองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการรับรู้อุปสรรคที่ลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง²³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) เพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ความรุนแรงของโรคกับกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการให้ความรู้ถึงขั้นตอน ระยะเวลาการตรวจ การไม่เสียค่าใช้จ่ายหากอยู่ในหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดอุปสรรคที่รับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวดและค่ารักษา ร่วมกับส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจในพื้นที่ห่างไกลและในกลุ่มสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยใช้โมเดล Machine Learning โดยอิงจากตัวแปรในชุดข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (colonoscopy) เพื่อให้คำแนะนำรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Colorectal cancer. 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
2. สกานต์ บุนนาค. มีนาคม เดือนแห่งการรณรงค์ด้านภัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง: มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ เรื่องใหญ่ที่ไม่ไกลตัว. 2568. https://www.nci.go.th/th/New_web2024/service/sv21.html
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. 2022. <https://gco.iarc.who.int/today>
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
5. สมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. ข้อควรรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่. 2565. https://www.gastrothai.net/th/knowledge-detail.php?content_id=347
6. American Cancer Society. Survival rates for colorectal cancer. 2024. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. 2561. https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategymoph61_v10.pdf
8. ภัคภร เกตุสีสังข์, อุษาวดี อัศววิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ธวัชชัย อัศววิพุธ. ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2558;33(3):61-73.
9. Allameh Z, Davari M, Emami MH. Sensitivity and specificity of colorectal mass screening methods: a systematic review of literature. Iran J Cancer Prev. 2011;4(2):88-105.
10. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานและบันทึกข้อมูล: โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ด้วยวิธี FIT test. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561.

11. วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. 2559.
<http://www.manager.co.th/daily/viewnews.aspx?NewsID=9590000025608>
12. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูล HDC: ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ปี 2567. 2567. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=6c88a8d6cbd2779301d3198b82a45cdf
13. Li R, Li C, Liu L, Chen W, Bai Y. Factors affecting colonoscopy screening among first-degree relatives of colorectal cancer patients: a mixed-method systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2024;21(3):245-52. doi:10.1111/wvn.12689
14. Ajufo A, Adigun OA, Mohammad M, Dike J, Akinrinmade A, et al. Factors affecting the rate of colonoscopy among African Americans aged over 45 years. *Cureus.* 2023;15:e46525. doi:10.7759/cureus.46525
15. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานผลการประเมินการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. 2560. <http://www.hed.go.th/linkHed/321>
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q.* 1988;15:175-83. doi:10.1177/109019818801500203
17. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med.* 1998;17:1623-34. doi:10.1002/(SICI)1097-0258(19980730)17:14<1623::AID-SIM871>3.0.CO;2-S
18. Chuang YM, Han HQ, Tseng CC, Tseng CH, Hu YJ. Factors associated with patients' decision on colorectal cancer screening. *Medicine (Baltimore).* 2021;100:e26735. doi:10.1097/MD.00000000000026735
19. Best JW, Kahn JV. *Research in education.* 10th ed. Boston: Pearson Education; 2006..
20. Zhang X, Zhang Y, Chen J, Zhang M, Gong N. Psychological distance: a qualitative study of screening barriers among first-degree relatives of colorectal cancer patients. *BMC Public Health.* 2021;21:716. doi:10.1186/s12889-021-10786-w
21. โสภณา ว่องทวี, ทศนีย์ ตันธนา, วิภา แซ่เซี้ย, นันนภัส พรุเพชรแก้ว, วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการส่องกล้องเพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรงในกลุ่มที่มีความเสี่ยง: การศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2564;39(3):33-46.
22. Rogers CR, Goodson P, Dietz R, Okuyemi K. Predictors of intention to obtain colorectal cancer screening among African American men in a state fair setting. *Am J Mens Health.* 2018;12(4):851-62. doi:10.1177/1557988316647942
23. Jeehooni AK, Kashfi SM, Shokri A, Kashfi SH, Karimi S. Investigating factors associated with FOBT screening for colorectal cancer based on the components of Health Belief Model and social support. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18(8):2163-69.

การพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา Development of the Heal Jai Application in Promoting Mental Health among Higher Education Students

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ*, วีระชัย เชื้อนแก้ว*, วินัย ครอบคอบ*, ชมพูนุท แสงวิจิตร*

Sriprapai Inchai thep*, Weerachai Kuankaew*, Winai Robkob*, Chompunut Sangwichitr*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Chompunut Sangwichitr; E-mail: Chompunutsangwichit@gmail.com

Received: August 20, 2025; Revised: November 1, 2025; Accepted: November 7, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของนักศึกษา จากการสนทนากลุ่มนักศึกษา จำนวน 12 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 5 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแอปพลิเคชันฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา จำนวน 10 คน ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน 88 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต 2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และ 3) แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .72, .77 และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาระดับอุดมศึกษาประสบปัญหาสุขภาพจิต ขาดข้อมูลและความเข้าใจปัญหา จึงต้องการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิต จึงพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การขอคำปรึกษา และช่องทางเข้ารับบริการ โดยแอปพลิเคชันฯ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.46$, $SD = 0.28$) หลังการใช้แอปพลิเคชันฯ คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$ และ $p = .034$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและพลังสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .024$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้คุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .228$)

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต, การรู้เท่าทันสุขภาพจิต, แอปพลิเคชัน Heal Jai, นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the “Heal Jai” application to promote mental health among higher education students. The study was conducted in three phases. Phase 1 analyzed problems and needs through focus group discussions with 12 students and in-depth interviews with 5 advisors, with data analyzed using content analysis. Phase 2 focused on developing and assessing the quality of the application among 10 university students. Phase 3 evaluated the application’s effectiveness with a sample of 88 undergraduate students. Research instruments included the Mental Health Literacy Scale, Resilience Questionnaire, and Rosenberg Self-Esteem Scale. All instruments were validated by three experts, with an Index of Item-Objective Congruence of .67–1.00 and Cronbach’s alpha coefficients of .72, .77, and .75, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics and t-tests.

Results revealed that students faced mental health problems and lacked adequate information and understanding, highlighting the need for accessible support services. The Heal Jai application was developed with key features including mental health assessment, health promotion activities, counseling appointments, and service access channels. The application’s overall quality was rated at a good level ($\bar{x} = 4.46$, $SD = 0.28$). Effectiveness testing showed that users had significantly higher mean scores of mental health literacy and resilience quotient compared to the control group ($t = 3.43$, $p = .028$; $t = 2.21$, $p = .034$). After using the application, participants’ scores in these two areas also increased significantly ($t = 3.47$, $p = .024$; $t = 6.82$, $p < .001$). However, no significant difference was found in self-esteem between groups ($p = .228$).

Keywords: mental health promotion, mental health literacy, Heal Jai application, higher education students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มที่เผชิญแรงกดดันด้านการเรียนและการใช้ชีวิต ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด และพฤติกรรมผิดปกติต่าง ๆ จากการสังเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในกลุ่มนักศึกษา ร้อยละ 29.40 และ 42.40 ตามลำดับ โดยความเครียดอยู่ที่ร้อยละ 16.40 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 7–8¹ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าคนไทยอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.50 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยนักศึกษามหาวิทยาลัยจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากการปรับตัวทางพัฒนาการและการเรียนรู้ที่สำคัญ อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยประมาณในหมู่นักศึกษาอยู่ระหว่างร้อยละ 20 ถึง 38.81² การที่นักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยเผชิญกับความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากแรงกดดันทางการเรียน ความเครียดทางการเงิน และความท้าทายในการเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่ ความเครียดเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่จำกัด การตีตราที่เกี่ยวข้องกับการขอความช่วยเหลือ และความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ต่ำ³ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่านักศึกษาไทยจำนวนมากประสบปัญหาในการระบุนามของภาวะสุขภาพจิต และไม่ทราบถึงทรัพยากรที่มีอยู่หรือกลยุทธ์การรับมือที่มีประสิทธิภาพ⁴ จากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วิทยาเขตลำปาง ส่วนใหญ่จะไม่ขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมากนัก แม้ว่าปัญหาจะมีความรุนแรงมาก⁵ สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาพบว่าปัญหาอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตคือไม่รู้จักศูนย์บริการสุขภาพจิต มีอุปสรรคด้านการรับรู้ ตระหนักและใส่ใจปัญหาจิตในตนเอง รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการรักษาที่ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย⁶

ถึงแม้ปัญหาสุขภาพจิต และภาวะเครียดหรือเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิตอาจส่งผลกระทบต่อให้บางคนอาจมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม แต่การมีพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ที่อยู่ในเกณฑ์ที่สูง จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤตหรือความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต เพื่อช่วยให้คน ๆ นั้นสามารถปรับตัวและหาวิธีแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้โดยธรรมชาติ พลังสุขภาพจิตเป็นพลังที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาบางช่วงก็จะมีสูงบางช่วงก็มีต่ำขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ และการสั่งสมประสบการณ์ในสถานการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต นอกจากนี้ยังเป็นพลังที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือเรียนรู้จากผู้อื่น⁷ ซึ่งระดับความรุนแรงของปัญหาทางจิตขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวสูงมักจะมีแนวโน้มใช้กระบวนการคิด และการพิจารณาหาวิธีแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความรุนแรงของปัญหาทางอารมณ์ลดลง⁸ ทั้งนี้ความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาทางจิตของบุคคลมีผลมาจากการที่บุคคลสามารถรับรู้ปัญหาของตนเอง การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ซึ่งการแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เป็นวิธีการหนึ่งที่จะนำไปสู่การพัฒนาพลังสุขภาพจิต⁹

การรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ การรู้เท่าทันสุขภาพจิต มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต⁹ ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำ มีผลให้เกิดอคติต่อผู้มีปัญหาทางจิต ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต และขาดความรู้ในวิธีจัดการกับปัญหา ในขณะที่บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้

จากปัญหาดังกล่าวและแนวคิดในการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ถ้านำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต นักศึกษา โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และส่งเสริมพลังสุขภาพจิต จะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษา ตามที่กล่าวไว้ข้างต้นได้ เนื่องจากบุคคลเป็นคนที่มีความสุขภาพจิตที่อยู่ในเกณฑ์ปกติย่อมมีความพร้อมที่จะแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียด กดดัน หรือต้องปรับตัวในสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากได้ ถ้าหากมีการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่มีความสะดวกเพื่อให้ นักศึกษาสามารถเข้าถึงระบบการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และมีเส้นทางการส่งต่อประสานงานอย่างชัดเจน จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาความรุนแรงทางจิตของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผลการวิจัยที่พบว่า การให้ข้อมูลและส่งเสริมความรู้ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือ ช่วยให้นักเรียนนักศึกษารู้จักแหล่งบริการและมีแนวโน้มแสวงหาความช่วยเหลือมากขึ้น รวมทั้งพัฒนาทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ดีขึ้น¹⁰

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตผ่านช่องทางดิจิทัล เป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษาที่มักเผชิญข้อจำกัดทางเวลา ทรัพยากร และการคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเข้ารับบริการคำปรึกษาผ่านข้อความ ร้อยละ 80 ของการใช้บริการเกิดขึ้นในช่วงนอกเวลาราชการ และพบว่าความวิตกกังวลเป็นตัวทำนายสำคัญที่สัมพันธ์กับการใช้งานแอปพลิเคชันสุขภาพจิต นักศึกษายังระบุว่าสิ่งที่ต้องการจากแอปพลิเคชันคือ คำแนะนำการจัดการปัญหาสุขภาพจิต และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ¹¹ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาแอปพลิเคชัน โดยใช้ชื่อว่า Heal Jai เพื่อใช้เป็นสื่อและช่องทางในการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ส่งเสริมพลังสุขภาพจิต และส่งเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง มีแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง และช่องทางการ

ขอรับการช่วยเหลือด้านสุขภาพที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงได้อย่างทันท่วงทีและสะดวก จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาความรุนแรงทางจิตของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการบริการสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
2. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Heal Jai ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. การรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตัวเอง ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. การรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการเห็นคุณค่าในตัวเอง ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา หลังใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai สูงกว่าก่อนการใช้

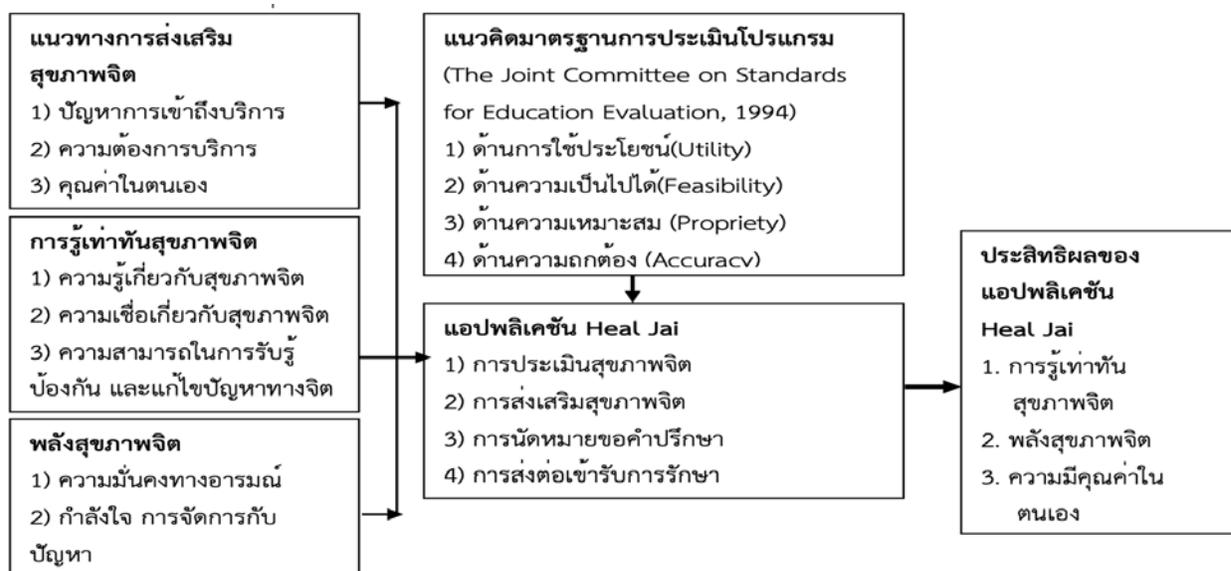
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ระยะเวลาที่ 1 นักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จำนวน 10,290 คน¹² และอาจารย์ที่รับผิดชอบด้านกิจการนักศึกษาหรือรับผิดชอบระบบอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 40 คน ระยะเวลาที่ 2 และระยะเวลาที่ 3 ประชากร ได้แก่ นักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จำนวน 10,290 คน¹²

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้นคือ แอปพลิเคชันในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ตัวแปรตาม ประกอบด้วย การรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง

ขอบเขตด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคมพ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

ประชากร คือ นักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จำนวน 10,290 คน¹² อาจารย์ที่รับผิดชอบด้านกิจการนักศึกษาหรือรับผิดชอบระบบอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 40 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน 12 คน อาจารย์ที่รับผิดชอบด้านกิจการนักศึกษาหรือรับผิดชอบระบบอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 5 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

นักศึกษา

1. เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง ในปีการศึกษา 2567
2. มีสมาร์ทโฟน และสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้

อาจารย์

1. รับผิดชอบด้านกิจการนักศึกษาหรือรับผิดชอบระบบอาจารย์ที่ปรึกษาในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา อย่างน้อย 1 ปี

2. ยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มนักศึกษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์และปัญหาด้านสุขภาพจิตประสบมา 2) อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิต 3) ความต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพจิตในการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต 4) ความต้องการรับบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทนักศึกษา และ 5) ข้อเสนอแนะในการออกแบบสื่อการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับอาจารย์ จำนวน 3 ประเด็น ประกอบด้วย สภาพปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาในมุมมองอาจารย์ อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิตของนักศึกษา และข้อเสนอแนะการพัฒนาความภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทนักศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช อาจารย์ที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67- 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่มกับนักศึกษา 1 ครั้ง ใช้เวลา 90 นาที โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและผู้บันทึกตามประเด็นที่กำหนดทั้ง 5 ประเด็น และดำเนินการสนทนาเชิงลึกอาจารย์เป็นรายบุคคลคนละ 30-45 นาที ใช้รูปแบบสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Face-to-face) โดยมีการใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และถอดความประเด็นสรุปเพื่อขอคำยืนยันจากอาจารย์หลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ (credibility) การถ่ายโอน (transferability) ความมั่นคง (dependability) และความเป็นกลาง (confirmability) เพื่อยืนยันว่าข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลจริงไม่ใช่อคติของนักวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแอปพลิเคชัน Heal Jai

ประชากร คือ นักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จำนวน 10,290 คน¹²

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา จำนวน 10 คนที่กำลังศึกษาในสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง ปีการศึกษา 2567 จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 5 คน และมหาวิทยาลัยเนชั่น 5 คน เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของแอปพลิเคชัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมและนวัตกรรม ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามแนวคิดมาตรฐานโปรแกรมของ The Joint Committee on Standards for Education Evaluation¹⁴ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ มาตรฐานด้านความเหมาะสมและมาตรฐานด้านความถูกต้องตามหลักการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช อาจารย์ที่รับผิดชอบการดูแลสุขภาพจิตนักศึกษา และนักวิชาการเทคโนโลยี ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .82

การดำเนินการ การพัฒนาแอปพลิเคชันใช้กระบวนการตามหลัก Design Thinking¹⁵ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) Empathize โดยสรุปความต้องการและปัญหาของผู้ใช้ที่ได้จากระยะที่ 1 (2) Define กำหนดเป้าหมายของการพัฒนาแอปพลิเคชันคือการประเมินสุขภาพจิตและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง (3) Ideate ทบทวนวิจัยค้นคว้าเพิ่มเติมและระดมความคิดเพื่อหาวิธีแก้ไข (4) Prototype เป็นการสร้างต้นแบบหรือแบบจำลองการของแอปพลิเคชัน และ (5) Test ผู้วิจัยได้นำต้นแบบแอปพลิเคชันและคู่มือการใช้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประเมินคุณภาพก่อนนำไปทดสอบกับนักศึกษา จำนวน 10 คน และปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ประเมินประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพรูปแบบที่กำหนดไว้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Heal Jai ในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

ประชากร คือ นักศึกษาของสถาบัน อุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จำนวน 10,290 คน¹²

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับของสถาบันอุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง ปีการศึกษา 2567 จำนวน 88 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด effect size $d_z = .80$ ตามข้อเสนอของ Cohen¹⁶ สำหรับวิจัยที่ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และกำหนด $\alpha = .05$ และ power $(1-\beta \text{ err prob}) = .95$ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน รวม 90 คน หลังการเก็บข้อมูลเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คนเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการวิจัยจำนวน 2 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดย 1) สุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) ตามสถาบันการศึกษา ได้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง 2) เลือกแบบสะดวก (convenience sampling) โดยประกาศรับอาสาสมัครแบบสมัครใจ (voluntary sampling) 3) สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (match paired) ตามระดับภาวะสุขภาพจิตจากการประเมินความเครียด (ST5) และแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีภาวะสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567

2. มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้

3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือกำลังอยู่ระหว่างการรักษาสุขภาพจิต

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย หรือถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แอปพลิเคชัน Heal Jai ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงผ่าน Line OA ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง การส่งเสริมพลังสุขภาพจิต การส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต การให้คำปรึกษา และการขอเข้ารับบริการสุขภาพจิต

1.2 คู่มือการใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai ประกอบด้วย องค์กรประกอบและลักษณะของ แอปพลิเคชัน การลงทะเบียนเข้าใช้งานและวิธีการใช้งานแอปพลิเคชัน และคำแนะนำในการประเมินและการศึกษาด้วยตนเอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พัฒนาโดยศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ⁸ ตามแนวคิดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต⁹ ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเป็นข้อคำถามแบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ 2) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และ 3) ด้านความสามารถในการรับรู้ การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับจำนวน 21 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้อยู่ในระดับดี (12-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน) ระดับไม่ดี (0-7 คะแนน)¹⁷ และเกณฑ์การให้คะแนนด้านความเชื่อและความสามารถ ฯ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ มีความเชื่อและความสามารถ ฯ อยู่ในระดับดีมาก (3.51- 4.00 คะแนน) ระดับดี (2.51- 3.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.51- 2.50 คะแนน) ระดับไม่ดี (1.00- 1.50 คะแนน)¹⁸

2.2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต⁷ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป) ระดับเกณฑ์ปกติ (คะแนน 55-69 คะแนน) ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนนน้อยกว่า 55 คะแนน)

2.3 แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง (Coopersmith Self-esteem Inventory [SEI])¹⁹ แปลและเรียบเรียงโดยติณกร วงศ์ผกาพันธ์ และณัททัย วงศ์ผกาพันธ์²⁰ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วน 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับดังนี้ รับรู้การมีคุณค่าในตนเองระดับสูง (31-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน) ระดับต่ำ (10-20 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้กับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าเท่ากับ .72 , .77 และ .75 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2567/ 008 รับรองวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 9 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารภายใน 1 ปี ทั้งนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนทดลองใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง
2. กลุ่มทดลอง เตรียมการใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai โดยการฝึกวิธีใช้แอปพลิเคชันเป็นเวลา 2 ชั่วโมง พร้อมกับแจกคู่มือให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามทำความเข้าใจกระบวนการทดลองใช้แอปพลิเคชัน
3. ดำเนินการทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้
 - 3.1 กลุ่มทดลอง มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชัน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง มีการลงทะเบียนเข้าใช้ทุกครั้งเพื่อให้คณะผู้วิจัยสามารถกำกับติดตามให้มีการใช้แอปพลิเคชันตามเงื่อนไขที่กำหนด โดยกำหนดให้มีการเข้าถึงข้อมูลทุกเมนูที่กำหนดไว้
 - 3.2 กลุ่มควบคุม แนะนำแหล่งข้อมูลในการเข้าถึงความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และเข้าใช้บริการระบบอาจารย์ที่ปรึกษาตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถขอคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากคณะผู้วิจัย จนครบระยะเวลาการทดลอง
4. หลังการทดลองใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง
5. หลังสิ้นสุดการวิจัยส่งเสริมให้กลุ่มควบคุมได้ใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai เพื่อให้ได้รับประโยชน์เทียบเท่ากลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย Chi-square ในกรณีที่ข้อมูลมีความถี่ของค่าคาดหวัง (expected frequency) มากกว่า 5 หรือใช้ Fisher exact test ในกรณีที่ข้อมูลมีความถี่ของค่าคาดหวังน้อยกว่า 5
2. ข้อมูลการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติการทดสอบที (paired t-test) โดยทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov test การแจกแจงเป็นโค้งปกติ $p = .370$

4. เปรียบเทียบการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) โดยทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ $p = .32$

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา สรุปลักษณะและความต้องการและปัญหาของนักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาตามขั้นตอนของ Empathize ดังนี้

1. ประสบการณ์และปัญหาด้านสุขภาพจิตประสบมา นักศึกษาส่วนใหญ่เคยประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตระหว่างการเรียนในระดับอุดมศึกษา โดยปัญหาสุขภาพจิตที่นักศึกษาประสบมากที่สุดได้แก่ ความเครียดจากการเรียนและการปรับตัว รองลงมาคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการเรียนสัมพันธภาพและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รวมถึงการกังวลเกี่ยวกับการทำงานในอนาคต นักศึกษา 2 ใน 10 คน เคยมีภาวะซึมเศร้าในช่วงใดช่วงหนึ่งตั้งแต่เข้าสู่วัยรุ่น และภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการเรียนและสัมพันธภาพในสังคม

2. อุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิต นักศึกษาที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ไม่ได้เข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า 1 คนขอรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 นักศึกษาส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าสาเหตุที่ไม่เข้ารับบริการเนื่องจากคิดว่าปัญหาไม่รุนแรงสามารถจัดการด้วยตนเองได้ และมีอุปสรรคในด้านไม่มีเวลาเข้ารับบริการ ไม่ทราบแหล่งให้บริการ และกังวลว่าการเข้ารับบริการสุขภาพจะทำให้ถูกมองทางลบ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากอาจารย์คือนมหาวิทยาลัยไม่มีช่องทางให้นักศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวก และไม่มีกิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง

3. ความต้องการได้รับข้อมูลสุขภาพจิตในการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต นักศึกษาทุกคนมีความต้องการที่เข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพจิต เพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเอง เหตุผลที่ใช้สนับสนุนความต้องการข้อมูลคือนักศึกษาคิดเห็นว่าการสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจิตเป็นข้อมูลที่ละเอียดอ่อน ไม่สามารถขอคำปรึกษาได้ทั่วไป และอาจจะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตไม่ถูกยอมรับในสังคม

4. ความต้องการรับบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทนักศึกษา นักศึกษาส่วนใหญ่ต้องการเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพจิตตนเองผ่านการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง หรือผ่านช่องทางออนไลน์ ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ง่ายไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม อีกทั้งยังต้องการที่ปรึกษาทางออนไลน์ หรือโทรศัพท์เมื่อมีปัญหาก็ไม่สามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากอาจารย์ที่แสดงให้เห็นว่าอาจารย์ไม่มีความเชี่ยวชาญที่จะให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ถ้าหากมีช่องทางที่สามารถให้ความรู้แก่นักศึกษา และอาจารย์ รวมถึงช่องทางในการส่งต่อจะเกิดประโยชน์เป็นอย่างมาก

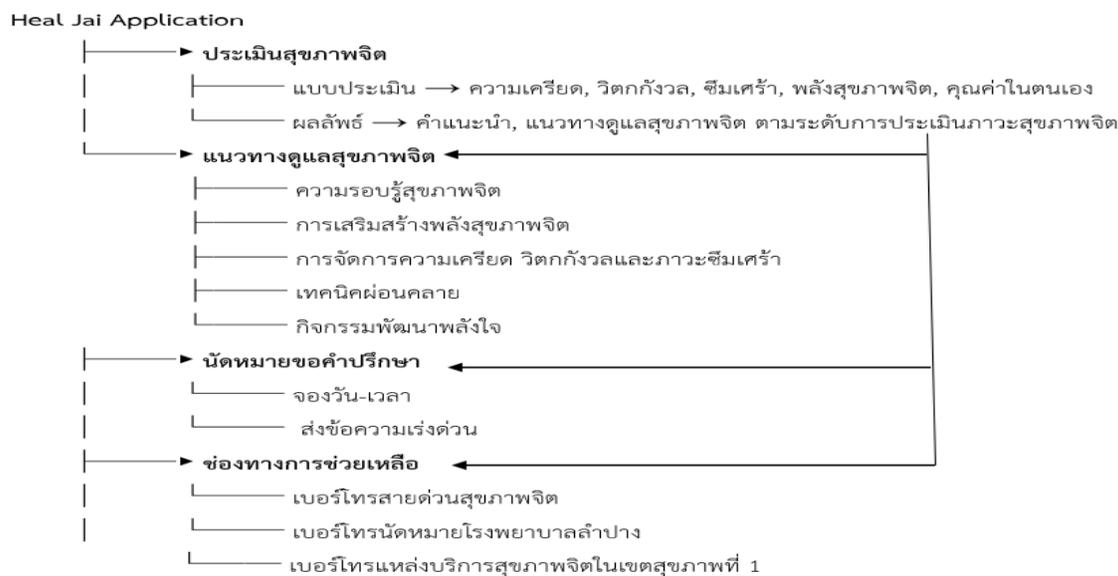
5. ข้อเสนอแนะในการออกแบบสื่อการเรียนรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตควรเป็นรูปแบบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง เข้าถึงได้สะดวก สื่อที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ควรเป็นในรูปแบบที่เข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจได้ด้วยตนเอง มีแนวทางการประเมินตนเอง และแนวทางการขอรับคำปรึกษาอย่างทันท่วงที ทั้งนี้ควรเป็นช่องทางออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา

ระยะที่ 2 การพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการศึกษาระยะที่ 1 ได้สรุปเป้าหมายในการกำหนดแนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่สามารถประเมินสุขภาพจิตและเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง สรุปรูปแบบของสื่อการเรียนรู้เป็นแอป

พลิกะชัน และสร้างแบบจำลองการของแอปพลิกะชัน Heal Jai เป็นแอปพลิกะชันที่สามารถเข้าถึงผ่าน Line OA ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิตตนเอง การส่งเสริมสุขภาพจิต การนัดหมายขอคำปรึกษา และการส่งต่อเข้ารับการรักษา ดังแสดงในภาพที่ 2 และภาพที่ 3 และทดสอบต้นแบบของแอปพลิกะชัน ๆ กับนักศึกษา จำนวน 10 คน พบว่าคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.46, SD = 0.28$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของคุณภาพแอปพลิกะชัน Heal Jai

องค์ประกอบของคุณภาพรูปแบบ	ระดับคุณภาพ		
	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการใช้ประโยชน์ (Utility)	4.66	0.26	ดีมาก
ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้(Feasibility)	4.62	0.18	ดีมาก
ด้านความเหมาะสม (Propriety)	4.45	0.21	ดี
ด้านความถูกต้อง (Accuracy)	4.12	0.22	ดี
รวม	4.46	0.28	ดี



ภาพที่ 2 แบบจำลองการของแอปพลิกะชัน Heal Jai



ภาพที่ 3 องค์ประกอบของแอปพลิกะชัน Heal Jai

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Heal Jai ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-21 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.30 และ 56.80 ตามลำดับ เรียนอยู่ระดับชั้นปี 2 ร้อยละ 31.80 และ 36.40 ตามลำดับ ผลการเรียนอยู่ในระดับ 2.00-3.00 ร้อยละ 40.80 เท่ากัน และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 81.80 และ 70.40 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n = 44$)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	21	47.70	22	50.00	.052*
หญิง	23	52.30	22	50.00	
อายุ					
18-19 ปี	9	20.70	11	25.00	.871*
20-21 ปี	27	61.30	25	56.80	
22 ปีขึ้นไป	8	18.20	8	18.20	
ระดับชั้นปี					
1	11	25.00	12	27.30	.907*
2	14	31.80	16	36.40	
3	12	27.30	11	25.00	
4	7	15.90	5	11.30	
ผลการศึกษา					
< 2.00	11	25.00	13	29.60	.536*
2.00 - 3.00	18	40.80	18	40.80	
3.01- 4.00	15	34.20	13	29.60	
ศาสนา					
พุทธ	36	81.80	31	70.40	.430**
คริสต์	7	15.90	12	27.30	
อิสลาม	1	2.30	1	2.30	

*Chi-square test, **Fisher's Exact Test

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการคุณค่าในตัวเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai พบว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิตและการมีคุณค่าในตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .453$, $p = .621$ และ $p = .667$ ตามลำดับ) หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓ พบว่ากลุ่มทดลองมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$ และ $p = .034$ ตามลำดับ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน ๓ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .204$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการมีคุณค่าในตัวเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การรู้เท่าทันสุขภาพจิต						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	9.44	0.92	9.64	1.12	0.76	.453
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	11.82	1.31	12.65	1.41	3.34	.028*
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	10.02	0.86	9.85	0.85	0.77	.440
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	10.25	1.62	12.88	1.03	4.70	.001*
ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	3.03	0.28	3.01	0.22	0.31	.759
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	3.04	0.34	3.68	0.28	7.36	.001*
ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	3.09	0.62	3.12	0.46	0.21	.832
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	2.34	0.32	3.35	0.38	3.36	.013*
2. พลังสุขภาพจิต						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	61.04	3.50	60.55	4.12	0.50	.621
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	66.02	2.13	68.28	3.03	2.21	.034*
3. การมีคุณค่าในตนเอง						
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓	25.22	2.32	25.05	2.26	0.73	.667
หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓	25.82	2.44	27.90	2.37	0.48	.204

*p < .05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการคุณค่าในตัวเอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai พบว่า หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓ การรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .024 และ p = <.001 ตามลำดับ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยการมีคุณค่าในตนเอง ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .228) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต และการคุณค่าในตัวเอง ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชัน Heal Jai

ด้าน	ก่อนใช้แอปพลิเคชัน ๓		หลังใช้แอปพลิเคชัน ๓		t-test	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. การรู้เท่าทันสุขภาพจิต รวม	9.64	1.12	12.65	1.41	3.34	.024*
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	9.85	0.85	12.88	1.03	6.20	<.001*
ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.01	0.22	3.68	0.28	4.79	.002*
ความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต	3.12	0.46	3.35	0.38	3.09	.026*
2. พลังสุขภาพจิต	60.55	4.12	68.28	3.03	6.82	<.001*
3. การมีคุณค่าในตนเอง	25.05	2.26	27.90	2.37	0.62	.228

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เนื่องจากขาดข้อมูล และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งคิดว่าสามารถจัดการได้เอง นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับการตีตราภาพลักษณ์ทางสังคม จากปัญหาดังกล่าวนักศึกษาต้องการข้อมูลและบริการสุขภาพจิตที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีแนวทางประเมินตนเอง พร้อมช่องทางขอคำปรึกษาทันที

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาเป็นเรื่องสำคัญแต่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ เพราะขาดช่องทางบริการที่เหมาะสมและไม่สะดวก นอกจากนี้ความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราทางสังคมทำให้นักศึกษาลังเลที่จะขอความช่วยเหลือ ความเปราะบางทางจิตใจของนักศึกษาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านนวัตกรรมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ตามแนวความคิดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต⁹ ที่ชี้ว่าการมีข้อมูล ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการสุขภาพจิตด้วยตนเองจะเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ลดอคติ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาแพลตฟอร์มออนไลน์ที่เข้าถึงง่ายและเป็นส่วนตัวจึงเป็นทางเลือกที่ตอบสนองความต้องการและลดอุปสรรคเหล่านี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานของ WHO ที่ระบุว่าช่วงวัยของนักศึกษาเป็นวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเปราะบางทางจิตใจสูง เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านวิชาการและสังคม จึงมีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิต²¹ เช่นเดียวกับผลการศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา พบว่านักศึกษาร้อยละ 60 มีระดับความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าที่ต้องการการช่วยเหลือ แต่มีเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่เข้ารับบริการ เนื่องจากกังวลเรื่องการตีตราและไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในสถานศึกษา²² สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่านักศึกษามีความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับสูง โดยสาเหตุสำคัญคือแรงกดดันด้านการเรียน เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ส่วนตัว แต่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพจิตในมหาวิทยาลัย เนื่องจากกลัวถูกมองว่าไม่เข้มแข็งทางใจ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการตีตราทางสังคม²³ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่านักศึกษาต้องการรับคำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์และแอปพลิเคชันสุขภาพจิต เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงและลดอุปสรรคเรื่องเวลาและการตีตราโดยพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในเอเชียกว่า ร้อยละ 70 ต้องการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพจิต โดยให้เหตุผลเรื่องความสะดวก ความเป็นส่วนตัว และความรู้สึกลดภัย^{24,25}

2. การพัฒนาแอปพลิเคชัน Heal Jai ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา แอปพลิเคชัน ๓ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิต การขอคำปรึกษา และช่องทางเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต แอปพลิเคชันฯ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าการพัฒนาแอปพลิเคชันครั้งนี้ ใช้กระบวนการ Design Thinking ซึ่งเป็นแนวทางการพัฒนานวัตกรรมที่เน้นความต้องการของผู้ใช้นวัตกรรม¹⁶ การพัฒนาในแต่ละระยะสะท้อนถึงการพัฒนาอย่างมีระบบและสอดคล้องกับปัญหาที่พบ โดยข้อมูลนี้จึงนำไปสู่การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาที่ช่วยให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตและแนวทางเข้ารับบริการสุขภาพจิต ที่มีความสะดวกในการเข้าถึง มีความเป็นส่วนตัว สามารถประเมินภาวะสุขภาพจิต ดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเอง และสามารถขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญได้ การออกแบบนวัตกรรมเป็นแอปพลิเคชัน Heal Jai ที่เข้าถึงผ่าน Line OA ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่นักศึกษาใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถตอบสนองต่อ

ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาสุขภาพจิตที่ถูกต้อง เข้าใจง่าย และรูปแบบการใช้งานที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าสื่อการเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นหากอยู่บนแพลตฟอร์มที่ใช้คุ้นเคย²⁶ ส่วนเนื้อหาของนวัตกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจปัญหาทางจิต ความเชื่อ ด้านการดูแลสุขภาพจิต และความสามารถในการป้องกันและจัดการปัญหาทางจิต ตามแนวคิดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต⁹ ที่เสนอแนะว่าการรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตมีผลต่อความสามารถในการประเมินตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และตัดสินใจขอความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในนักศึกษาระดับปริญญาตรี เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตส่งผลเชิงบวกต่อทัศนคติและความตั้งใจแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต²⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตที่มีโปรแกรมแสดงเมนูกิจกรรมที่ผู้รับการปรึกษาสามารถใช้งานได้ง่าย มีเมนูการประเมินสุขภาพจิต ปฏิทินรับบริการ มุมฝึกคิด ห่องรับการปรึกษา สมุดบันทึก มุมผ่อนคลาย ข้อตกลงบริการ และแนะนำวิธีใช้โปรแกรม ที่สามารถลดระดับความเครียดในวัยรุ่นได้²⁸

3. ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน Heal Jai พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังพบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชันคะแนนการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิต ยังเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการรับรู้คุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การใช้แอปพลิเคชัน อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์สามารถพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิตได้ เนื่องจากแอปพลิเคชัน Heal Jai ได้ออกแบบเนื้อหาเชิงให้ความรู้และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถสะท้อนภาวะทางอารมณ์ของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นการตระหนักในภาวะสุขภาพจิตของตนเองและกระตุ้นการกำกับตนเองเมื่อพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต และจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แอปพลิเคชัน Heal Jai ยังมีส่วนช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ผ่านเนื้อหาที่นำเสนอแนวทางดูแลสุขภาพจิต ช่วยให้นักศึกษาฝึกเทคนิคผ่อนคลาย ฝึกการคิดเชิงบวก ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมพลังใจ ที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมทั้งกิจกรรมการประเมินสุขภาพจิตตนเอง และการเสนอแนะทางจัดการปัญหาสุขภาพจิต ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกใช้ทักษะจัดการตนเอง และเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้นักศึกษามีคะแนนการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น แต่ในการรับรู้คุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยย้อนหลังเกี่ยวกับพัฒนาการของการมีคุณค่าในตนเอง ตลอดช่วงชีวิต และเสนอแนะว่าการมีคุณค่าในตนเองเป็นผลของกระบวนการซ้ำๆ ที่ถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ชีวิต ซึ่งรวมถึงประสบการณ์เชิงบวกหลายครั้ง และสะท้อนตนเองต่อเนื่อง²⁹ ถึงแม้ว่าแอปพลิเคชัน Heal Jai จะมีเนื้อหาที่ส่งเสริมการมองเห็นคุณค่าตนเอง และมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษามองตนเองในด้านบวก แต่แอปพลิเคชันนี้ยังขาดการสื่อสารแบบสองทาง ไม่มีกระบวนการสะท้อนความคิดความรู้สึก รวมถึงระยะเวลาในการใช้แอปพลิเคชัน 6 สัปดาห์ อาจจะไม่เพียงพอที่จะพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้สื่อดิจิทัลเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถเพิ่มระดับความเข้าใจและทัศนคติในทางบวกได้³⁰ นอกจากนี้การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพจิต ทำให้นักศึกษาได้ฝึกคิดเชิงบวก สามารถปรับกรอบความคิดของตนเองไปสู่มุมมองเชิงบวก เพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง และสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจให้สูงขึ้น³¹ นอกจากนี้การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ทำให้แนวโน้มของความรอบรู้และความตระหนัก

รู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้³² เช่นเดียวกับการใช้โปรแกรมให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด สามารถช่วยเพิ่มการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและพลังสุขภาพจิตได้³³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพนักศึกษา หรืองานกิจกรรมนักศึกษาควรรนำ แอปพลิเคชัน Heal Jai ไปใช้ประกอบการให้บริการนักศึกษา เพื่อส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิตของนักศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ดีของนักศึกษาต่อไป

2. ในการนำแอปพลิเคชัน Heal Jai ควรคำนึงถึงข้อจำกัดในด้านสัญญาณโทรศัพท์และระยะเวลาในการใช้แอปพลิเคชัน ดังนั้นสถาบันการศึกษาและครอบครัวควรสนับสนุนให้มีการเข้าถึงสัญญาณโทรศัพท์ที่เสถียรและสนับสนุนให้ได้ใช้แอปพลิเคชันตามความถี่ของการใช้ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการผลลัพธ์ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองและภาวะสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความยั่งยืน และพัฒนาองค์ประกอบของแอปพลิเคชันให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรขยายกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยศึกษาปัญหา ความต้องการของแต่ละกลุ่มวัยเพื่อออกแบบแอปพลิเคชันให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- Dessauvagie AS, Dang HM, Nguyen TAT, Groen G. Mental health of university students in Southeastern Asia: a systematic review. *Asia Pac J Public Health*. 2022;34:172-81. doi:10.1177/10105395211055545
- วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, เรวดี จายานะ. ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยช่วงโควิด-19 พ.ศ. 2563-2565. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2566;31(3):227-39.
- Wongpakaran N, Oon-Arom A, Karawekpanyawong N, Lohanan T, Leesawat T, Wongpakaran T. Borderline personality symptoms: what not to be overlooked when approaching suicidal ideation among university students. *Healthcare (Basel)*. 2021;9:1399. doi:10.3390/healthcare9101399
- Liangruenrom N, Joshanloo M, Hutaphat W, Kittisuksathit S. Prevalence and correlates of depression among Thai university students: nationwide study. *BJPsych Open*. 2025;11:e59. doi:10.1192/bjo.2025.21
- ปรินดา ตาสี. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและแนวทางการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*. 2565;30(1):91-126.
- รณภูมิ สามัคคีคารมย์, ชนัยชนม์ นาราษฎร์, นนทธิยา หอมขำ, กัญญาณี ปิ่นเมือง, อินทุมาศ คลายโตก, เจษฎาภรณ์ เพี้ยโคตร, และคณะ. การเข้ารับบริการสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรคต่อการรับรู้และการเข้ารับบริการศูนย์บริการสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในภาคกลาง. *วารสารวิจัยสังคมและปริทัศน์*. 2566;46(1):74-100. doi:10.58837/CHULA.JSRR.46.1.4
- สำนักงานวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2563.

8. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี พุ่มมีผล, วินัย รอบคอบ. การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2561;10(2):97-109.
9. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry. 2000;177:396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396
10. ณีภูธรภัณฑ์สัณห์ ศรีวิชัย, มัจฉริย์ คูวิวัฒน์ชัย. นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. 2564;29(2):37-50.
11. Bautista J, Schueller SM. Understanding the adoption and use of digital mental health apps among college students: secondary analysis of a national survey. JMIR Ment Health. 2023;10:e43942. doi:10.2196/43942
12. กองระบบและบริหารข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. ข้อมูลสถิติจำนวนนักศึกษารวมทุกชั้นปี. 2562. https://info.mhesi.go.th/stat_std_all.php
13. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985. doi:10.1016/0147-1767(85)90062-8
14. The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The program evaluation standards. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
15. Brown T. Change by design: how design thinking creates new alternatives for business and society. New York: Harper Business; 2009.
16. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
17. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
18. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1971.
19. Coopersmith S. SEI: self-esteem inventories. Palo Alto (CA): Psychologists Press; 1984.
20. Wongpakaran T, Wongpakaran N. A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. Psychiatry Investig. 2012;9:54-8. doi:10.4306/pi.2012.9.1.54
21. World Health Organization. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2022.
22. Eisenberg D, Lipson SK, Posselt JR. Promoting resilience, mental health, and well-being among college students: lessons from the Healthy Minds Study. J Behav Health Serv Res. 2021;48(2):134-46.
23. วรณวิภา อ่อนน้อม, สุพัตรา พุ่มทอง, จิราภรณ์ ศิริบุรณ์. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566;45(1):89-102.
24. Torous J, Nicholas J, Larsen ME, Firth J, Christensen H. Clinical review of user engagement with mental health smartphone apps: evidence, theory and improvements. Evid Based Ment Health. 2020;23(1):3-9.

25. Torous J, Myrick KJ, Rauseo-Ricupero N, Firth J. Digital mental health and COVID-19: using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Ment Health*. 2020;7:e18848. doi:10.2196/18848
26. Lim Y, Lee S, Choi S, et al. Health literacy and its impact on health behaviors among university students in South Korea. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1234.
27. Shahidi D, Johnson D. The effect of mental health literacy on psychological help-seeking intention among Thai undergraduate students in Bangkok. *Assumption Univ J*. 2023;10:73-94. Available from: <https://assumptionjournal.au.edu/index.php/odijournal/article/view/6553>
28. คณิติน จรโคกกรวด, ลักขณา สริวัฒน์. การพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตสำหรับการให้การปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์เพื่อลดความเครียดของวัยรุ่น. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*. 2565;16(3):222-35.
29. Reitz AK. Self-esteem development and life events: a review and integrative process framework. *Soc Personal Psychol Compass*. 2022;16:e12709. doi:10.1111/spc3.12709
30. Manochaiwuthikul T, Chaichutchouwakul A, Yunan N, Winothai N. Health literacy disparities in Thai university students: exploring differences between health science and non-health science disciplines. *J Behav Health Serv Res*. 2025;25:557. doi:10.1186/s12889-025-21761-0
31. Litvin S, Saunders R, Jefferies P, Seely H, Pössel P, Lüttke S. The impact of a gamified mobile mental health app (eQuoo) on resilience and mental health in a student population: randomized controlled trial. *JMIR Ment Health*. 2023;10:e47285. doi:10.2196/47285
32. สุธี กาญจนไชยลาภ, จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์, พรพรหม รุจิไพโรจน์, วัลยา ตูพานิช, ณัฐนันท์ วัฒนวิการ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตต่อความตระหนักรู้ในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาล*. 2567;26(2):107-24.
33. กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, เกษร สายธนู. ผลของโปรแกรมการสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2567;38(1):15-30.

ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา
พยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

The relationship between ethical climate and ethical nursing practice
among third- and the fourth-year nursing students at
Boromarajonani College of Nursing, Yala

นุรฮาฟิซา นาเซ็ง*, อารินา กาลาแต*, ต่วนนุรมี นิแม*, อามีนะห์ ประดู*, อาบิเดาะห์ จะปะกียา*,
โนรฟาเรียล บูโยะ*, มาสตะห์ วายะโยะ*, มณีรัศมี พัฒนสมบัติสุข*

Noorhafeesa Naseng*, Arina Kalatae*, Tuannurme Nimae*, Ameenah Pradoo*, Abidah chapakiya*,
Norfareal Buyoh*, Mastah Wayayo*, Maneeratsami Pattanasombutsook*

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Boromarajonani College of Nursing, Yala Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute

Corresponding author: Maneeratsami Pattanasombutsook; Email: piamsook@bcnyala.ac.th

Received: August 31, 2025; Revised: November 13, 2025; Accepted: November 28, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศจริยธรรม เปรียบเทียบจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จำนวน 158 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามบรรยากาศจริยธรรม และแบบสอบถามจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .98 ทั้งสองฉบับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศจริยธรรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.15, SD = 0.53$) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่านักศึกษานักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .036$) และบรรยากาศจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, p < .01$)

คำสำคัญ: บรรยากาศจริยธรรม, จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This descriptive study aimed to study the ethical climate, compare the ethical nursing practice of the third year and the fourth-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala, and to examine the relationship between ethical climate and ethical nursing practice among these students. The study sample consisted of 158 nursing students, using purposive sampling according to inclusion criteria. Research instruments included a personal information questionnaire, an ethical climate questionnaire, and an ethical nursing practice questionnaire. The content validity of the instruments was evaluated by three experts, yielding IOC values ranging from .67 to 1.00. Both questionnaires demonstrated high reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of .98. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, such as the independent t-test and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the mean score for ethical climate indicated a high level of perception ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.53$). The fourth-year nursing students had significantly higher mean scores in nursing ethical practice than third-year students ($p = .036$). Additionally, the ethical climate was strongly and significantly correlated with nursing ethical practice ($r = .74$, $p < .01$).

Keywords: ethical climate, ethical nursing practice, college of nursing, nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จริยธรรมเป็นรากฐานของความประพฤติที่ดี ทั้งด้านกาย วาจา และใจ โดยยึดหลักประเพณี กฎหมาย ศีลธรรม ค่านิยม วัฒนธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ บุคคลที่มีจริยธรรมย่อมปฏิบัติตามหลักที่พึงงามของสังคม และเมื่ออยู่ในวิชาชีพโดยปฏิบัติตามหลักที่พึงงามของวิชาชีพนั้น¹ วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลไม่เพียงต้องอาศัยความรู้และทักษะทางวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นหลักในการทำงาน เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่โดยตรงในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้รับบริการ สังคมจึงมีความคาดหวังให้พยาบาลปฏิบัติงานภายใต้หลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้รับบริการ ให้บริการด้วยความเมตตา รักษาความลับทางการแพทย์ มีความซื่อสัตย์และรับผิดชอบ สามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรม และทำงานร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการและสังคม² อีกทั้งสภาการพยาบาลได้กำหนดให้จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นแนวทางที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติตาม เป็นสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับปริญญาตรี³ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อจำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและผู้รับบริการมีความตื่นตัวเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาลก็มีความหลากหลายตามมา ในขณะที่จำนวนพยาบาลยังคงมีจำกัด ทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาพฤติกรรมจริยธรรมและข้อผิดพลาดในการทำงานสูงขึ้น⁴

การปลูกฝังจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากพยาบาลได้รับการปลูกฝังสมรรถนะนี้และได้รับการอบรมบ่มเพาะตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ยังเป็นนักศึกษา จะช่วยให้เมื่อเป็นพยาบาล สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมีมาตรฐานและเป็นไปตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ⁵ สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้นักศึกษาพยาบาลผ่านการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม และการแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นในบริบทการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจริง^{6,7,8} ให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถ

ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในสถานการณ์จริงที่ซับซ้อนได้ดีขึ้น⁹ อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต¹⁰

บรรยากาศทางจริยธรรม มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ ความคิด และการกระทำของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดแนวทางและมาตรฐานในการตัดสินใจทางศีลธรรม และมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมจริยธรรมของบุคคลในองค์กรหรือสังคม สภาพแวดล้อมที่ให้ความสำคัญกับคุณธรรมจริยธรรมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามหลักศีลธรรม จรรยาบรรณ และมาตรฐานทางวิชาชีพอย่างเคร่งครัด รวมถึงลดการละเลยจรรยาบรรณและการกระทำผิดทางจริยธรรม⁴ สำหรับนักศึกษาพยาบาล การที่สถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติมีบรรยากาศจริยธรรมที่เน้นการแสดงออกถึงคุณธรรมที่เป็นรูปธรรม จะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนและปฏิบัติจริง มีความกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมและเรียนรู้ที่จะหาวิธีแก้ไขอย่างสร้างสรรค์¹¹ และเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความมั่นคงในคุณค่าทางจริยธรรม ดังนั้น บรรยากาศทางจริยธรรมของสถาบันการศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกปฏิบัติจึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างและพัฒนาจริยธรรมในตัวนักศึกษาอย่างยั่งยืน และเป็นปัจจัยสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติวิชาชีพได้อย่างมีมาตรฐานและมีจริยธรรมในอนาคต^{5,12,13} แม้การศึกษาวิจัยจะบ่งชี้ว่าบรรยากาศจริยธรรมในสถานพยาบาล มีผลต่อค่านิยมวิชาชีพ ความพึงพอใจในงาน และพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลประจำ⁴ แต่การศึกษาเกี่ยวกับบรรยากาศจริยธรรมในสถาบันการศึกษา ยังมีจำนวนน้อย

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาจริยธรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการสอดแทรกจริยธรรมการพยาบาลไว้ในทุกรายวิชาที่เกี่ยวข้องทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษาการเผชิญปัญหาทางจริยธรรมและความกล้าหาญทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในระหว่างการฝึกปฏิบัติทางคลินิก พบว่า นักศึกษามักพบสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกขัดแย้งในใจ ได้แก่ เห็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ละเลยหลักจริยธรรม เช่น การไม่เคารพศักดิ์ศรีผู้ป่วย การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน การปฏิบัติแบบไม่เป็นธรรม นักศึกษาพยาบาลมีระดับความกล้าหาญทางศีลธรรมอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะอยากทำสิ่งที่ถูกต้อง แต่ไม่กล้าทำ และเลือกที่จะเงียบ¹³ นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับบรรยากาศทางจริยธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล มักมุ่งเน้นศึกษากลุ่มพยาบาลวิชาชีพและสถานพยาบาล ในขณะที่การศึกษาระบบบรรยากาศจริยธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลยังคงมีข้อจำกัด และถือเป็นช่องว่างที่ควรได้รับการสำรวจเพิ่มเติม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติวิชาชีพ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมให้แก่ นักศึกษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วิชาชีพ ตลอดจนตอบสนองความต้องการและบริบททางสังคมได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบบรรยากาศจริยธรรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
2. เพื่อเปรียบเทียบจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

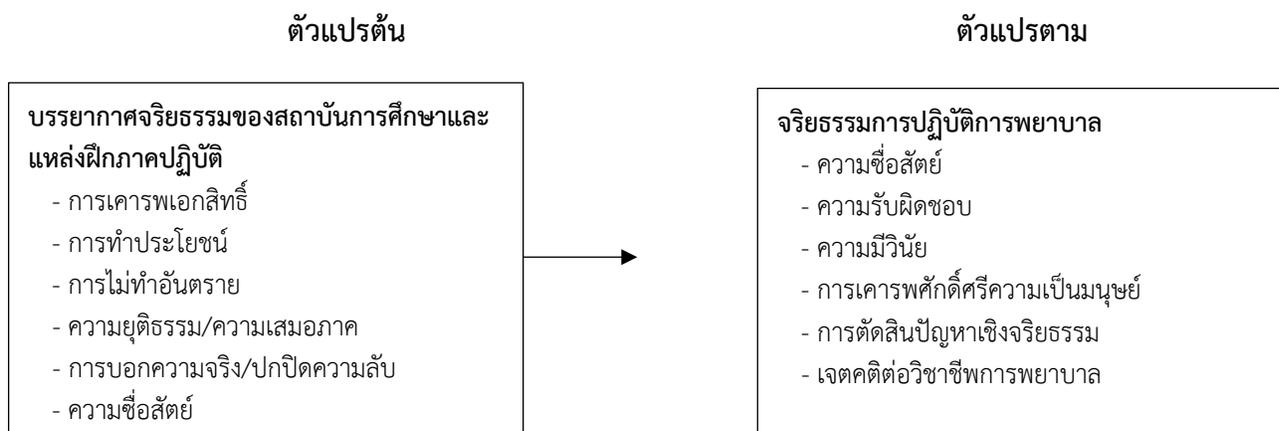
ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ บรรยากาศจริยธรรมของสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ตัวแปรตาม คือ จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ขอบเขตด้านเวลาและสถานที่ ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงภาคเรียนที่ 2 และภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2567 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปีการศึกษา 2567 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 80 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 78 คน รวมจำนวน 158 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ปีการศึกษา 2567
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3. ผ่านการเรียนรายวิชาทฤษฎีเกี่ยวกับจริยธรรมทางการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล
4. มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 รายวิชา
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

นักศึกษาพยาบาลที่เจ็บป่วยหรือไม่อยู่ในวิทยาลัยในช่วงเวลาที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามในรูปแบบ google form จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำในช่องว่างประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม ศาสนา ภูมิลำเนา จำนวนพี่น้อง การเป็นบุตรคนที่ เหตุผลในการเข้าเรียนพยาบาล และปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ อาชีพของบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา ลักษณะครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดู บุคคลที่เป็นแบบอย่างในด้านคุณธรรมจริยธรรม

2. แบบสอบถามบรรยากาศจริยธรรม จำนวน 65 ข้อ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ อรัญญา เขาวลิต, ศิริพร ชัมภลิต, สุรีพร ธนศิลป์¹⁴ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คือ น้อยที่สุด-มากที่สุด แปลค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ดังนี้ ระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.50 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 ระดับดี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 และระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00¹⁵

3. แบบสอบถามจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 65 ข้อ เป็นแบบสอบถามในการพัฒนาตัวบ่งชี้จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของวิสัย คตะตา¹⁶ ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรมลิสเรล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก 60 ตัวบ่งชี้ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คือ น้อยที่สุด-มากที่สุด แปลค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ดังนี้คือ ระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.50 ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50 ระดับดี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50 และระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.51-5.00¹⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวัดประเมินผล และด้านจริยธรรมการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมการพยาบาล ทุกข้อคำถามมีค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับประชากร จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .98 ทั้งสองฉบับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา รหัส SBCNYL 008/2567 วันที่ 24 ตุลาคม 2567 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยอิสระ สามารถถอนตัวจากการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อคะแนน ผลการเรียนรู้ และสถานภาพของนักศึกษา ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัย จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการหลังจากที่โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา แนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด

เกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงส่งลิงค์ในการตอบแบบสอบถามให้หัวหน้าชั้นปีเพื่อส่งลิงค์แบบสอบถามให้นักศึกษาทุกคนในชั้นปีที่รับผิดชอบ ให้เวลาในการตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับทั้งหมด นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ พบว่าข้อมูลส่วนอื่น ๆ ครบถ้วน ยกเว้น เกรดเฉลี่ย ที่นักศึกษาจำนวนหนึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เนื่องจากระบบทะเบียนของวิทยาลัยขัดข้องและอยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไข ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเกรดเฉลี่ยมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล บรรยากาศจริยธรรม และจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 โดยใช้สถิติ Independent t-test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
4. การทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (normality test) ของตัวแปรบรรยากาศจริยธรรมและจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าเป็นโค้งปกติ¹⁷ นอกจากนี้ จากการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปรจากกราฟกระจาย (scatter plot) พบว่ามีแนวโน้มความสัมพันธ์เป็นเชิงเส้น

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 22 ปี ร้อยละ 45.03 นัถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 66.89 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 32.45 มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยะลา ร้อยละ 27.15 มีพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 32.45 เป็นบุตรคนกลาง ร้อยละ 32.45 เหตุผลที่ตัดสินใจเรียนพยาบาลเป็นความต้องการของตนเอง ร้อยละ 60.93 ในด้านปัจจัยด้านครอบครัว บิดาและมารดามีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 37.75 สถานภาพสมรสของบิดามารดาสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.52 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 82.78 ได้รับการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่จากครอบครัว ร้อยละ 90.07 มีมารดาเป็นแบบอย่างในด้านคุณธรรมจริยธรรม ร้อยละ 43.71 และไม่มีบุคคลนอกครอบครัว เป็นแบบอย่างในด้านคุณธรรมจริยธรรม ร้อยละ 41.06 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปี 3 (73 คน)		ปี 4 (78 คน)		รวม (151 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
20	8	10.96	1	1.28	9	5.96
21	43	58.90	10	12.82	52	34.44
22	19	26.03	49	62.82	68	45.03
23	2	2.74	16	20.51	18	11.92
24	1	1.37	2	2.56	3	1.99

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปี 3 (73 คน)		ปี 4 (78 คน)		รวม (151 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา						
อิสลาม	60	82.19	41	52.56	101	66.89
พุทธ	12	16.44	37	47.44	49	32.45
คริสต์	1	1.37	0	0	1	0.66
ภูมิลำเนา (จังหวัด)						
ยะลา	28	38.36	13	16.67	41	27.15
นราธิวาส	21	28.77	12	15.38	33	21.85
ปัตตานี	21	28.77	11	14.10	32	21.19
ชัยภูมิ	0	0.00	27	34.62	27	17.88
สตูล	1	1.37	4	5.13	5	3.31
บุรีรัมย์	0	0.00	2	2.56	2	1.32
ศรีสะเกษ	0	0.00	2	2.56	2	1.32
เพชรบุรี	0	0.00	2	2.56	2	1.32
นครปฐม	1	1.37	0	0.00	1	0.66
สงขลา	1	1.37	0	0.00	1	0.66
พัทลุง	0	0	1	1.28	1	0.66
กรุงเทพ	0	0	1	1.28	1	0.66
นครราชสีมา	0	0	1	1.28	1	0.66
อุบลราชธานี	0	0	1	1.28	1	0.66
สกลนคร	0	0	1	1.28	1	0.66
จำนวนพี่น้อง (คน)						
1	1	1.37	11	14.10	12	7.95
2	19	26.03	30	38.46	49	32.45
3	14	19.18	13	16.67	27	17.88
4	18	24.66	7	8.97	25	16.56
5	10	13.70	7	8.97	17	11.26
≥6	11	14.10	10	12.82	21	13.91
ลำดับบุตร						
บุตรคนเดียว	1	1.37	11	14.10	12	7.95
บุตรคนโต	24	32.88	19	24.36	43	28.48
บุตรคนกลาง	29	39.73	20	25.64	49	32.45
บุตรคนสุดท้อง	19	26.03	28	35.90	47	31.13
เหตุผลที่ตัดสินใจเรียนพยาบาล						
ตามความต้องการของตนเอง	41	56.16	51	65.38	92	60.93
ตามความต้องการของครอบครัว	52	71.23	27	34.62	59	39.07
อาชีพของบิดามารดา						
รับจ้างทั่วไป	36	49.32	21	26.92	57	37.75
เกษตรกร	8	10.96	23	29.49	31	20.53

ปัจจัยส่วนบุคคล	ปี 3 (73 คน)		ปี 4 (78 คน)		รวม (151 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทำธุรกิจส่วนตัว	15	20.55	15	19.23	30	19.87
ค้าขาย	7	9.59	6	7.69	13	8.61
รับราชการ	7	9.59	13	16.67	20	13.25
สถานภาพสมรสของบิดามารดา						
สมรสและอยู่ด้วยกัน	48	65.75	60	76.92	108	71.52
แยกกันอยู่	13	17.81	10	12.82	23	15.23
หม้าย/หย่า	12	16.44	8	10.26	20	13.25
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	63	86.30	62	79.49	125	82.78
ครอบครัวขยาย	10	13.70	16	20.51	26	17.22
การอบรมเลี้ยงดู						
แบบเอาใจใส่	68	93.15	68	87.18	136	90.07
แบบตามใจ	12	16.44	23	29.49	35	23.18
แบบควบคุม	14	19.18	15	19.23	29	19.21
บุคคลในครอบครัว ที่ยึดถือเป็นแบบอย่างด้านคุณธรรมจริยธรรม						
มารดา	29	39.73	37	47.44	66	43.71
บิดา	20	27.40	20	25.64	40	26.49
บิดา มารดา	15	20.55	9	11.54	24	15.89
คนในครอบครัว	4	5.48	9	11.54	15	9.93
ปู่ย่า ตายาย	2	2.74	1	1.28	3	1.99
ไม่มี	3	4.11	2	2.56	5	3.31
บุคคลนอกครอบครัว ที่ยึดถือเป็นแบบอย่างด้านคุณธรรมจริยธรรม						
ไม่มี	22	30.14	40	51.28	62	41.06
ครู/อาจารย์	12	16.44	14	17.95	26	17.22
ญาติพี่น้อง	14	19.18	8	10.26	22	14.57
ศาสนา/ผู้นำทางศาสนา	11	15.07	7	8.97	18	11.92
เพื่อน	3	4.11	1	1.28	4	2.65
อื่น ๆ เช่น ศิลปิน นักการเมือง	11	15.07	8	10.26	19	12.58

2. บรรยากาศจริยธรรมของสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ พบว่า บรรยากาศจริยธรรมของสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความซื่อสัตย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.53$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบรรยากาศจริยธรรมรายด้านตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 151)

บรรยากาศจริยธรรม	ปี 3		ปี 4		รวม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
การเคารพเอกสิทธิ์	4.09	0.71	3.87	0.51	4.13	0.63
การทำประโยชน์	4.04	0.61	4.14	0.55	4.09	0.58
การไม่ทำอันตราย	4.04	0.57	4.10	0.63	4.07	0.60
การบอกความจริง/ปกปิดความลับ	4.14	0.52	4.18	0.59	4.16	0.58
ความยุติธรรม/ความเสมอภาค	4.02	0.72	4.11	0.63	4.06	0.68
ความซื่อสัตย์	4.14	0.57	4.21	0.57	4.38	0.53
รวมทั้งหมด	4.08	0.56	4.10	0.54	4.15	0.53

3. จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.40$, SD = 0.50) รายงานพบว่า ด้านการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.44$, SD = 0.54) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน (n = 151)

จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล	ปี 3		ปี 4		รวม	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
ความซื่อสัตย์	3.83	0.43	4.44	0.57	4.38	0.53
ความรับผิดชอบ	4.28	0.48	4.44	0.57	4.36	0.53
ความมีวินัย	4.29	0.49	4.45	0.58	4.37	0.54
การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	4.26	0.48	4.50	0.58	4.44	0.54
ด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	4.36	0.49	4.45	0.58	4.40	0.53
ด้านเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล	4.34	0.47	4.51	0.54	4.43	0.51
รวมทั้งหมด	4.26	0.43	4.46	0.54	4.40	0.50

4. การเปรียบเทียบจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 151)

นักศึกษาพยาบาล	n	\bar{x}	SD	t	p-value
ชั้นปีที่ 3	73	4.26	0.43	1.745	.036*
ชั้นปีที่ 4	78	4.46	0.54	1.758	

*p < .05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า บรรยากาศจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74$, $p < .01$) โดยด้านความซื่อสัตย์มีความสัมพันธ์กับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด ($r = .92$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยาภาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล (n = 151)

บรรยาภาศจริยธรรม	การ เคารพ เอกสิทธิ์	การทำ ประโยชน์	การไม่ทำ อันตราย	การบอก ความจริง/ ปกปิด ความลับ	ความ ยุติธรรม/ ความ เสมอภาค	ความ ซื่อสัตย์	รวม บรรยาภาศ จริยธรรม	จริยธรรม การ ปฏิบัติการ พยาบาล
การเคารพเอกสิทธิ์	1	.82**	.75**	.80**	.72**	.54**	.87**	.59**
การทำประโยชน์		1	.84**	.83**	.76**	.57**	.92**	.62**
การไม่ทำอันตราย			1	.87**	.79**	.54**	.92**	.60**
การบอกความจริง/ ปกปิดความลับ				1	.83**	.50**	.93**	.55**
ความยุติธรรม/ ความเสมอภาค					1	.68**	.90**	.68**
ความซื่อสัตย์						1	.71**	.92**
รวมบรรยาภาศ จริยธรรม							1	.74**
จริยธรรมการ ปฏิบัติการพยาบาล								1

** p < .01 (2-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

1. บรรยาภาศจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.53$ และ $\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.50$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า เมื่อวิเคราะห์พบว่าเกิดจากปัจจัยหลายประการ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ยะลา มีผู้นำที่ยึดมั่นในเรื่องคุณธรรมจริยธรรม กำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการทำงานของบุคลากร การจัดการเรียนการสอน และการพัฒนานักศึกษาให้เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม วิทยาลัย ฯ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมให้แก่นักศึกษา อีกทั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบัน กำหนดให้สมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรมเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนทุกรายวิชาในหลักสูตรจะต้องมีการพัฒนาผู้เรียนในด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยเฉพาะรายวิชาทางการพยาบาลภาคทฤษฎี ที่ผู้เรียนจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพจากกรณีศึกษาหรือจากการเรียนรู้ด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การเรียนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การเรียนแบบร่วมมือ และภาคปฏิบัติที่ผู้เรียนจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงที่หลากหลายในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีบรรยากาศส่งเสริมการพัฒนาจริยธรรมของนักศึกษา มีการทำประชุมปรึกษาทางจริยธรรม (ethics conference) และเยี่ยมตรวจทางจริยธรรม (ethics rounds) เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้รับการปลูกฝัง เรียนรู้และพัฒนาจากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ที่พบว่าการพัฒนา รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดโรงพยาบาลคุณธรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล สามารถพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา¹⁹ ที่พบว่า พฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีต่อพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร²⁰ ที่พบว่า บรรยากาศในสถานศึกษาอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกำหนดให้ทุกรายวิชาทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีทั้งชั้นปีที่ 3 และ 4 จัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมทางการพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษามีพฤติกรรมจริยธรรมที่เหมาะสม

2. การเปรียบเทียบจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า ระดับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีความแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ($\bar{X} = 4.46$, $SD = 0.54$) สูงกว่าชั้นปีที่ 3 ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.43$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 เป็นการจัดการเรียนการสอนในหมวดวิชาการศึกษาทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ การจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเรียนการสอนในหมวดพื้นฐานวิชาชีพ และมีรายวิชาทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และดูแลผู้รับบริการที่มีการเจ็บป่วยง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน มีการฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน เมื่อเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 จึงได้รับการปูพื้นฐานด้านการพยาบาลเพียงบางส่วน ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนในชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ได้เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับรายวิชาทางการพยาบาลที่มีความซับซ้อนขึ้น มีการฝึกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น มีประสบการณ์มากกว่า มีโอกาสเผชิญสถานการณ์ทางจริยธรรมมากขึ้น และสามารถตัดสินใจทางจริยธรรมได้ดีขึ้น การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมจึงถูกหล่อหลอมทั้งรายวิชาในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ในทุกรายวิชามีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังในด้านคุณธรรมและจริยธรรม โดยเฉพาะการประเมินพฤติกรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ที่ทุกรายวิชากำหนดให้นักศึกษาต้องแสดงพฤติกรรมจริยธรรม ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไป และการอบรมให้ความรู้ด้านจริยธรรมส่งผลให้ความรู้สึกริ้วต่อจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น^{21, 22}

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต²³ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษา 4 ชั้นปี พบว่า คะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สูงที่สุด รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมแบบเปรียบเทียบภาคตัดขวางในนักศึกษาพยาบาล ระหว่างชั้นปีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง²⁴ ที่พบว่าพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมระหว่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีพฤติกรรมจริยธรรมโดยรวมและพฤติกรรมจริยธรรมด้านความร่วมมือสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีความมีวินัยและความซื่อสัตย์สุจริตสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีความเมตตา กรุณา ความยุติธรรม ความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพ และความเอื้ออาทรสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร²⁰ พบว่าพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ไม่แตกต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศจริยธรรมกับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .74, p < .01$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า บรรยากาศจริยธรรมในสถาบันการศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาจริยธรรมในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมอย่างเป็นระบบ ช่วยเสริมสร้างให้นักศึกษามีความไวทางจริยธรรมและทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม นักศึกษาจะได้รับการฝึกฝนให้วิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมและเลือกแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ การเผชิญกับสถานการณ์จริงภายใต้สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมจริยธรรมช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการตัดสินใจ รวมถึงเข้าใจถึงความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการและวิชาชีพมากขึ้น นอกจากนี้ การมีอาจารย์พยาบาลหรือพยาบาลพี่เลี้ยงคอยดูแลสนับสนุน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับจริยธรรม และเป็นแบบอย่างที่ดี ช่วยลดความเครียดและความขัดแย้งทางศีลธรรมที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติ มีส่วนช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีจริยธรรมสูงขึ้น^{18, 23, 24}

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่²⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยากาศจริยธรรมในสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์กัน รวมถึงการศึกษาบรรยากาศจริยธรรม พฤติกรรมทางจริยธรรม และคุณค่าทางวิชาชีพตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ที่พบว่า การรับรู้บรรยากาศจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจริยธรรมและการเห็นคุณค่าของวิชาชีพ²⁶

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบการบันทึกพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษารายบุคคลทุกชั้นปี ให้มีฐานข้อมูลพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามระดับการคงอยู่ และการพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีอย่างต่อเนื่อง

2. บรรยากาศจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับจริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา จึงควรส่งเสริมบรรยากาศจริยธรรมในสถาบันการศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกภาคปฏิบัติอย่างเชื่อมโยงกันเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยกึ่งทดลอง หรือการวิจัยพัฒนาการเรียนการสอนรูปแบบต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อส่งเสริมจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้เครื่องมือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สิวลี ศิริไล. จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
2. รัตนา ทองแจ่ม, พระครูภาวนาโพธิคุณ. จริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาฯ ขอนแก่น. 2563;7(1):29-44.
3. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล. 2567. https://www.don.go.th/?page_id=1643
4. กรรณกนก กิตติธีรานุรักษ์. การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2568;2:25-37.
5. อรัญญา ขวาลิต, ทศนีย์ นะแส. จริยธรรมในการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2559;36(3):261-70.
6. Boozaripour M, Abbaszadeh A, Shahriari M, Borhani F. Ethical values in nursing education: literature review. Electron J Gen Med. 2018;15:em19. doi:10.29333/ejgm/85500
7. Andersson H, Svensson A, Frank C, Rantala A, Holmberg M, Bremer A. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. BMC Med Ethics. 2022;23:29. doi:10.1186/s12910-022-00766-z
8. พนมพร กীরตตานนท์, บุบผา ดำรงกิตติกุล, สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์. ความไวต่อการรับรู้และการตัดสินใจเชิงจริยธรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566;29(3):166-81.
9. Flott EA, Linden L. The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. J Adv Nurs. 2016;72:501-13. doi:10.1111/jan.12861
10. Su S, Basit G, Demirören N, Alabay KNK. Impact of ethics education on nursing students' ethical sensitivity and patient advocacy: a quasi-experimental study. J Acad Ethics. 2024;23:1107-19. doi:10.1007/s10805-024-09570-3
11. Kim YK, Joung MY. Influence of nursing professionalism and campus environment on the perception of ethical sensitivity among nursing students. J Korean Acad Soc Nurs Educ. 2019;25(1):115-24. doi:10.5977/jkasne.2019.25.1.115
12. วัลลณี นาคศรีสังข์, สุพัตรา ไตรอุดมศรี, ตรีตาภรณ์ สร้อยสังวาลย์. การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560;35(1):32-45.
13. Rongsawat O, Chaowalit A, Nasae T, Woods M. Moral problems and moral courage in nursing practice of nursing students in nursing colleges, Southern Thailand: Critical Incident Technique. J Res Nurs Midwifery Health Sci. 2018;38(3):116-26.
14. อรัญญา ขวาลิต, ศิริพร ชัมภลิจิต, สุรีพร ธนศิลป์. คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกและการปฏิบัติ. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2564.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น; 2545.

16. วิสัย คตะตา. การพัฒนาตัวบ่งชี้จริยธรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; 2563.
17. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 26 step by step: a simple guide and reference. 16th ed. London: Routledge; 2019. doi:10.4324/9780429056765
18. แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, พวงแก้ว สาระโกศ. การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดโรงพยาบาลคุณธรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6:108-22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247553>
19. นุศรา ดาวโรจน์, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา. พฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;6(2):48-64.
20. นารี ญาณิสสร, จีราวรรณ กล่อมเมฆ, มณิสรา ห่วงทอง. ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2563;32(1):13-23.
21. Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. Nurs Ethics. 2017;24:644-52. doi:10.1177/0969733015622060
22. Kim YS. Effect of ethics education on nurse's moral judgement. J Korean Acad Nurs. 2000;30:183-93. doi:10.4040/jkan.2000.30.1.183
23. นภัสกรณ์ วิฑูรเมธา, วารินทร์ บินโฮเซ็น, วิลาวรรณ เทียนทอง. การพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต. 2562;16(1):83-101.
24. เกศินี ไชยโม, กิตติพร ประชาศรัยสรเดช, พิชญา อังคะนาวิน. พฤติกรรมจริยธรรม: การศึกษาเปรียบเทียบภาคตัดขวางในนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล. 2563;26(3):370-84.
25. วิภาพร เตชะสรพัส. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลและบรรยาการจริยธรรมในสถานที่ทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา. 2560;7:54-66. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/243955>
26. Elewa AH. Ethical climate, ethical behavior, and professional values as perceived by staff nurses at two different hospitals. Malaysian J Nurs. 2020;12:125-36. doi:10.31674/mjn.2020.v12i02.017

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
Food sanitation literacy of the food entrepreneurs club in Health Region 5

วีระศักดิ์ ोजनाศรีรัตน์*

Veerasak Rojanasrirat*

*ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

*Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

Corresponding author: Veerasak Rojanasrirat; Email: veecfgt.04@gmail.com

Received: October 6, 2025; Revised: December 9, 2025; Accepted: December 9, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้ เพื่อศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร และศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร จำนวน 382 คน ในจังหวัดราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.39 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.52 มีอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 69.37 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.31 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$) และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$) การเปรียบเทียบการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .779$, $p < .001$)

คำสำคัญ: ความรู้, สุขาภิบาลอาหาร, ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร, เขตสุขภาพที่ 5

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the level of food sanitation literacy and food sanitation practices of the food entrepreneurs club in Health Region 5. Compare the differences in food sanitation practices of the food entrepreneurs club classified by gender, age, marital status and education level, and study the relationship between food sanitation literacy and food sanitation practices of the food entrepreneurs club. The sample group was 382 club members, restaurants, and food stalls in Ratchaburi, Suphan Buri and Phetchaburi provinces. The data was collected between September and November 2024. The research tools consisted of personal factors, food sanitation knowledge and food sanitation practices. The content validity was approved by three experts. The content validity index was between .67-1.00 and the reliability was .72. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, One-way ANOVA and Pearson correlation coefficient.

The results of the study showed that most participants were female (75.39%). The majority were married (61.52%), aged 40–59 years (69.37%), and had completed primary education (51.31%). The participants' food sanitation literacy was at a moderate level ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$), and their food sanitation practices were also at a moderate level ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$). A comparison of food sanitation practices by educational level revealed that participants with education above the primary level had significantly higher mean scores than those with only primary education ($p = .001$). Food sanitation literacy was strongly and positively correlated with food sanitation practices ($r = .779$, $p < .001$).

Keywords: literacy, food sanitation, food entrepreneurs club, health region 5

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของประชาชน เป็นประเด็นที่ถูกยกขึ้นมาพูดถึงเป็นครั้งแรกในปี 1970 โดยแนวคิดเริ่มแรกเป็นความรู้ด้านสุขภาพทางการแพทย์ (medical health literacy) และได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาธารณสุขนานาชาติตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ¹ หากมีความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ฯลฯ

แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580)² ในประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดี มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาพในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยแผนแม่บทดังกล่าวมีแผนย่อยการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งและมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และกำหนดให้การขับเคลื่อนด้านความรู้ให้กับประชาชนเป็นหนึ่งในภารกิจหลัก มีหน้าที่ในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างทั่วถึง ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริม

สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)³ ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีเป้าประสงค์ คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้และทักษะในการพัฒนาสุขภาพตนเองตลอดช่วงชีวิต และสังคม ชุมชน องค์กร มีขีดความสามารถในการจัดระบบให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัยได้พัฒนากรอบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกกลุ่มวัย⁴ เพื่อดำเนินการควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพ ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจและบอกต่อในทุกช่วงวัยของประชาชน มีการเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน การสื่อสารความเสี่ยงเป็นรูปแบบการดำเนินงานอีกอย่างหนึ่งที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการดำเนินการตามหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น ผู้สื่อสารจะต้องปรับระดับและรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับและความต้องการของผู้รับสาร⁵ จึงจำเป็นต้องพัฒนาข้อมูล และช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีคุณลักษณะที่แตกต่างกัน โดยเน้นการผลิตข้อมูลที่มีความเข้าใจง่าย น่าสนใจ ถูกต้อง ประกอบกับต้องนำเสนอข้อมูลดังกล่าวในรูปแบบและช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถที่จะเข้าถึง เข้าใจ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ถูกต้อง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร⁶ เป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารมารวมตัวกันเพื่อดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาธุรกิจของตนเองให้สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานตามหลักวิชาการด้านสุขาภิบาลอาหาร ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารจึงเป็นกลุ่มพลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องพัฒนาสถานประกอบการให้ถูกต้องตามเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายสาธารณสุขบัญญัติไว้ ปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จนั้นมาจากปัจจัยภายใน ได้แก่ คณะกรรมการชมรม ทักษะการบริหารจัดการชมรม ความสัมพันธ์ของสมาชิกชมรม และการจัดองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อชมรม ได้แก่ หน่วยงานที่สนับสนุนชมรม ภาคีเครือข่ายที่ช่วยงานชมรม นโยบาย หรือความชัดเจนในการจัดตั้งชมรม และการยอมรับของสังคมต่อชมรม ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้จะเป็นตัวเสริมให้การขับเคลื่อนงานของชมรมเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เป็นองค์กรหลักของเขตสุขภาพที่ 5 ในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ปัจจุบันมีการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารในรูปแบบของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีส่วนร่วม แต่จากผลการดำเนินงานพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหาร ข้อมูลจากระบบสุขาภิบาลอาหาร⁷ พบว่าสถานที่จำหน่ายอาหารได้มาตรฐานเพียงร้อยละ 27.45 แสดงให้เห็นถึงปัญหาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหาร และการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ประกอบกับปัจจุบันกับการนำเอาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานพบว่าชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารมีปัญหาด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารเนื่องจากข้อจำกัดทางการเรียนรู้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร เปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญที่ทำให้สมาชิกชมรมสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นทั้งต่อตนเองและต่อกลุ่ม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้าน

สุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจากการประสานกับภาคีเครือข่ายชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยไปใช้ในเขตสุขภาพที่ 5 และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตการวิจัย

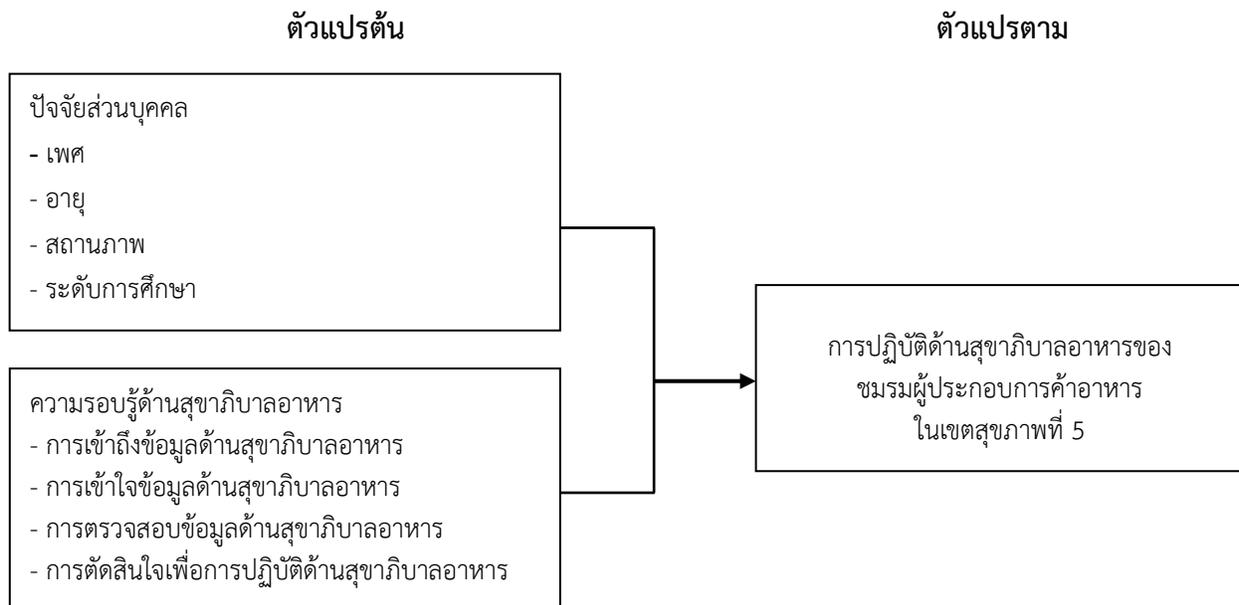
ขอบเขตด้านประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 (8 จังหวัด) จำนวน 3,479 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ ระยะเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน 2567 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคำถามความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารและการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร^๑ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 3,479 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารและแผงจำหน่ายอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 382 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel)⁹ ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 347 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวน 3 จังหวัด จาก 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี และเพชรบุรี 2) สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) ดังนี้

ลำดับ	จังหวัด	สมาชิกชมรม	จำนวนตัวอย่าง
1	ราชบุรี	459	134
2	สุพรรณบุรี	450	131
3	เพชรบุรี	400	117
	รวม	1,309	382

3) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับสลากทะเบียนรายชื่อสมาชิกชมรมผู้ประกอบการแบบไม่คืนที่ ตามสัดส่วนของสมาชิกชมรมแต่ละจังหวัดจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นสมาชิกชมรมที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีใบอนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป
3. เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4. สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนตามที่กำหนด **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁶ จำนวน 28 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูล จำนวน 7 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูล จำนวน 7 ข้อ และ 4) การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ระดับน้อย (< ร้อยละ 60 หรือ < 84 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 85-111 คะแนน) และระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 112-140 คะแนน)¹⁰

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม⁷ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ และ 2) การปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ คือ การปฏิบัติระดับน้อย (< ร้อยละ 60 หรือ < 60 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79 หรือ 61-79 คะแนน) และระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 80-100 คะแนน)¹⁰

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาด้านสาธารณสุข จำนวน 3 คน ตรวจสอบข้อคำถาม ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษา และนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67-1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย เลขที่ 27/2567 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2567 ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิและความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ความสำคัญ รวมถึงประโยชน์ของการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เป็นอิสระและมีสิทธิ์ถอนตัวได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมแจ้งผู้บริหารก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2567 รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา โดยใช้สถิติการทดสอบที่ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-way ANOVA
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ($p = .150$)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 75.39 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 69.37 มีอายุเฉลี่ย 51.10 ปี (SD = 11.66) อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.52 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา (n = 382)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	24.61
หญิง	288	75.39
อายุ (ปี)		
20-39	23	6.02
40-59	265	69.37
≥60	94	24.61
$\bar{x} = 51.10$ ปี, SD = 11.66, min = 20 ปี, max = 80 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	55	14.40
สมรส	235	61.52
หม้าย/หย่า/แยก	92	24.08
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	196	51.31
สูงกว่าประถมศึกษา	186	48.69

2. การศึกษาความรอบรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59$, $SD = 19.59$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการเข้าถึงข้อมูล (ร้อยละ 40.05) ด้านการเข้าใจข้อมูล (ร้อยละ 44.76) ด้านการตรวจสอบข้อมูล (ร้อยละ 41.88) และด้านการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ (ร้อยละ 41.10) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารภาพรวม		
ระดับมาก	86	22.51
ระดับปานกลาง	173	45.29
ระดับน้อย	123	32.20
$\bar{x} = 95.59$ คะแนน, $SD = 19.59$, $min = 35$ คะแนน, $max = 140$ คะแนน		
ความรอบรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การเข้าถึงข้อมูล		
ระดับมาก	80	20.94
ระดับปานกลาง	153	40.05
ระดับน้อย	149	39.01
2. การเข้าใจข้อมูล		
ระดับมาก	55	14.40
ระดับปานกลาง	171	44.76
ระดับน้อย	156	40.84
3. การตรวจสอบข้อมูล		
ระดับมาก	78	20.42
ระดับปานกลาง	160	41.88
ระดับน้อย	144	37.70
4. การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ		
ระดับมาก	81	21.20
ระดับปานกลาง	157	41.10
ระดับน้อย	144	37.70

2.2 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร พบว่า การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70$, $SD = 15.09$) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่า การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.17 และด้านการปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.67 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารภาพรวม		
ระดับมาก	120	31.41
ระดับปานกลาง	158	41.36
ระดับน้อย	104	27.23
$\bar{x} = 71.70$ คะแนน, SD = 15.09, min = 21 คะแนน, max = 100 คะแนน		
การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน		
1. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะส่วนบุคคล		
ระดับมาก	94	24.61
ระดับปานกลาง	184	48.17
ระดับน้อย	104	27.22
2. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะของสถานที่และสิ่งแวดล้อม		
ระดับมาก	105	27.49
ระดับปานกลาง	163	42.67
ระดับน้อย	114	29.84

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) สำหรับเพศ อายุ และสถานภาพสมรส พบว่าการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n = 382)

ตัวแปร	การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร		t / F	p - value
	\bar{x}	SD		
เพศ			-1.299**	.195
- ชาย	70.78	17.02		
- หญิง	72.02	15.33		
อายุ			1.212***	.298
- 20 – 39 ปี	71.65	14.84		
- 40 – 59 ปี	72.52	13.46		
- 60 ปีขึ้นไป	70.78	17.02		
สถานภาพ			1.114***	.329
- โสด	74.21	12.49		
- สมรส	71.83	15.12		
- หม้าย/หย่า/แยก	70.90	15.57		
ระดับการศึกษา			-3.425**	.001*
- ประถมศึกษา	69.23	14.77		
- สูงกว่าประถมศึกษา	74.46	14.81		

* $p < .05$, ** independent t-test, *** One-way ANOVA

9/13

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .779, p < .001$) เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารรายด้าน พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .650$) การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .807$) การตรวจสอบข้อมูล ($r = .679$) และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร ($r = .710$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	การปฏิบัติกับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.650	<.001*
การเข้าใจข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.807	<.001*
การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขาภิบาลอาหาร	.679	<.001*
การตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร	.710	<.001*
ภาพรวมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	.779	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. **ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร**
ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 95.59, SD = 19.59$) และการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 71.70, SD = 15.09$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรมสุขาภิบาลอาหารรวมทั้งการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. เป็นต้น หน่วยงานสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล เป็นต้น และผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น สื่อสังคม (social media) รวมถึงการประชุมชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต และสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลระบบสุขาภิบาลอาหาร (food handler) แต่ยังคงพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม จึงควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารโดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติงานตามหลักสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับดีมาก¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการดูแลสุขภาพในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่าผู้สัมผัสอาหารส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี มีทัศนคติอยู่ในระดับดีและปานกลาง และมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี¹²

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร พบว่าระดับการศึกษาที่ทำให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .001$

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยอาจจะมีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารน้อย ส่งผลให้การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารน้อยตามไปด้วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความสำคัญกับการศึกษาและค้นคว้าข้อมูล เมื่อเกิดความสงสัยในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนก็อาจจะมีการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารได้ดีกว่า

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหาร ได้แก่ ระดับการศึกษา ทักษะคิด ลักษณะการจ้างงาน หน้าที่หลักในสถานประกอบการ¹³ และสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศตุรกี พบว่าระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้น¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่¹⁵ พบว่าระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้นเช่นกัน

สำหรับเพศ อายุ และสถานภาพพบพบว่าแตกต่างในการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในหลายพื้นที่ได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร การสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล และการประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นเพศใด อายุเท่าใด หรือมีสถานภาพแบบใด ต่างได้รับความรู้และแนวปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นแม้จะมีความต่างด้านช่วงอายุ และเพศ แต่เมื่อได้รับข้อมูลแบบเดียวกัน ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุขพบว่าการศึกษาที่ผู้สัมผัสอาหารได้รับการอบรมและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของแต่ละกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่าเพศ และอายุไม่ใช่ปัจจัยกำหนดการปฏิบัติ¹¹

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร พบว่าความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหาร หรือความรู้สูงสัมพันธ์กับการปฏิบัติสูง ($r = .779, p < .001$)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เข้าใจข้อมูลและมีทักษะด้านการตัดสินใจระดับสูง จะส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นด้วย สะท้อนถึงมีการนำข้อมูลสุขาภิบาลอาหารไปใช้จริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่าการเข้าใจข้อมูลและการประเมินข้อมูลเป็นขั้นตอนสำคัญก่อนการตัดสินใจเชิงพฤติกรรม ดังนั้น หากกลุ่มตัวอย่างสามารถแปลความหมายของหลักสุขาภิบาลอาหารได้ถูกต้อง เช่น อุณหภูมิ ความสะอาด การแยกอาหารดิบ-สุก ก็จะสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมสุขาภิบาลอาหาร การติดตามจากหน่วยงานสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสารจากสื่อดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นระบบสนับสนุนความรู้ (health literacy support system)

ทำให้ระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งย่อมสะท้อนเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นเมื่อความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมสุขภาพโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตาม⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการในทุกชมรมเป็นประจำเพื่อให้มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนด้านสุขอนามัยและสุขภาพอาหาร ลดความเสี่ยงของผู้บริโภคจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาดปลอดภัย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพโภชนาการ อาทิ ปัจจัยที่ทำให้อาหารไม่สะอาดปลอดภัย การป้องกันโดยวิธีการทางสุขภาพโภชนาการ โดยเฉพาะสุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการที่ถูกต้อง
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมอยู่เสมอ โดยการเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง และการจัดอบรมให้ความรู้หลักสุขภาพโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ โดยมีเนื้อหาที่ทันสมัยและปฏิบัติได้จริง เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารให้มีความรอบรู้อย่างเท่าเทียม หรือใกล้เคียงกัน
4. ข้อมูลระดับความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร สามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการให้แก่ชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 หรือการประยุกต์ใช้ในเขตสุขภาพอื่น
5. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารและเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการและการปฏิบัติด้านสุขภาพโภชนาการของชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารในเขตสุขภาพที่ 5 ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการอบรมผู้สัมผัสอาหารผ่านระบบออนไลน์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ในการจัดการอบรมให้กับสมาชิกชมรมผู้ประกอบการค้าอาหารและผู้สัมผัสอาหารในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง เป็นการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ การทดสอบความรู้ผ่านการอบรม การรับรองด้วยใบประกาศนียบัตรและหรือบัตรผู้สัมผัสอาหารสำหรับผู้ผ่านเกณฑ์การอบรม
2. ควรวิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโภชนาการที่เหมาะสมกับประชาชนช่วงวัยต่าง ๆ อาทิ วัยเรียน วัยทำงาน วัยสูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ควรวิจัยโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพโภชนาการสำหรับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร
4. การวิจัยพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการปฏิบัติตามหลักสุขภาพโภชนาการสำหรับชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ; 2562.
3. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566–2570). กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์; 2565.
4. กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน; 2561.
5. van Ruler B. Communication theory: an underrated pillar on which strategic communication rests. *Int J Strateg Commun.* 2018;12:367-81. doi:10.1080/1553118X.2018.1452240
6. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. ถอดบทเรียนชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร ประจำปี 2558 “กระบวนการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้ประกอบการค้าอาหาร”. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2559. <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/food-sanitation/download/?did=204382&id=71991>
7. กรมอนามัย. ระบบสุขาภิบาลอาหาร. นนทบุรี: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2566. <https://foodhandler.anamai.moph.go.th>
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
9. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation for analysis in health sciences.* 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York: McGraw-Hill; 1971.
11. จุฑามาศ ทองคำ, ธนภพ โสทรโยม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในโรงอาหารกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารพัฒนาเทคนิคศึกษา* 2566;36(128):94-104. doi:10.14416/j.ted.2023.12.010
12. ธนชีพ พิระธรณิศร์, ดุสิต สุจิรัตน์, ศิราณี ศรีใส. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะการสุขาภิบาลอาหารในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2558;45(3):230-43.
13. ลลนา ทองแท้. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในเทศบาลนครรังสิต. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
14. Bodur AS, Filiz E, Kalkan I. Factors affecting health literacy in adults: a community-based study in Konya, Turkey. *Int J Caring Sci.* 2017;10(1):100-9.
15. Caylan A, Yayla K, Oztora S, Dagdeviren HN. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomed Res.* 2017;28(15):6803-7.

บทบาทพยาบาลชุมชนกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง
ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

The Strategic Role of Community Nurses in Promoting Health Literacy for the
Prevention and Early Detection of Diabetic Retinopathy in Diabetic Patients

นวรรตน์ ไจกล้า*, กมลภู ถนอมสตัย*

Navarut Jaikla*, Kamollabhu Thanomsat*

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

*Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

Correspondence author: Kamollabhu Thanomsat; Email: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

Received: July 31, 2025; Revised: September 8, 2025; Accepted: October 14, 2025

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้สูญเสียการมองเห็น จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี แม้จะสามารถป้องกันได้ หากมีการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ และการตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลชุมชน ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในระยะที่ไม่มีการสร้างหลอดเลือดผิดปกติ ซึ่งเป็นระยะก่อนเกิดภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังในระยะนี้ สามารถป้องกันไม่ให้โรคลุกลามไปสู่ระยะรุนแรง ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การมองเห็นในอนาคต โดยพิจารณาจาก 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านวิจารณ์ญาณ

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพ ในการตัดสินใจแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน การบูรณาการกลยุทธ์ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางตา ลดภาระระบบสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: เบาหวานขึ้นจอประสาทตา, บทบาทพยาบาลชุมชน, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

Diabetes mellitus is a major public health concern, particularly in developing countries. One of the significant complications, diabetic retinopathy, leads to vision impairment resulting from inadequate blood glucose control. Although this complication is preventable through regular screening, a considerable proportion of patients remain unaware of its importance and the necessity for ongoing monitoring. This article aims to explore the role of community nurses in enhancing health literacy to facilitate the early detection and monitoring of diabetic retinopathy, particularly in the non-proliferative phase, which precedes more severe complications. Early monitoring at this stage is crucial in preventing the progression of the condition to more advanced stages that could lead to irreversible vision loss. The article examines health literacy across three levels: basic health literacy, interactive health literacy, and critical health literacy.

Community nurses play a pivotal role in enabling patients to access, comprehend, evaluate, and apply health information to make informed decisions regarding their self-care, thereby fostering sustainable behavioral changes. The integration of health literacy strategies within primary healthcare services, with community nurses serving as leaders, will enhance the effectiveness of preventive measures against eye complications, alleviate the burden on healthcare systems, and improve the long-term quality of life for individuals with diabetes.

Keywords: diabetic retinopathy, community health nurse, health literacy

บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 830 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้โดยตรงกว่า 1.6 ล้านคนต่อปี¹ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานไม่เพียงแต่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังในอวัยวะสำคัญหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นหัวใจ หลอดเลือด ไต และดวงตา

หนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง คือ ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy: DR) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการมองเห็นและการตาบอดถาวร² ภาวะนี้เกิดจากความเสียหายของหลอดเลือดฝอยที่จอประสาทตาอันเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงและควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดการรั่วซึม การบวม น้ำ หรือการขาดเลือดในจอประสาทตา การศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และประมาณร้อยละ 10 อยู่ในระดับรุนแรง ที่เสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็น³ ในประเทศไทย พบผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาประมาณ 1.5 ล้านราย หรือคิดเป็นร้อยละ 31.40 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยมีอัตราการตาบอดประมาณ ร้อยละ 2 และสายตาเลือนกลาง ร้อยละ 10⁴ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงและน่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง

แม้ว่าจะมีบริการตรวจสุขภาพตาที่ครอบคลุม แต่ผู้ป่วยจำนวนมากยังขาดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การตรวจพบภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มักเกิดขึ้นในระยะที่มีอาการแล้ว ซึ่งการรักษาให้ฟื้นคืนสู่สภาวะปกติทำได้ยาก และมีค่าใช้จ่ายสูง ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหานี้ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพ⁵ และการขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

ที่เพียงพอ⁶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำ ข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองตามกำหนด และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาต่ำกว่าผู้ที่ขาดความรู้^{7,8}

ในบริบทนี้ พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นบุคลากรสุขภาพด่านหน้าในระดับปฐมภูมิ ที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด พยาบาลชุมชนทำหน้าที่ทั้งในการป้องกันโรค การคัดกรอง และการส่งเสริมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการทำงานที่มีประชาชนมีส่วนร่วม การสร้างสัมพันธภาพเชิงบวก และการสื่อสารที่เห็นอกเห็นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเอง บทบาทของพยาบาลชุมชนในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะในการเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และสามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นผลจากการควบคุมโรคเบาหวานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการขาดความรู้ด้านสุขภาพ การบูรณาการกลยุทธ์การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นแกนกลางในการดำเนินงาน ถือเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และลดภาระของระบบบริการสุขภาพในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน

เบาหวานกับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่น ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผ่านยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนการคัดกรองจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตาม แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานฉบับปรับปรุง (2563) ของกรมการแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือเริ่มมีพยาธิสภาพในจอประสาทตา เข้าสู่ระบบการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายในการชะลอการสูญเสียการมองเห็น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว⁹

ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy: DR) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่สำคัญของโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับปัจจัยเสริมอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อายุที่มากขึ้น และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน¹⁰ สาเหตุหลักของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง (chronic hyperglycemia) ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากโรคเบาหวาน สภาวะเมตาบอลิซึมที่ผิดปกติทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และโครงสร้างของหลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา (retinal microvasculature) ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการทางพยาธิสภาพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ เช่น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี ซึ่งทำหน้าที่เป็นปัจจัยส่งเสริมที่เร่งให้พยาธิสภาพของหลอดเลือด ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว¹¹

พยาธิสภาพของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy: DR) เกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้หลอดเลือดฝอยในจอประสาทตาเกิดความผิดปกติ เช่น ผนังหลอดเลือดเปราะบาง สูญเสียความยืดหยุ่น และเสื่อมสภาพ ซึ่งทำให้เกิดการรั่วของโปรตีน และไขมันออกมาสะสมในบริเวณจุดรับ

ภาพชัด (macula) เกิดเป็นภาวะจอประสาทตาบวม (diabetic macular edema: DME) และจุดรับภาพขาดเลือด (macular ischemia) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมองเห็นภาพบิดเบี้ยว หรือเห็นภาพตรงกลางผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษา จอประสาทตาจะสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ผิดปกติ ซึ่งมีลักษณะเปราะ แตกง่าย จนเกิดเลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) และการเกิดพังผืดจากหลอดเลือดผิดปกติอาจดึงรั้งจอประสาทตาจนหลุดลอก (tractional retinal detachment) ส่งผลให้สูญเสียการมองเห็นถาวร¹¹

กลไกการเกิดภาวะนี้เริ่มต้นจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ซึ่งทำให้หลอดเลือดฝอยในจอประสาทตา ได้รับความเสียหายและเกิดภาวะขาดเลือดในจอประสาทตา (retinal ischemia) สถานะนี้กระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) ที่กระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่เพื่อตอบสนองต่อภาวะขาดออกซิเจนในจอประสาทตา อย่างไรก็ตาม หลอดเลือดที่สร้างขึ้นใหม่มักจะผิดปกติ มีผนังบาง เปราะ และมีแนวโน้มจะแตกหรือรั่วได้ง่าย ส่งผลให้เกิดเลือดออกในวุ้นตา และการเกิดพังผืดที่ยึดติดกับหลอดเลือดใหม่ สามารถดึงรั้งจอประสาทตาจนเกิดการแยกตัว (tractional retinal detachment) ซึ่งหากไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขโดยเร็ว อาจทำให้สูญเสียการมองเห็นถาวรในที่สุด¹² จากแนวทางการวินิจฉัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสามารถแบ่งระยะความรุนแรงได้เป็น 3 ระยะหลัก⁹ ได้แก่

1. Non Diabetic Retinopathy (No DR) – ยังไม่พบพยาธิสภาพที่จอประสาทตา
2. Non-Proliferative Diabetic Retinopathy (NPDR) – พบความผิดปกติของหลอดเลือดโดยไม่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ แบ่งเป็นระยะเริ่มต้น ปานกลาง และรุนแรง
3. Proliferative Diabetic Retinopathy (PDR) – พบการสร้างหลอดเลือดใหม่ (neovascularization) ซึ่งมีลักษณะเปราะ แตกง่าย อาจทำให้เกิดเลือดออกในวุ้นตา (vitreous hemorrhage) และการเกิดพังผืดดึงรั้งจอประสาทตาจนหลุดลอกได้ (tractional retinal detachment) ซึ่งเป็นภาวะที่นำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นถาวร

ความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพกับการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ทั้งนี้ Nutbeam ได้จัดระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy) ซึ่งครอบคลุมทักษะการอ่าน เขียน และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพทั่วไป (2) ความรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในการสื่อสาร และตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพ และ (3) ความรู้ด้านสุขภาพด้านวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นระดับความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเชิงวิพากษ์เพื่อกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมต่อบริบทของตน¹³

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรคและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (diabetic retinopathy) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการมองเห็นในประชากรไทยวัยทำงาน ความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาท

ตา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางตา การตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการตรวจจอประสาทตาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การไม่ขาดนัดคัดกรองสายตา และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพเพื่อขอรับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ ทั้งนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจจอประสาทตาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมีกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน¹⁵

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ที่มีภาวะเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้¹⁶

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (function health literacy/ basic skill and understanding) ในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเริ่มจากการใช้การสื่อสารที่เข้าใจง่าย พยาบาลชุมชนใช้วิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ผ่านแผ่นพับหรืออินโฟกราฟิกเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองจอประสาทตา และการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยสามารถอธิบายภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและผลกระทบต่อการมองเห็นได้ รวมถึงสามารถบอกสัญญาณเตือนของภาวะแทรกซ้อน เช่น การมองเห็นเบลอหรือเห็นภาพซ้อน และรู้ถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ ผู้ป่วยจะสามารถแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive/communication health literacy) เป็นการเลือกใช้ข้อมูล ข่าวสาร รวมไปถึงสามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ด้วยตนเอง เช่น มีทักษะการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วยตนเอง จากการนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ด้วยตนเอง และสามารถส่งต่อข้อมูลให้กับผู้อื่น ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลชุมชนเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดคลินิกกลุ่ม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมตัดสินใจในกระบวนการดูแลตนเองมากขึ้น พวกเขาจะมีพฤติกรรมที่ตัดสินใจดูแลอย่างมีวิจารณญาณ เช่น การแนะนำให้คนในครอบครัวและเพื่อนเข้ารับการตรวจคัดกรอง รวมถึงการให้คำแนะนำในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

3) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิจารณ์ (critical health literacy) เป็นระดับสูงสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการวิเคราะห์ วิพากษ์ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อประกอบการตัดสินใจในบริบทที่ซับซ้อน มีเหตุผล และเหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองและชุมชน ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิจารณ์จะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความสามารถในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีเหตุผล โดยการตั้งคำถามเกี่ยวกับความเสี่ยงจากระดับน้ำตาลที่สูงเกินไปและความถี่ในการตรวจจอประสาทตา พวกเขาจะหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การอ่านบทความทางการแพทย์หรือการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสายตา การตัดสินใจเลือกการตรวจคัดกรองและการรักษาจึงเป็นไปตามข้อมูลที่ได้รับและสถานการณ์ของตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และการทานอาหาร

ที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและการรักษา รวมถึงการแบ่งปันความรู้แก่ผู้อื่น ในชุมชนหรือครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการใช้วิจารณญาณในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีเหตุผล

บทบาทพยาบาลกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ หากมีการส่งเสริมการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญคือ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน พยาบาลชุมชนทำหน้าที่เสมือน "โค้ชสุขภาพ" ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและชุมชนที่สุด โดยไม่เพียงแต่การให้ข้อมูล แต่ยังใช้ทักษะเชิงกระบวนการในการเสริมพลังให้ผู้ป่วยผ่าน 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมิน การใช้งาน และการสื่อสารส่งต่อข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารที่เข้าใจง่าย การสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในฐานะผู้นำด้านสุขภาพที่เข้าใจบริบทท้องถิ่นอย่างลึกซึ้ง

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (access) พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการลดอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และความรู้เท่าทันระบบบริการสุขภาพที่มักเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือห่างไกล พยาบาลต้องทำหน้าที่เชิงรุกในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการตรวจจอประสาทตาได้อย่างทั่วถึง โดยใช้ สมรรถนะในการประเมินความต้องการและช่องทางการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย เช่น การสำรวจและจัดทำ "แผนที่ทรัพยากรสุขภาพตา" ที่ระบุสถานที่บริการตรวจจอประสาทตา ขั้นตอนการรับบริการ สิทธิการรักษา และบริการรถรับ-ส่งสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ พยาบาลยังใช้ สมรรถนะในการจัดหาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย เช่น การจัดทำแผ่นพับที่เข้าใจภาพประกอบอธิบายข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การเยี่ยมบ้านเชิงรุก (proactive home visit) เพื่อให้ข้อมูลช่องทางติดต่อ การตรวจตา เช่น เบอร์โทรศัพท์คลินิกหรือ LINE OA ของหน่วยงานที่สะดวกเข้าถึง รวมทั้งการใช้ สมรรถนะในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น การให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันสุขภาพหรือเว็บไซต์ที่ได้รับการยอมรับจากองค์กรด้านสุขภาพ การดำเนินกิจกรรมเหล่านี้อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางตาจากแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ เช่น โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล หรือเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ และผู้ป่วยยังสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาตามนัดหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy)

2. การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (understand) พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลสามารถใช้ สมรรถนะในการอธิบายโรคและภาวะแทรกซ้อนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น การใช้การอุปมาอุปไมย เช่น การเปรียบเทียบ "น้ำตาลในเลือดที่สูงเหมือนน้ำเชื่อมเหนียว ๆ ที่ไปเกาะและทำลายเส้นเลือดฝอยในตา" เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจผลกระทบของระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงต่อดวงตาของตนเองได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถใช้ สมรรถนะในการสอนและการให้คำปรึกษา (health education & counseling) โดยการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เช่น แผ่นพับสำหรับผู้สูงอายุหรือคลิปวิดีโอใน LINE สำหรับผู้ป่วยวัยทำงาน เพื่อให้ข้อมูลที่

เข้าใจง่ายและเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงของผู้ป่วย สมรรถนะด้านการสื่อสารเชิงวัฒนธรรม (cultural competence) เพื่อปรับข้อมูลให้สอดคล้องกับความเชื่อและบริบทของผู้ป่วย เช่น การปรับรูปแบบการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาและความเข้าใจของผู้ป่วย รวมถึงการใช้ภาษาที่ตรงกับความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม คือ ผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่า เบาหวานส่งผลต่อดวงตาอย่างไร และสามารถเข้าใจคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล การชั่งยา และการตรวจตาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงสามารถตั้งคำถามและแสดงความเข้าใจ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การประเมินข้อมูลสุขภาพ (appraise) พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และการแยกแยะความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้ สมรรถนะในการประเมินความเข้าใจ และทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้ป่วย เช่น การใช้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น เว็บไซต์ของกรมควบคุมโรคหรือโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้ผู้ป่วยแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องจากข้อมูลที่ผิด นอกจากนี้สมรรถนะการให้ข้อมูลเปรียบเทียบทางเลือกในการดูแลรักษา เช่น การอธิบายข้อดีและข้อเสียของการใช้สมุนไพรกับการไปพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกทางเลือกที่ไม่เหมาะสม และใช้สมรรถนะในการประเมินความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน เช่น การใช้สมุนไพรที่กั้นน้ำตาลและผลการตรวจตา เพื่อให้ผู้ป่วยติดตามผลและเชื่อมโยงผลลัพธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรค ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมคือ ผู้ป่วยสามารถแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องกับข้อมูลที่ผิดหรือบิดเบือน และ ประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่น ตาพร่ามัว จุดด่างลอย และสามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพตาของตนเองได้อย่างมีเหตุผล

4. การใช้ข้อมูลสุขภาพ (apply/act) ขั้นตอนนี้พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเปลี่ยนความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไปสู่การกระทำที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเฉพาะการตรวจจอประสาทตาเป็นประจำเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พยาบาลใช้ สมรรถนะในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย เช่น "ภายใน 3 เดือนนี้ เราจะนัดตรวจตาให้ได้" เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสมรรถนะด้านการติดตามต่อเนื่อง (follow-up care) ผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านและปรับแผนสุขภาพรายบุคคลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ สมรรถนะในการใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ในการวางแผนและประเมินผลการดูแล เช่น การใช้แอปพลิเคชันสุขภาพและการประเมินผลการตรวจตาเป็นประจำ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความคืบหน้าในการดูแลสุขภาพตา ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย และการตรวจตาเป็นประจำ และสามารถเข้ารับการรักษาตามนัด เช่น เลเซอร์ผ่าตัดหรือตามคำแนะนำของจักษุแพทย์ ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าสู่ระดับ action-oriented health literacy หรือการใช้ความรู้ด้านสุขภาพในชีวิตจริง

5. การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลสุขภาพ (communicate/share) ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถแสดงออกถึงระดับ empowered health literacy กล่าวคือ มีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ มีความสามารถในการสื่อสารเจตคติที่ดี สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเบาหวานท่านอื่นหันมาเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พยาบาลชุมชนสามารถใช้สมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เช่น การจัดกิจกรรมฝึกอบรมให้ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน โดยใช้ สมรรถนะ

การประสานงานและส่งต่อ (referral system) เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากจักษุแพทย์ หรือทีมเฉพาะทาง นอกจากนี้ และสมรรถนะในการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารอาการ ความกังวล หรือข้อสงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน และสามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลดวงตาแก่ครอบครัว หรือผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น เพื่อสร้างการตระหนักรู้ร่วมกัน ในชุมชน การทำเช่นนี้ช่วยสร้างการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในเชิงรุกและยั่งยืน ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารอาการ ความกังวล หรือข้อสงสัยกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน และสามารถถ่ายทอดความรู้การดูแลดวงตาแก่ครอบครัวหรือผู้ป่วยเบาหวานรายอื่น เพื่อสร้างการตระหนักรู้ในชุมชน ผู้ป่วยที่สามารถถ่ายทอดเช่นนี้ได้ นับว่าเป็นกำลังสำคัญต่อการสร้างการเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเชิงรุกในพื้นที่ ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถพัฒนาเป็นแกนนำสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ การดูแลตนเองดีขึ้น และสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้ป่วยรายอื่นในชุมชนได้จริง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของชุมชนดีขึ้นโดยรวม¹⁷

บทสรุป

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยพยาบาลชุมชน ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน บทบาทของพยาบาลมิได้จำกัดอยู่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ แต่ครอบคลุมถึงการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการพัฒนาระบบสนับสนุนทั้งในระดับครอบครัวและระดับชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินโดยพยาบาลชุมชนควรบูรณาการการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย อสม. ผู้นำชุมชน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น สื่อออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเผยแพร่ความรู้และกระตุ้นการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงวิจารณ์ญาณ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการออกแบบระบบติดตามที่ยั่งยืน และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืน เมื่อพยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติภารกิจดังกล่าวได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาย่อมไม่ใช่เพียงการป้องกันโรค แต่คือการยกระดับคุณภาพชีวิต และเป็นการลงทุนด้านสุขภาพของชุมชนในระยะ

เอกสารอ้างอิง

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes prevalence and treatment from 1990 to 2022: a pooled analysis of 1108 population-representative studies with 141 million participants. *Lancet*. 2024;403:2077-93.
2. Cheung N, Mitchell P, Wong TY. Diabetic retinopathy. *Lancet*. 2010;376:124-36. doi:10.1016/S0140-6736(09)62124-3
3. Lee R, Wong TY, Sabanayagam C. Epidemiology of diabetic retinopathy, diabetic macular edema and related vision loss. *Eye Vis (Lond)*. 2015;2:17. doi:10.1186/s40662-015-0026-2
4. จรุง บุญธกานนท์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(2):341-51.

5. วรัทพร จันทร์ลลิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559;10(2):112-21.
6. สุกนธา น้อยป่า, เกรตา เกรียงนุวัฒน์, รัชชนก โคซากกรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(3):66-78.
7. Kumar G, Velu S, Pardhan S, Sapkota R, Ruamviboonsuk P, Tadarati M, et al. Patient, family member, and health care provider perspective on barriers and facilitators to diabetic retinopathy screening in Thailand: a qualitative study. PLoS One. 2023;18:e0289618. doi:10.1371/journal.pone.0289618
8. พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, สุจิตรา สุกนธทรัพย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันตนาการ. 2563;46(2):68-79.
9. กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Callan A, Heckman J, Tah G, Lopez S, Valdez L, Tsin A. VEGF in diabetic retinopathy and age-related macular degeneration. Int J Mol Sci. 2025;26:4992. doi:10.3390/ijms26114992
11. American Diabetes Association. Retinopathy, neuropathy, and foot care: standards of care in diabetes-2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1):S252-67. doi:10.2337/dc25-S012
12. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2566. <https://thaipedendo.org/wp-content/uploads/2023/08/Clinical-Practice-Guideline-for-Diabetes-2023.pdf>
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
14. สมพร ยิ่งยี่น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(3):15-28.
15. ภัทรพร อมรฤทธิกุล, กฤติกา สมบูรณ์, วิมลรัตน์ วงศ์ปิ่น. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(2):28-41.
16. Rashwan AH, Sayed SA, Abd El Hamed AAF. Health literacy level of patients with diabetic retinopathy: an observational descriptive cross-sectional study. Egypt J Hosp Med. 2024;96(1):2553-7. doi:10.21608/ejhm.2024.368095
17. อมรรัตน์ อารีเอื้อ, วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2565;40(1):129-38.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีราช โดยเรื่องที่ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับ และหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคนรวมถึง สถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร ฯ และสามารถส่งวารสารได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/index>

4. การอ้างอิงวารสารในเนื้อหาและท้ายบท ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านล่าง	1 นิ้ว
ริมขอบกระดาษด้านซ้าย	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านขวา	1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

คำสำคัญ (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)

ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- กรณีศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, วิธีดำเนินการวิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐาน การวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตการวิจัย (ถ้ามี ประกอบด้วย ขอบเขตด้านประชากร ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้าน ระยะเวลาและสถานที่), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการ วิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการ ดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณี ที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพ และตาราง สามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจาก จบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่าน้ำกระดาษที่กำหนดไว้ ได้ภาพประกอบหรือตาราง ให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากชื่อ ภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมี คำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดย การเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์

ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง โดยชื่อหัว ตารางที่ ตัวหนา และชื่อตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 16 point, ตัวธรรมดา เนื้อหาในตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา

การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใช้ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร)

เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภรีใจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
4. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณพล บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.

5. Rosdahl CB. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002; 93-113.
7. กาญจนนา ไชเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินโทโล. การดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย: บทบาททำทนายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี, วรลักษณ์ เลิศธรรม, บัณฑิต พรหมรักษา, ลำไย วงลคร, สุฐิตา เดนพรม, พรทิพย์ ปิ่นล่อ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์ และการด้อยทางด้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract. 2015;5(6):25-30.
12. Wisting L, Bang L, Skrinvanrhaug T. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care 2016;23;4:1-7. doi:10.1136/bmjdr-2016-000203
13. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O'Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics 2002;109:e90. doi: 10.1542/peds.109.6.e90. PubMed PMID: 12042584.
14. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชกิจจานุเบกษา [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
15. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci. [online]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: URL: http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm
17. World Health Organization. Health topics of breastfeeding [online]. 2016 [cited 2016 July 1]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

หมายเหตุ: ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นบทความวารสารซึ่งเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ สามารถปรับลดรายละเอียดของรายการอ้างอิงให้สอดคล้องกับรูปแบบการอ้างอิงตามมาตรฐาน Vancouver โดยไม่จำเป็นต้องระบุคำว่า ออนไลน์ [online], สืบค้นเมื่อ [cite] และ เข้าถึงได้จาก [Available from] ทั้งนี้ให้ระบุที่อยู่เว็บไซต์ (URL) ที่เริ่มต้นด้วย <http://> หรือ <https://> หรือหมายเลข DOI ของบทความ เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงแทน

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

1. ชื่อเรื่อง
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)
ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
3. สิ่งที่ส่งมาด้วย
ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx และหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)
()

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ระยะขอบบน 1.5 นิ้ว หรือ 2.51

ระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว
หรือ 2.51 cm.

ระยะขอบขวา 1 นิ้ว
หรือ 1.81 cm.

องค์ประกอบบทความวิจัย

ชื่อเรื่องไทย ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา

ชื่ออังกฤษ ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา ตัวแรกเป็นตัวใหญ่ (Capitalize)

ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง*, ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง*

ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง*, ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง*

*ชื่อภาษาไทยสถานที่ทำงาน

*ชื่อภาษาอังกฤษสถานที่ทำงาน

ขนาด 14 point ตรงกลาง ตัวบาง

Corresponding author:; Email:

Received:; Revised:; Accepted:

ขนาด 14 point ตรงกลาง

บทคัดย่อ (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

Spacing before 6

เคาะ 1 tab

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

คำสำคัญ: 3-5 คำ (ตัวอักษร ขนาด 14 point)

Abstract (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

Keyword: 3-5 คำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

ขอบเขตการวิจัย

เคาะ 1 tab

ขอบเขตด้านประชากร

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

กรอบแนวคิดการวิจัย (ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)

วิธีดำเนินการวิจัย

เคาะ 1 tab

ชนิดของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มตัวอย่าง

- การคำนวณขนาดตัวอย่าง
- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)
- เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ค่า CVI/ IOC/ Cronbach ไม่ใ้ 0 หน้าที่นิยม เช่น .88
- การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุค่า normality test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

บรรยายตาราง.....ดังแสดงในตารางที่....

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ...

ตัวแปร	\bar{x}	SD	t-test	p-value
ตัวแปร				
ตัวแปร				

* p < .05

- ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test, t-test, Chi-square, Coef.Std. Err ทัศนียม 2 ตำแหน่ง มี 0 หน้าที่นิยม
- ค่า r, B, SE, β , χ^2 , R² ทัศนียม 3 ตำแหน่ง ไม่มี 0 หน้าที่นิยม
- p-value ในบทคัดย่อ ค่า **p-value** เขียนว่า p < .05
 ในตารางส่วนหัว เขียน p-value ระบุค่าจริง เช่น .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า < .001
 ในการบรรยายให้ใช้ p = .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า p < .001

หัวตารางตัวเข้ม
ขนาด 14 point
รายละเอียดใน
ตาราง ขนาด 14
point

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง



สำนักงาน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
99 หมู่ 3 ต. ลาดบัวขาว อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110
โทรศัพท์ 032-330479-82
โทรสาร 032-330483
WEBSITE: WWW.CKR.AC.TH
โรงพยาบาล.พันธ์เพ็ญ
552/1 ถนนนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000