



ACADEMIC JOURNAL
OF NURSING AND PUBLIC HEALTH

AJNP
ISSN XXXX-XXXX (ONLINE)

วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING
AND PUBLIC HEALTH

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2568)



ลิงค์วารสาร : [HTTPS://HE05.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/A_JNP](https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP)



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1

เดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ.2568

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นสื่อกลางระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ อาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจ เพื่อก่อให้เกิดคุณประโยชน์ในการศึกษาเรียนรู้ การดูแลสุขภาพ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการพัฒนาบริบทงาน รวมถึงนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากร

ขอบเขตการรับตีพิมพ์

การรับตีพิมพ์บทความภาษาไทยทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการตามขอบเขต การพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบทางวิชาการ

บทความผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่านต่อบทความที่มีความเชี่ยวชาญตามสาขานั้น ๆ แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

กำหนดการพิมพ์และเผยแพร่

การพิมพ์เผยแพร่แบบออนไลน์ 3 ฉบับต่อปี

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

167 หมู่ 2 ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

โทรศัพท์ 044-815111 ต่อ 5100, 5102

URL: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/A_JNP

ISSN XXXX-XXXX (online)

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์บทความ



ที่ปรึกษาวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.सानนท์ ด้านภักดี อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ประจักษ์ เทิกขุนทด	โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาทิยมาศ	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ฐานิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว	วิทยาลัยนครราชสีมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิปภา ภูมิมาธิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรศม์ ภูงศ์ชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.ธงชัย อามาทย์บัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ดร.ณัฐปคัลภ์ สันวิจิตร	โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ธรณินทร์ คุณแขวน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.อิสระพงศ์ ถนัดคำ	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
นายปัญญารัตน์ วัชรจรัสสิทธิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ

ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพบทความประจำปี

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน พ.ศ.2568

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิปภา ภูมิรักษ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอกภพ จันทร์สุคนธ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา ศรีเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรศม์ ภูงศ์ชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์กร ชัยวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สืบทระกูล ตันตลานุกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกาพรรณ บุญเต็ม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ จันทรมณี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ภารดี บุญเพิ่ม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.ชาตรี แมตลี	มหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์
ดร.เพ็ญพิมพ์ ปันระสี	มหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยกคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.ทนพ.ณัฐปภัศร์ สันวิจิตร	โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
ดร.นงลักษณ์ บุญเยี่ย	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
	เขต 3 นครสวรรค์



บทบรรณาธิการ

เรียน ผู้อ่านบทความทุกท่าน

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข ฉบับปฐมฤกษ์ ประจำปี 2568 ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ.2568 กระผมมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้จัดทำวารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ของบทความวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารฉบับนี้เกิดขึ้นจากความตั้งใจของทีมงาน คณาจารย์ นักวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญในการเผยแพร่ผลงานวิชาการอันมีคุณค่าที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเรียนรู้ การดูแลสุขภาพ การสร้างสรรค์นวัตกรรม การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การพัฒนาบริหารงาน และเป็นสื่อกลางการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากร

วารสารฉบับแรกนี้ ได้รับเกียรติจากนักวิจัยหลายสถาบันส่งบทความวิจัยที่สะท้อนถึงประเด็นทางสุขภาพที่หลากหลายและล้วนเป็นผลงานที่ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดตามมาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่ซึ่งมีบทความวิจัย จำนวน 6 บทความ

ในฐานะบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อผู้เขียนบทความ กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของวารสารฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข จะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ที่เปิดโอกาสให้นักวิจัยทุกท่านได้เผยแพร่องค์ความรู้สู่สังคมเพื่อความก้าวหน้าทางศาสตร์สุขภาพอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส
บรรณาธิการวารสาร



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

- Development for Elderly Dependency Care Model in Primary Care Units, Chaiyaphum Province 1 - 18
การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
Naruemol Sorat นฤมล โสรัจจ์
- Organizational Support Factors Affecting the Quality of Work Life among Personnel at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province 19 - 32
ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
Pantip Tippaart พันทิป ทิพาอศน์
- Causal Factors Influencing Motorcycle Helmet Usage Decisions among Pibulsongkram Rajabhat University Students: A Qualitative Study 33 - 43
ปัจจัยเชิงสาเหตุของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย : การวิจัยเชิงคุณภาพ
Chitsirin Konkong จิตศิริณ ก้อนคง
Nonglak Anuwongpraphan นงลักษณ์ อนวงศ์ประพันธ์
- Effects of a Supportive Group Psychotherapy Program on Depression and Hope Among Patients with Major Depressive Disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry 44 - 59
ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
Yupharat Supo ยุพารัตน์ สุโพธิ์
Somrudee Chumkaew สมฤดี ชุมแก้ว
- The Correlation between Knowledge and Attitudes with Breast Cancer Preventive Behaviors among At-Risk Women in Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province 60 - 70
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
Khomphet Thakudruea คมเพชร ทากุดเรือ
Chanyanuch Tepmahachai ชัยญานุช เทพมหาชัย
Rungrudee Ngiwngam รุ่งฤดี จีวังาม
Methawadee Artpa เมทาวดี อาจปา
Alanya Thawichat อรัญญา ทวีชาติ
Petlada Buriwan เพชรลดา บุรีวัน
Kingnipha Hirunkham กิ่งนิภา หิรัญคำ
Ananya Lalun อณัญญา ลาลูน



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in
Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
Suptawee Hirungerd ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด

71-80

Development for Elderly Dependency Care Model in primary care units, Chaiyaphum Province

Naruemol Sorat¹

¹Chaiyaphum Provincial Health Office, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Dependency in the elderly is a significant problem that affects the quality of life of the elderly and their caregivers. Especially in the context of primary care units with limited resources. Developing appropriate and effective models of care is essential to improve the quality of life of older people and strengthen caregivers and health care systems in the community

Objectives: 1) to study the factors Influencing the care of elderly individuals with dependency in primary care units, 2) developing the Elderly Dependency Care Model, and 3) to study the model's effectiveness.

Methodology: This sequential explanatory mixed-methods study sampled elderly individuals with moderate dependency in primary healthcare settings in Chaiyaphum Province. Data were collected between September 2023 and June 2024 through questionnaires, group discussions, and in-depth interviews. The statistical analyses included descriptive statistics, stepwise multiple linear regression, paired-sample t-tests, independent t-tests, and thematic analysis.

Results: The results showed that: 1) Social support from family and healthcare personnel has a statistically significant influence on the care received by dependent older adults ($p\text{-value} < .01$) and together can predict 22.8% of the variance, 2) the Elderly Dependency care model in primary care unit, Chaiyaphum Province includes the CARE model, consisting of (1) Caregiver support, (2) Assistance, (3) Resource Integration, and (4) Empowerment and 3) after experiment the elderly dependency care model, the experimental group had an average social support, the care of the elderly with high dependency and quality of life was statistically significantly higher than before experimental and the control group ($p\text{-value} < .05$)

Conclusion: This study showed that social support from family members and public health personnel is a critical factor in the care of older adults with dependency. The development of a systematic and comprehensive care model can effectively enhance the quality of life.

Implication: The CARE Model should be implemented in primary care units in other regions to further assess its effectiveness and to support policies aimed at strengthening the role of families and communities in caring for older adults with dependency conditions.

Keywords: Dependency, Elderly, Primary care unit, Quality of life, Social support

Corresponding author: Naruemol Sorat E-mail: namol.sorat@gmail.com

Received: 20 February 2025 **Revised:** 12 March 2025 **Accepted:** 12 March 2025

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

นฤมล โสรจ¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัด การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ดูแลและระบบบริการสุขภาพในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน แบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยทำการศึกษาในระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงมิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ในการทดสอบ คือ สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ stepwise multiple linear regression analysis, paired sample t-test, independent t-test และการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 22.8 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่โมเดล CARE ซึ่งประกอบด้วย C: Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว A: Assistance การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม R: Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ E: Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุผู้ดูแลและครอบครัว และ 3) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปผล: การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญในการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำ CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อื่นเพื่อประเมินประสิทธิผลเพิ่มเติม ตลอดจนสนับสนุนนโยบายที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: ภาวะพึ่งพิง, ผู้สูงอายุ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, คุณภาพชีวิต, แรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และระบบสาธารณสุขที่ช่วยยืดอายุขัยของประชากร ส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2562 มีประชากรสูงอายุทั่วโลกมากกว่า 1 พันล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2023) ในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนั้นแนวโน้มขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 548 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 คาดว่าจะสูงถึง 1.3 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งจะทำให้มีประชากรสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด (เอกพล วงศ์เสรี และคณะ, 2563) ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2576 ถือเป็นความท้าทายใหม่สำหรับศตวรรษที่ 21 (ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565) จากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากยิ่งมีความเสื่อมด้านร่างกายและจิตสังคมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตสังคมไปในทางเสื่อมลงและส่งผลให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมาได้ง่าย เป็นปัจจัยที่ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และความสามารถทางกายลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นภาระที่หนักสำหรับครอบครัวและทีมสุขภาพในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ต้องจัดการให้ได้รับการตอบสนองอย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และเศรษฐกิจ (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566)

สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 232,714 คน เพิ่มขึ้นเป็น 242,663 คน ในปี พ.ศ. 2565 (เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ขาสวรรณ, 2567) และเพิ่มเป็น 438,812 คน ในปี พ.ศ. 2567 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 59,063 สูงเป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพทั่วประเทศ ในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 13,239 คน โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน จำนวน 9,023 คน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างมีภาวะสับสน และอาจมี ปัญหาการกินหรือการขับถ่าย จำนวน 2,611 คน กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 1,605 คน และกลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 596 คน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องการการดูแลต่อเนื่องและระยะยาว (ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความสำคัญมาก เพราะการละเลยไม่เอาใจใส่ดูแลอาจส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตหลายประการ เช่น ความพิการหรือทุพพลภาพ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจ หรือปัญหาด้านสังคม (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566)

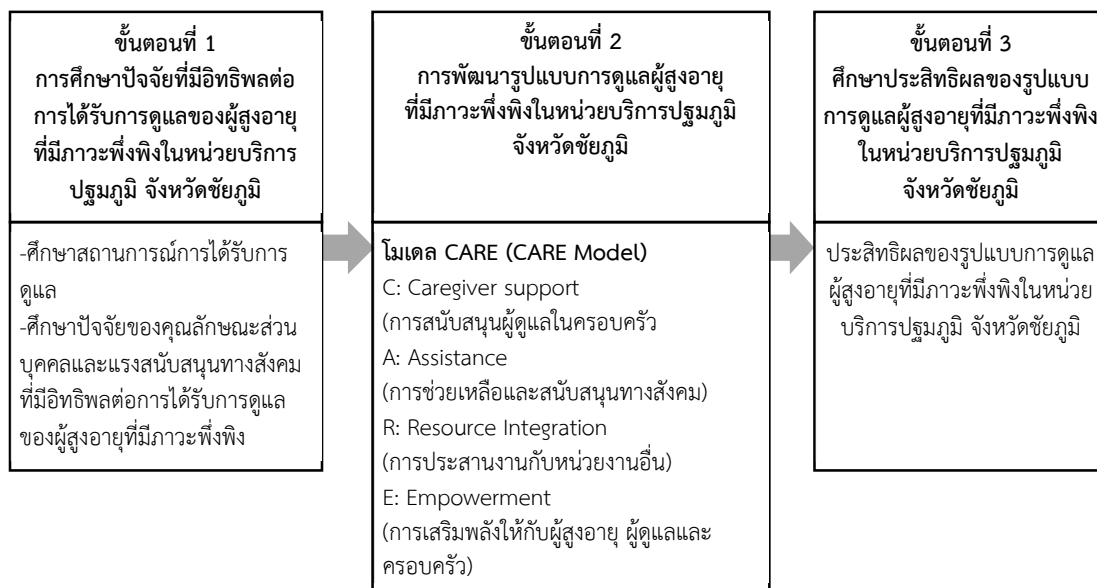
นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทุกมิติ และสอดคล้องกับหลักสากลขององค์การอนามัยโลก โดยให้ความสำคัญกับการดูแลแบบองค์รวม การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ประเสริฐ เก็มประโคน และคณะ, 2565) มีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นกลไกสำคัญ โดยมีทีมดูแลที่ประกอบด้วย ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager: CM) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) และภาคี

เครือข่ายต่าง ๆ ซึ่งร่วมมือกันให้การดูแลแบบองค์รวม ประเมินสุขภาพผ่านแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) และการจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) โดยมีเป้าหมายคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สร้อยศรี วรสาร, 2567) การช่วยเหลือดูแลระยะยาวจากบุคคลภายในครอบครัว และภาคส่วนต่าง ๆ ควรต้องได้รับการสนับสนุนและจัดสรรอย่างครอบคลุมตั้งแต่บริการทางด้านการดูแลรักษาภายในโรงพยาบาลเชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หากผู้ได้รับการส่งเสริมให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การเกิดสุขภาวะที่ดีทุก ๆ ด้านแล้วย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (เนตรนภา พันเล็ก และ กฤติยา ชาสุวรรณ, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ในขณะเดียวกันการดำเนินการที่ผ่านมาอาศัยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะเป็นกลไกหลักในการดูแลช่วยเหลือ ทั้งในลักษณะการประสานหน่วยงานองค์กรเข้าไปช่วยเหลือและการเข้าไปดูแลเองโดยตรง โดยพบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการทำงานในพื้นที่คือรูปแบบการจัดบริการหรือแนวทางวิธีการทำงานที่ไม่ชัดเจน สนองความต้องการได้ไม่ครอบคลุม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชน และขาดความมั่นใจในการทำงาน โดยเฉพาะส่วนของผู้ที่มิพบทบทดูแลผู้สูงอายุทั้งอาสาสมัคร หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อความครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพสังคมเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (อรรณ ศรีเกิน และคณะ, 2562) นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ซึ่งการดูแลระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อเชิงลบต่อผู้ดูแลในหลายด้าน ได้แก่ สุขภาพกายและจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ผู้ดูแลบางรายมีภาวะอ่อนเพลียเรื้อรัง ขาดการดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดความวิตกกังวลจากภาระความรับผิดชอบที่หนักหน่วง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังต้องการการดูแลด้วยการยอมรับและเห็นคุณค่า ต้องการอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง และยังต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (วียะดา รัตนสุวรรณ, 2561) ซึ่งมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคลเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ศน์ ชินดาปัญญากุล, 2561) ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวและเหตุผลจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) แบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory) เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

1.1 รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (cross-sectional study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 13,239 คน (ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 219 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยโปรแกรม G*Power สำหรับสถิติ Multiple linear regression analysis โดยกำหนดค่า Power of test เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญ 0.05 Effect Size เท่ากับ 0.15 จำนวนตัวแปรทำนาย เท่ากับ 15 ตัวแปร (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 199 คน ปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (Missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 219 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง คัดกรองโดย Barthel ADL มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในพื้นที่ขณะเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการทดลอง (Exclusions criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย/โรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลักที่บ้าน จำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

2) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เพื่อคัดกรองและแยกประเภทผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลความหมาย ดังนี้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือ กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)

3) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ โดยใช้มาตราวัดลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง (5 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว

4) แบบสอบถามได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว

แบบสอบถามข้อ 3 และ 4 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับต่ำ (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถาม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องรายข้อ (Index of Objective-item Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach' s Alpha Coefficients) เท่ากับ 0.81 และ 0.78 ตามลำดับ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้ครบถ้วน ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะตัดออก และไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐม ภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ตรวจสอบการกระจายตัวปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และ 3) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัด ชัยภูมิ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยผู้วิจัยจะนำผลข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1

เป็นประเด็นสู่การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พื้นที่สำหรับการศึกษาใช้พื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 การยกร่างรูปแบบและร่างคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน 3 กลุ่ม รวมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน และเจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 คน

2) เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 คน และอุปกรณ์บันทึกเสียงพร้อมสมุดจดบันทึก

3) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและกลุ่มผู้ให้บริการ ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมงโดยประมาณ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2566 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

4) การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) และยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

2.2 การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ให้ผู้เลือกตอบได้เพียงข้อเดียว แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.67-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับต่ำ (1.00-2.33) ตรวจสอบร่างรูปแบบโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน และปรับปรุงร่างรูปแบบตามข้อเสนอแนะ

3. ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

3.1 รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-test, post-test design)

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 120 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 64 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม

จำนวน 32 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 Effect Size=0.8 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันปัญหาการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง คัดกรองโดย Barthel ADL มีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) อยู่ในพื้นที่ขณะเข้าร่วมโครงการและสามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการทดลอง (Exclusions criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ซึ่งประกอบด้วย (1) Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) (3) Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ (4) Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามชุดเดียวกันกับการวิจัยระยะที่ 1 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ (WHO-QOL-BREF) (สุวัฒน์ มหันตนิรันตรกุล และคณะ, 2540) ประเมินพฤติกรรม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อและข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อที่ 2,9,11 ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้เลือกตอบ แปลผลคะแนนโดย คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน) และ คุณภาพชีวิตดี (96-130 คะแนน)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ซึ่งประกอบด้วย (1) Caregiver support การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) (3) Resource Integration การประสานงานกับหน่วยงานอื่น และ (4) Empowerment การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว มีระยะเวลาในการดำเนินการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบเดิม จากนั้นเก็บข้อมูลครั้งที่สองหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม 2567

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) 2) ตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Fisher's exact test 4) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบฯ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test 5) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และ 5) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ 37/2566

ผลการวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 177 คน ร้อยละ 80.82 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี จำนวน 198 คน ร้อยละ 90.41 ($M=62.88, SD=1.51$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 216 คน ร้อยละ 98.63 มีสถานภาพสมรส จำนวน 153 คน ร้อยละ 69.86 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 100 คน ร้อยละ 45.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน จำนวน 138 คน ร้อยละ 63.01 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 165 คน ร้อยละ 75.34 สิทธิการรักษาสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 187 คน ร้อยละ 58.39 มีโรคประจำตัว จำนวน 145 คน ร้อยละ 66.21 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 112 คน ร้อยละ 51.14 รองลงมาได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 94 คน ร้อยละ 42.92 และโรคไตเรื้อรัง จำนวน 72 คน ร้อยละ 32.88 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง 6-10 ปี จำนวน 115 คน ร้อยละ 52.51 ($M=5.63, SD=2.07$) ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 10 ปี มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 89 คน ร้อยละ 40.64 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($Beta=0.336, p\text{-value}<.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ($Beta=0.264, p\text{-value}<.001$) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยตัวแปรทั้งสองร่วมกันพยากรณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 22.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression analysis ($n=219$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	1.080	0.351	-	3.078	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.349	0.064	0.336	5.427	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	0.459	0.107	0.264	4.276	<.001
$R=0.477, R^2=0.228, SEE=0.333, F=31.878 (p\text{-value}<.001)$					

* $p\text{-value}<0.05$, ** $p\text{-value}<0.01$

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

2.1 การยกร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน และการสัมภาษณ์ (In-depth interviews) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 คน สรุปประเด็นได้ดังต่อไปนี้

1) ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มติดบ้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีรายละเอียดชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

2) ส่งเสริมแรงสนับสนุนในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ในโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โมเดล CARE (CARE Model) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) C: Caregiver support (การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว) ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล เช่น การลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

2) A: Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขและทีมสุขภาพประจำครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น

3) R: Resource Integration (การประสานงานกับหน่วยงานอื่น) ประกอบด้วย การประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการดูแลและจัดหาสวัสดิการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

4) E: Empowerment (การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว) ประกอบด้วย การเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ (Confidence & Motivation) การให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น

2.3 การตรวจสอบร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ในประเด็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบพบว่า รูปแบบฯ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ($M=4.44$, $SD=0.49$) และความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ อยู่ในระดับสูง ($M=4.65$, $SD=0.52$)

3. การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน ร้อยละ 84.38 มีอายุเฉลี่ย 63.37 ปี ($SD=2.13$) อายุน้อยสุด 60 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 32 คน ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส จำนวน 23 คน ร้อยละ 71.88 ระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 17 คน ร้อยละ 53.13 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน จำนวน 21 คน ร้อยละ 65.63 รายได้เฉลี่ยไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 24 คน ร้อยละ 75.00 สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 28 คน ร้อยละ 87.50 มีโรคประจำตัว จำนวน 22 คน ร้อยละ 68.75 ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 5.03 ปี ($SD=1.94$) ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 9 ปี และคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 15 คน ร้อยละ 46.88 ตามลำดับ การเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3.2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.23 (0.26)	3.18 (0.19)	0.05	-0.06-0.16	0.825	.413
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.28 (0.27)	3.21 (0.25)	0.07	-0.05-0.19	1.093	.279
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.20 (0.35)	3.24 (0.31)	-0.04	-0.20-0.12	-0.470	.640
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข	3.24 (0.27)	3.17 (0.31)	0.07	-0.07-0.21	0.979	.331
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3.22 (0.36)	3.19 (0.29)	0.03	-0.13-0.19	0.383	.703
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.21 (0.23)	3.11 (0.27)	0.10	-0.04-0.25	1.348	.183
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.63 (0.38)	3.58 (0.27)	0.05	-0.10-0.19	0.621	.537
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.66 (3.82)	71.53 (4.26)	-0.03	-2.09-2.035	-0.030	.976
ด้านสุขภาพกาย	19.16 (1.57)	19.22 (1.66)	-0.06	-0.87-0.74	-0.155	.877
ด้านจิตใจ	15.22 (1.79)	17.56 (1.39)	-0.50	-1.38-0.38	-1.131	.262
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.47 (1.29)	8.38 (1.41)	0.09	-0.58-0.77	0.277	.783
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.75 (1.92)	21.44 (.98)	0.31	-0.66-1.28	0.641	.524

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

3.3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงสนับสนุนจากสื่อ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) และ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired sample t-test (n=32)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง M (SD)	หลังทดลอง M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.23 (0.26)	3.8 (0.16)	0.57	0.47-0.67	11.713**	<.001
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.28 (0.27)	4.09 (0.36)	0.81	0.65-0.97	10.447**	<.001
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.20 (0.35)	3.63 (0.43)	0.42	0.26-0.59	5.190**	<.001
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข	3.24 (0.27)	3.98 (0.41)	0.73	0.60-0.87	10.764**	<.001
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3.22 (0.36)	3.54 (0.30)	0.32	0.11-0.53	3.128**	.004
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.21 (0.23)	3.77 (0.38)	0.55	0.37-0.73	6.289**	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.63 (0.38)	3.94 (0.31)	0.31	0.14-0.49	3.602**	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.66 (3.82)	81.28 (3.85)	9.78	7.55-12.01	8.940**	<.001
ด้านสุขภาพกาย	19.16 (1.57)	20.09 (1.82)	0.94	0.12-1.75	2.350*	.025
ด้านจิตใจ	15.22 (1.79)	20.59 (1.41)	3.53	2.70-4.37	8.633**	<.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.47 (1.29)	9.19 (1.00)	0.72	0.12-1.31	2.463*	.020
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.75 (1.92)	24.78 (2.27)	3.03	1.85-4.22	5.216**	<.001
กลุ่มควบคุม						
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.18 (0.19)	3.22 (0.13)	0.03	-0.06 - 0.13	0.725	.474
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.21 (0.25)	3.25 (0.23)	0.04	-0.1 - 0.18	0.571	.572
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.24 (0.31)	3.16 (0.21)	-0.08	-0.21 - 0.05	-1.204	.238
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข	3.17 (0.31)	3.18 (0.18)	0.01	-0.14 - 0.15	0.111	.913
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.19 (0.29)	3.25 (0.22)	0.06	-0.09 - 0.22	0.830	.413
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.11 (0.27)	3.24 (0.27)	0.13	-0.02 - 0.28	1.826	.077
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.58 (0.27)	3.53 (0.34)	0.07	-0.08 - 0.22	0.891	.380
คุณภาพชีวิตโดยรวม	71.53 (4.26)	72.69 (3.20)	1.16	-0.38 - 2.69	1.533	.135
ด้านสุขภาพกาย	19.22 (1.66)	19.25 (1.22)	0.03	-0.73 - 0.79	0.084	.934
ด้านจิตใจ	17.56 (1.39)	18.03 (1.71)	0.47	-0.34 - 1.28	1.182	.246
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.38 (1.41)	8.47 (1.16)	0.09	-0.44 - 0.62	0.361	.720
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.44 (.98)	21.88 (1.43)	0.44	-0.45 - 1.33	1.005	.323

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

3.4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแรงสนับสนุนจากสื่อ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ค่าเฉลี่ยการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=32) และกลุ่มควบคุม (n=32) ในระยะหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.80 (0.16)	3.22 (0.13)	0.58	0.51-0.66	15.959**	<.001
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	4.09 (0.36)	3.25 (0.23)	0.84	0.69-0.99	11.113**	<.001
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	3.63 (0.43)	3.16 (0.21)	0.46	0.29-0.63	5.458**	<.001

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	Mean diff.	95% CI	t	p-value
แรงสนับสนุนจากบุคลากรทาง สาธารณสุข	3.98 (0.41)	3.18 (0.18)	0.80	0.64-0.95	10.080**	<.001
แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น	3.54 (0.30)	3.25 (0.22)	0.29	0.16-0.42	4.409**	<.001
แรงสนับสนุนจากสื่อ	3.77 (0.38)	3.24 (0.27)	0.52	0.36-0.69	6.440**	<.001
การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง	3.94 (0.31)	3.53 (0.34)	0.29	0.13-0.46	3.574**	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.28 (3.85)	72.69 (3.20)	8.59	6.82-10.36	9.708**	<.001
ด้านสุขภาพกาย	20.09 (1.82)	19.25 (1.22)	0.84	0.07-1.62	2.179*	.033
ด้านจิตใจ	20.59 (1.41)	18.03 (1.71)	2.56	1.78-3.35	6.532**	<.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.19 (1.00)	8.47 (1.16)	0.72	0.18-1.26	2.652*	.010
ด้านสิ่งแวดล้อม	24.78 (2.27)	21.88 (1.43)	2.91	1.96-3.85	6.130**	<.001

*p-value<.05, **p-value<.01, 95% CI=95% Confidence Interval

อภิปรายผล

1. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

การศึกษาในครั้งนี้ได้ข้อค้นพบที่สำคัญโดยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ร้อยละ 22.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนายุส คำโสม และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่าปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทราวรรณ แก้วดุก และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง ที่พบว่า ปัจจัยระดับความรู้ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากองค์กรและสังคม มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพัทลุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่บ้าน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในฐานะลูกหลาน โดยรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่องทุกวัน (วิยะดา รัตนสุวรรณ, 2561) ซึ่งการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ประกอบกับพื้นที่จังหวัดชัยภูมิมีความเป็นสังคมชนบท มีลักษณะครอบครัวขยายเป็นเครือญาติกัน คนในชุมชนมีความเอื้ออาทรต่อกัน และเพศหญิงจะมีความละเอียดดีกว่าเพศชาย ทำให้ความใส่ใจการสนับสนุนคอยช่วยเหลือและส่งเสริมการดูแลของผู้สูงอายุได้ดี (ชนายุส คำโสม และคณะ, 2561) และจากการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตามบทบาทและเหมาะสม (ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริไฉซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2566) นอกจากนี้หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการดูแลที่บ้าน เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การดูแลสุขอนามัย การจัดการยา การทำแผล และกายภาพบำบัด ตลอดจนการปรับสภาพแวดล้อมซึ่งช่วยทำให้เกิดความพึงพอใจและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การให้บริการที่ตรงกับความต้องการย่อมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสุวรรณ, 2567)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ตามโมเดล CARE (CARE Model) ประกอบด้วย 1) Caregiver support (การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว) ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) การสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ดูแล เช่น การลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า การจัดกลุ่มสนับสนุน (Support Group) สำหรับผู้ดูแลเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) Assistance (การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม) ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขและทีมสุขภาพประจำครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การจัดหาสิ่งสนับสนุนด้านสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น 3) Resource Integration (การประสานงานกับหน่วยงานอื่น) ประกอบด้วย การประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการดูแลและจัดหาสวัสดิการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ 4) Empowerment (การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว) ประกอบด้วย การเสริมสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจ (Confidence & Motivation) การให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นต้น โดยพบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver support) การช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม (Assistance) และ การประสานงานกับหน่วยงานอื่น (Resource Integration) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภาพ เมืองขึ้น และมนัสกรณัฏ์ พิชัยจุฬพล (2567) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จังหวัดพะเยา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาเรียกว่า SKILL model ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนทางสังคม 2) ความเมตตาในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3) การบูรณาการงานร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน 4) การประเมินและประสานเรื่องที่อยู่อาศัยเพื่อส่งเสริมในเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสุขภาพปลอดภัยมั่นคง และ 5) การเรียนรู้ฟื้นฟูทักษะของผู้ดูแล และองค์ประกอบ การเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว (Empowerment) สอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ (2567) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคปกติวิถีใหม่ พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม และ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการความเครียดของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและจากบุคลากรทางสาธารณสุข มีการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมมือกับบุคลากรในทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายองค์กรในชุมชน ส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม (ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิรินทร์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ได้สรุปว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของระบบการดูแลระยะยาว คือการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีความต่อเนื่องเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมการเสริมพลังให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งช่วยทำให้เกิดการรับรู้ปัญหาและการกำหนดแนวทางแก้ไขร่วมกัน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ตามสถานการณ์จริง กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ปัญหา การสะท้อนคิด และการพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ นำไปสู่ประสิทธิผลที่ดี (เนตรนภา กาบมณี และคณะ, 2567)

3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัว ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนด้านจิตใจ มีการจัดกลุ่มสนับสนุนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขในการให้คำปรึกษา พร้อมทั้งมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการจัดหาสนับสนุนสิ่งของและอุปกรณ์ที่จำเป็น ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเมื่อมีการดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการสนับสนุน มีความสนใจด้านสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ พยายามพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด จึงทำให้การได้รับการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมอยู่ในระดับสูงตามมา (เบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ, 2566; สุกฤตทา ศรีณะพรม, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุหลัน สุขเกษม และคณะ (2565) ศึกษาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลองคะแนนด้านความรู้ ทักษะชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุฯ ของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุฯ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกฤตทา ศรีณะพรม (2567) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคล่อง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าหลังการทดลองระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น (เบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ, 2566; กิตติวงศ์สาสวด, 2560) นอกจากนี้การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้นำชุมชนหรือผู้นำองค์กรท้องถิ่นคอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการทางสังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย จัดเป็นการดูแลสุขภาพที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ถูกละเลยหรือถูกทอดทิ้ง อีกทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alonso et al. (2022) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม และเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 84.80 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้มีบทบาทหลักและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม ทั้งนี้เพราะแรงสนับสนุนและความร่วมมือจากครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความยั่งยืนได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่อง

1.2 ควรมีการนำ CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลในบริบทที่หลากหลาย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) ร่วมกับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ%20พ.ศ.%202564.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบข้อมูลบุคลากรการดูแลระยะยาวและแผนการดูแลรายบุคคล (Long Term Care : 3C)*. <https://ltc.anamai.moph.go.th/>
- กิตติวงศ์ สาสด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-38.
- จันทราวรรณ แก้วดุก, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 10(3), e258719.
- ชนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกะปิ่น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(2), 293-207.
- ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, อังศินันท์ อินทรกำแหง และยศพล เหลืองโสมนภา. (2566). ทีมสหวิชาชีพกับการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 262-274.
- ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย และศิริพันธ์ สาสดี. (2561). ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 231-240.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริอร ข้อยุ่น และสุภารัตน์ พิสัยพันธุ์. (2567). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคปกติวิถีใหม่. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 27(3), 57-69.

- เนตรนภา พันเล็ก และกฤติยา ชาสวรรณ. (2567). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพรั่งบุรี*, 7(2), 21-33
- บุหลัน สุขเกษม, มลฤทัย ทองพิละ และศรียา ศิริปรุ. (2565). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีส่วนร่วมของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ*, 1(1), 71-83.
- เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุนธธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2566). การให้บริการดูแลระยะยาว และการสนับสนุนทางสังคมที่มี ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(2), S296-S309.
- ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 140-155.
- พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209-219.
- ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมทรรคน*, 22(3), 63-80.
- ศศินันท์ สายแวว และวราภรณ์ พรหมสัตยพรต. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197-212.
- ศิริประภา หล้าสิงห์, สุมัทนา กลางคาร และศิรินาถ ตงศิริ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 29-40.
- ศิวพร ชุ่มเย็น และศิริวิไล วรรณวิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158-171.
- สุกฤทธา ศรีณะพรหม. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข*, 2(1), 117-128.
- สุวัฒน์ มั่นนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. รายงานวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภาพ เมืองชื่น และมนัสกรณ พิชัยจุพล. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จังหวัดพะเยา. *เชียงใหม่เวชสาร*, 16(3), 143-154.
- สร้อยศรี วรสาร. (2567). การพัฒนาการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ตำบลนาคู อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 281-295
- วิยะดา รัตนสุวรรณ. (2561). จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : มุมมองที่แตกต่าง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 19(3), 14-24.
- อรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง และพรรณนิภา ไชยรัตน์. (2562). การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 39-54.

เอกพล วงศ์เสรี, กมลวรรณ กิตติอุดมรัตน์, จิรวัดน์ ทิพย์รส, เฉลิมพร วรพันธ์กิจ และพรรณวดี กิตติอุดมรัตน์. (2563). ยุทธศาสตร์การเตรียมผู้สูงอายุให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 40(6), 74-91

Alonso, M. A. M., Barajas, M. E. S., Ordóñez, J. A. G., Ávila Alpirez, H., Fhon, J. R. S., & Duran-Badillo, T. (2022). Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 56, e20210482. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482en>

Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.

World Health Organization [WHO]. (2023). *Thailand's leadership and innovations Towards healthy ageing*. <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>

Organizational Support Factors Affecting the Quality of Work Life among Personnel at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province

Pantip Tippaart¹

¹Khonsawan Hospital, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Establishing quality in work life is essential and significant; human resources are the primary resource that adds value to other resources. Supportive working conditions facilitate achieving organizational goals and objectives, thereby generating benefits for the organization. Specifically, organizational support across essential areas has a significant impact on the quality of work life.

Objectives: This study aimed to 1) examine the organizational support provided to personnel at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province, 2) assess the quality of work life among hospital personnel, and 3) study organizational support factors influencing the quality of work life among personnel at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province.

Methodology: Predictive correlational research was conducted with a population of 163 personnel at Khonsawan Hospital. Data were collected by assessing organizational support and quality of work life, which had content validity with item-objective congruence (IOC) of 0.67-1.00 and reliability coefficients of 0.78 and 0.84, respectively. Data were collected between May and August 2024. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis were used in data analysis.

Results: The results showed that: 1) the overall level of organizational support was high ($M=4.17$, $SD=0.51$), 2) the overall quality of working life was high ($M=3.99$, $SD=0.57$), and 3) Organizational support factors significantly influencing the quality of work life included budget support ($Beta=0.172$, $p\text{-value}=0.034$), personnel support ($Beta=0.419$, $p\text{-value}<0.001$), and technology support ($Beta=0.387$, $p\text{-value}<0.001$). These factors accounted for 71.20 percent of the variance in the quality of work life of personnel.

Conclusion: This research revealed that budget support, personnel support, and technology support were the factors that influence the quality of personnel's work life.

Implication: Organizations should provide appropriate and sufficient support in personnel, technology, and budget to meet staff needs. These findings may guide policy development to promote and enhance the quality of work life at Khonsawan Hospital.

Keywords: Hospital, Organization, Quality of work life

Corresponding author: Pantip Tippaart E-mail: tipaht@gmail.com

Received: 27 February 2025 Revised: 7 April 2025 Accepted: 21 April 2025

ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

พันทิป ทิพาสน์¹

¹โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญ เพราะจะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านต่าง ๆ ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ และ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคลากรของโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จำนวน 163 คน ด้วยวิธีการเก็บทั้งหมด เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน ซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาารายข้อ ระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่า 1) การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.17$, $SD=0.51$) 2) คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.99$, $SD=0.57$) 3) ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ ($Beta=0.172$, $p\text{-value}=0.034$) ปัจจัยด้านบุคลากร ($Beta=0.419$, $p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยด้านเทคโนโลยี ($Beta=0.387$, $p\text{-value}<0.001$) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรได้ร้อยละ 71.20

สรุปผล: การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ: องค์กรควรสนับสนุนปัจจัยด้านบุคลากร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านงบประมาณ ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของบุคลากร ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากร และนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดนโยบายขององค์กร เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โรงพยาบาล, องค์กร, คุณภาพชีวิตการทำงาน

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: พันทิป ทิพาสน์ อีเมล: tipaht@gmail.com

วันที่รับ: 27 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 7 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับ: 21 เมษายน 2568

บทนำ

ในยุคของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจสังคมและเทคโนโลยี บริบทของการทำงานในโลกยุค “VUCA” ที่มีความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) ภายใต้การเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนเข้าสู่สังคมเศรษฐกิจดิจิทัลอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบราชการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการพัฒนาและบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ภาครัฐให้มีคุณภาพและศักยภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2567) การเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรไม่อาจพึ่งพาเพียงเทคโนโลยีหรือกระบวนการทำงานเท่านั้น หากแต่ต้องพึ่งพาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคบริการสาธารณสุขซึ่งมีโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยบุคลากรทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สนับสนุน ล้วนเป็นกำลังสำคัญที่มีส่วนในการขับเคลื่อนภารกิจขององค์กรให้บรรลุตามเป้าหมาย บุคลากรในโรงพยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันและข้อจำกัดที่หลากหลาย เช่น เวลาการทำงานที่ไม่แน่นอน ภาวะขาดแคลนกำลังคน รวมถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว (Lu et al., 2005)

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of work life) เป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนถึงการให้คุณค่าทรัพยากรมนุษย์ในฐานะทรัพยากรหลักขององค์กร เป็นระดับความพึงพอใจของพนักงานต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานในภาพรวม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน (ประจักษ์ บัวผัน, 2558) สำหรับสถานพยาบาลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมในสถานพยาบาลซึ่งควรส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีควบคู่กันไป เพื่อลดภาวะความเหนื่อยล้า ความเครียด และภาวะหมดไฟในการทำงาน (WHO, 2010) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับพื้นที่ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องปฏิบัติงานในลักษณะครอบคลุมหลายหน้าที่ ทั้งงานบริการผู้ป่วย งานบริหาร และการสนับสนุนสุขภาพชุมชน ซึ่งมักดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดของกำลังคนและภาระงานที่สูง ส่งผลให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และภาวะหมดไฟในการทำงานได้ง่าย องค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม โอกาสในการเติบโตทางวิชาชีพ การสนับสนุนด้านจิตใจ และความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน (Nantsupawat et al., 2017) จากแนวคิดของ Walton (1973) องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานครอบคลุม 8 ด้าน ได้แก่ ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและเหมาะสม การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว การพัฒนาองค์กรที่มีมนุษยธรรม และการส่งเสริมคุณค่าของชีวิตในการทำงาน (ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม และชนะพล ศรีฤทธา, 2562) การทำงานเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยการสนับสนุนจากองค์กรและการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเหมาะสม มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี (ณฐกร โสภานันท์, 2560) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Almalki et al., 2012)

โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ (F2.1) ขนาดเตียงนอน 30 เตียง ให้บริการประชาชนในพื้นที่อำเภอคอนสวรรค์และอำเภอใกล้เคียง รับผิดชอบประชากร 52,531 คน โดยสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนประชากร พบว่า แพทย์ อัตราส่วน 1:25,266 คน ทันตแพทย์ อัตราส่วน 1:13,638 คน เภสัชกร อัตราส่วน 1:10,106 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1:953 คน นอกจากนี้ผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลังในปี 2564-2566 พบว่ามีการให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน เท่ากับ 350 คน 490 คน และ

348 คน ตามลำดับ ในส่วนของจำนวนผู้ป่วยใน พบว่ามีจำนวน 2,626 คน 3,368 คน และ 2,572 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลคอนสวรรค์, 2567) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงอัตราการจ้างบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อเกณฑ์มาตรฐานในทุกสาขา โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรองรับภาระงานจำนวนมากภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การที่จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอจะทำให้บุคลากรที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระงานที่สูงเกินไป ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน และลดความพึงพอใจในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพจากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อกระบวนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดหลากหลาย ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ประกอบการกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยโดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้นำแนวคิดการสนับสนุนจากองค์กรของประจักษ์ บัวผัน (2558) และแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton (1973) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยเชื่อว่าการสนับสนุนจากองค์กร ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านการบริหารจัดการ 5) ด้านเวลา 6) ด้านเทคโนโลยี มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ดังนี้ 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) สิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย 3) การพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน 5) การบูรณาการด้านสังคม 6) การสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร 7) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ และ 8) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 176 คน ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งหมดจากบุคลากร โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 2) มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) วันที่เก็บข้อมูลไม่ได้มาปฏิบัติงาน 2) มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์และเก็บข้อมูลได้ จำนวน 163 คน และไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.38

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ตำแหน่งปัจจุบัน การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของประจักษ์ บัวผัน (2558) จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้ 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Walton (1973) จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน ด้านการบูรณาการด้านสังคม ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ และด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน แต่ละข้อเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด กำหนดคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย (Best, 1977) ดังนี้ 3.67-5.00 หมายถึง ระดับสูง 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์กรและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เพื่อให้ความเห็นชอบ ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Objective-item Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Tryout) กับบุคลากรโรงพยาบาลบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เลขที่ HE 67-35 เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2567 หมดอายุรับรองวันที่ 1 เมษายน 2568

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2567 ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 2 เดือน โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ และเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำการเก็บข้อมูลโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มงานหรือแผนกต่าง ๆ เพื่อขอเก็บข้อมูลโดยอธิบายโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงแจ้งว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และขอความยินยอมลงลายมือชื่อเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที จนครบจำนวน และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะตัดออกและไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การสนับสนุนจากองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดขนาดความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของบาร์ทซ์ (Bartz, 1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r=0.81-1.00$) ความสัมพันธ์กันสูง ($r=0.60-0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=0.40-0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.20-0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r=0.01-0.19$)
4. การวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression analysis) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรทำนายและตัวแปรตามที่เป็นค่าต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (multicollinearity) โดยมี Variance inflation factor (VIF) น้อยกว่า 10 และมีค่า Tolerance เข้าใกล้ 1 และ 4) ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายพบว่ามีค่าคงที่ (homoscedasticity) 5) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.916

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผลการวิจัยจากการเก็บข้อมูล จำนวน 163 คน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.14 อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 31.29 ($M=39.33$, $SD=11.08$) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.83 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.71 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.13 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 37.42 ($M=31,850.43$, $SD=22,908.07$) รายได้ต่ำสุด 8,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 120,000 บาท/เดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-10 ปี ร้อยละ 55.21 ($M=13.60$, $SD=11.21$) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประชากรจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=163)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	20.86
หญิง	129	79.14
อายุ		
21-30 ปี	51	31.29
31-40 ปี	43	26.38
41-50 ปี	28	17.18
51-60 ปี	41	25.15
(M=39.33, SD=11.08, Min=22, Max=60)		
สถานภาพ		
โสด	63	38.65
สมรส	91	55.83
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	5.52
การศึกษาสูงสุด		
มัธยมศึกษา	31	19.02
อนุปริญญา	15	9.20
ปริญญาตรี	112	68.71
ปริญญาโท	5	3.07
ตำแหน่งปัจจุบัน		
แพทย์/ทันตแพทย์	11	6.75
เภสัชกร	5	3.07
เทคนิคการแพทย์	1	0.61
พยาบาลวิชาชีพ	54	33.13
กายภาพบำบัด	7	4.29
นักวิชาการสาธารณสุข	3	1.84
แพทย์แผนไทย	24	14.72
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	16	9.82
อื่น ๆ	42	25.77
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 15,000 บาท	61	37.42
15,001-30,000 บาท	43	26.38
30,001-45,000 บาท	14	8.59
45,001 บาทขึ้นไป	45	27.61
(M=31,850.43, SD=22,908.07, Min=8,000, Max=120,000)		
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1-10 ปี	90	55.21
11-20 ปี	24	14.72
21-30 ปี	31	19.02
30 ปีขึ้นไป	18	11.04
(M=13.60, SD=11.21, Min=1, Max=36)		

2. การสนับสนุนจากองค์กร

การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.17$, $SD=0.51$) ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านงบประมาณ ($M=4.23$, $SD=0.55$) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($M=4.21$, $SD=0.57$) และด้านบุคลากร ($M=4.16$, $SD=0.55$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านเทคโนโลยี ($M=4.13$, $SD=0.63$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=163)

การสนับสนุนจากองค์กร	M	SD	ระดับ
ด้านบุคลากร	4.16	0.55	สูง
ด้านงบประมาณ	4.23	0.55	สูง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	4.21	0.57	สูง
ด้านการบริหารจัดการ	4.14	0.55	สูง
ด้านเวลา	4.15	0.66	สูง
ด้านเทคโนโลยี	4.13	0.63	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรโดยรวม	4.17	0.51	สูง

3. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.99$, $SD=0.57$) ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน ($M=4.24$, $SD=0.52$) รองลงมาคือ ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร ($M=4.19$, $SD=0.58$) และ ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ ($M=4.08$, $SD=0.63$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($M=3.58$, $SD=0.93$) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=163)

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร	M	SD	ระดับ
ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.58	0.93	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย	3.94	0.72	สูง
ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล	4.00	0.65	สูง
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน	3.96	0.76	สูง
ด้านการบูรณาการด้านสังคม	3.97	0.67	สูง
ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร	4.19	0.58	สูง
ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ	4.08	0.63	สูง
ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน	4.24	0.52	สูง
คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยรวม	3.99	0.57	สูง

4. ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร

ผลการศึกษาปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ($r=720$, $p\text{-value}<.001$) ด้านงบประมาณ ($r=753$, $p\text{-value}<.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r=658$, $p\text{-value}<.001$) ด้านการบริหารจัดการ ($r=714$, $p\text{-value}<.001$) ด้านเวลา ($r=729$, $p\text{-value}<.001$) และด้านเทคโนโลยี ($r=725$, $p\text{-value}<.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=163)

การสนับสนุนจากองค์กร	คุณภาพชีวิตการทำงาน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร (X ₁)	0.720**	<.001	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ (X ₂)	0.753**	<.001	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ (X ₃)	0.658**	<.001	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ (X ₄)	0.714**	<.001	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรด้านเวลา (X ₅)	0.729**	<.001	สูง
การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี (X ₆)	0.725**	<.001	สูง

**p-value<.001, r=Pearson's product correlation coefficient

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร (Beta=0.419, p<0.001) ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี (Beta=0.387, p<0.001) และปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ (Beta=0.172, p=0.034) มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทั้งสามปัจจัยรวมกัน พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ได้ร้อยละ 71.2 (F=130.721, p-value<.001) รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ (n=163)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SEB	Beta	t	p-value
การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร (X ₁)	0.433	0.059	0.419	7.357**	<.001
การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี (X ₆)	0.351	0.063	0.387	5.597**	<.001
การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ (X ₂)	0.178	0.083	0.172	2.134*	.034
Constant=-0.006, SEE=0.311, F=130.721 (p-value<.001), R=0.844, R ² =0.712					

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

จากผลการศึกษาสามารถเขียนเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร = -0.006 + 0.433(การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร) + 0.351(การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี) + 0.178(การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ)

การอภิปรายผล

การสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีระดับการสนับสนุนจากองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.17, SD=0.51) และมีการสนับสนุนจากองค์กรในรายด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านเวลา และด้านเทคโนโลยี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริหารจัดการองค์กรของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สามารถสนับสนุนปัจจัยที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม ทำให้บุคลากรรับรู้ถึงความใส่ใจขององค์กรในความต้องการของบุคลากร โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน

ของบุคลากรทั้งในด้านทรัพยากรที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์และเทคโนโลยี รวมถึงการบริหารเวลา การดูแลด้านงบประมาณ และการสนับสนุนด้านบุคลากร (Eisenberger et al., 1986) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ และคณะ (2564) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าระดับการสนับสนุนจากองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.97$, $SD=0.52$) และมีค่าเฉลี่ยรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพันธ์ทิพย์ อุดมวงศ์ และชนะพล ศรีฤๅชา (2558) ที่ศึกษาการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.68$, $SD=0.58$) และมีค่าเฉลี่ยรายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์พบว่า มีคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.99$, $SD=0.57$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลมีการวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างเป็นระบบ และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนบุคลากรในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคม และมีการสนับสนุนจากองค์กรระดับสูงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชุมชน ด้านการสร้างกฎเกณฑ์ในองค์กร ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ ด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ด้านการบูรณาการด้านสังคม ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในการทำงาน และด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรและการบริหารทรัพยากรบุคคลอย่างเหมาะสม มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี (ณัฐกร โสภานันท์, 2560) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ วิถี หัสจรรย์ (2563) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของ บุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.50$, $SD=0.38$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ และคณะ (2564) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.97$, $SD=0.52$)

ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากร ($Beta=0.419$) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี ($Beta=0.387$) และปัจจัยด้านงบประมาณ ($Beta=0.172$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร โดยทั้งสามปัจจัยร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ได้ร้อยละ 71.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ($Beta=0.419$, $p\text{-value}<.001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน การพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน การเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีระบบที่เลี้ยง และได้รับความเคารพ การยอมรับและสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคง ความพึงพอใจ และแรงจูงใจในการทำงาน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความเครียดในการทำงาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตสุภาภักดิ์ ทิพย์เที่ยงแท้ และคณะ (2564) ที่ศึกษาการบริหาร

ทรัพยากรบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงาน ความมุ่งมั่นและพลังขับเคลื่อนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า การบริหารทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r=0.66$, $p\text{-value}<0.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ และ ประจักษ์ บัวผัน (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งพบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการกระบวนการบริหาร ($\text{Beta}=0.308$, $p\text{-value}<.001$) ปัจจัยบรรยากาศองค์การด้านการให้รางวัล ($\text{Beta}=0.288$, $p\text{-value}<.001$) ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน ($\text{Beta}=0.240$, $p\text{-value}=.002$) และปัจจัยบรรยากาศองค์การด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($\text{Beta}=0.175$, $p\text{-value}=.004$) สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 ได้ร้อยละ 76.4

การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี ($\text{Beta}=0.387$, $p\text{-value}<.001$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการได้รับการสนับสนุนเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการทำงาน ช่วยลดเวลาและภาระงาน ทำให้บุคลากรสามารถทำงานได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น ช่วยให้บุคลากรมีความสุขกับการทำงานมากขึ้น นอกจากนี้เทคโนโลยียังช่วยเพิ่มโอกาสในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ ส่งเสริมให้บุคลากรพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ ๆ เปิดโอกาสให้พนักงานได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางด้านเทคโนโลยีข้างต้น ส่งผลกระทบที่สอดคล้องกับมิติด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ และมิติด้านการพัฒนาความสามารถของบุคคล ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton (1973) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ บุชา แสงสุวรรณ และคณะ (2566) ที่ศึกษาบรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านการบริหารจัดการ ($\text{Beta}=0.416$, $p\text{-value}<.001$) ปัจจัยการบริหารด้านบุคลากร ($\text{Beta}=0.184$, $p\text{-value}=.038$) ปัจจัยการบริหารด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ($\text{Beta}=0.194$, $p\text{-value}=.005$) และบรรยากาศองค์การด้านมิติความอบอุ่น ($\text{Beta}=0.181$, $p\text{-value}<.041$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณ ($\text{Beta}=0.172$, $p\text{-value}=.034$) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งอาจเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาและรักษาระดับคุณภาพชีวิตของบุคลากรให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างเหมาะสมและเพียงพอจึงเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของระบบการจัดการองค์การที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสนับสนุนสวัสดิการ รวมถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความพึงพอใจ ความยุติธรรมในองค์กรและการรับรู้ความมั่นคงและโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพอันเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงาน (Walton, 1973; Sirgy et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิถี หัสจรรย์ (2563) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r=0.391$, $p\text{-value}<0.001$) และการศึกษาของ นาทยา คำเสนา และคณะ (2563) ที่ศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ($r=0.595$, $p\text{-value}<0.001$) เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติพงษ์ บัวติก (2566) ศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ (Beta=0.292, p-value<.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านเทคโนโลยี (Beta=0.203, p-value<.001) การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร (Beta=0.176, p-value=.002) การสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ (Beta=0.152, p-value=.013) และบรรยากาศองค์การมีมติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Beta=0.150, p-value=.002) ตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 68.4 (p-value<0.001)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรควรสนับสนุนปัจจัยด้านบุคลากร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของบุคลากร ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากร

2. องค์กรควรนำผลการศึกษาไปเป็นองค์ประกอบสำคัญในการกำหนดนโยบายขององค์กรเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์ในแต่ละกลุ่มสาขาอาชีพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความต้องการและลักษณะการทำงานของแต่ละวิชาชีพ เพื่อกำหนดนโยบายหรือมาตรการสนับสนุนจากองค์การที่เหมาะสมและตอบสนองต่อบริบทของแต่ละกลุ่มสาขาวิชาชีพ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลคอนสวรรค์เพิ่มเติม เช่น บรรยากาศองค์การ ภาวะล้าสมัยองค์กร ทักษะติดต่อองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณบุคลากรในโรงพยาบาลคอนสวรรค์ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

กิตติพงษ์ บัวติก. (2566). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี.

<https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=OTA=>

จิตสุภาภักดิ์ ทิพย์เที่ยงแท้, วรเดช ช้างแก้ว และสุภาพ เหมือนชู. (2564). การบริหารทรัพยากรบุคคล คุณภาพชีวิตการทำงาน ความมุ่งมั่นและพลังขับเคลื่อนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยบริการเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 294-302.

ณัฐกร โสภานันท์. (2560). คุณภาพชีวิตในการทำงานความผูกพันต่อองค์กรที่มีผลต่อ ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสำนักงานสถิติแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ บธ.ม.(บริหารธุรกิจอุตสาหกรรม).

กรุงเทพฯ: คณะการบริหารและจัดการ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.

- ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม และชนะพล ศรีฤๅชา. (2562). บรรยาการองค์กรและการสนับสนุนจากการองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(1), 41-50.
- นาคยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวพันธ์ และมกราพันธ์ จุฑะรสก. (2563). ศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 20(2), 84-95.
- บุษบา แสงสุวรรณ, นครินทร์ ประสิทธิ์, นพรัตน์ เสนาฮาด และสุรัชย์ พินทา. (2566). บรรยาการองค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 23(2), 224-234.
- ประจักษ์ บัวพันธ์. (2558). *หลักการบริหารสาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลคอนสวรรค์. (2567). *แผนปฏิบัติสาธารณสุข คปสอ. คอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2567*. <https://kwh.moph.go.th/kswannounce/uploads/1711971468272-948042828.pdf>
- วิถี หัสจรรย์. (2563). คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 83-92.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2567). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2567-2570*. https://www.opdc.go.th/wp-content/uploads/2025/02/Government_Administration_Development_Strategy67-70.pdf
- สิริกัญญา วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักษ์ บัวพันธ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(1), 69-80.
- สิรินทร์ทิพย์ อุดมวงศ์ และชนะพล ศรีฤๅชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 18(2), 78-88.
- สุพัตรา ถิ่นไผ่บุรณ์, ศรีบุษย์ ศรีไชยจรรยา และชนะพล ศรีฤๅชา. (2564). บรรยาการองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(1), 431-440.
- Almalki, M. J., FitzGerald, G., & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 12(1), 314. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-314>
- Bartz, A. E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>

- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003>
- Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O. A., Thienthong, H., & Poghosyan, L. (2017). Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64(1), 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342>
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. J. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 55(3), 241–302.
- Walton, R. E. (1973). Quality of Working Life: What is It?. *Sloan Management Review*, 15(1), 11-21.
- World Health Organization. (2010). *Healthy workplaces: A model for action: For employers, workers, policymakers and practitioners*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599313>

Causal Factors Influencing Motorcycle Helmet Usage Decisions among Pibulsongkram Rajabhat University Students: A Qualitative Study

Chitsirin Konkong¹, Nonglak Anuwongpraphan¹

¹Faculty of Science and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok

Abstract

Introduction: Accidents resulting from non-helmet use while riding motorcycles represent a significant public health issue in Thailand, particularly among university students.

Objective: To investigate the causal factors influencing motorcycle helmet usage decisions among students at Pibulsongkram Rajabhat University in Phitsanulok Province.

Methodology: This study employed a descriptive qualitative research approach. Data was collected through in-depth interviews using semi-structured interview guides. The key informants comprised 10 undergraduate students aged 20-24 years. Data collection occurred between December 2024 and January 2025, and thematic analysis was utilized for data interpretation.

Results: The findings revealed four primary factors influencing helmet usage decisions among Pibulsongkram Rajabhat University students: 1) Safety awareness, with students who had direct accident experience showing higher tendency to wear helmets; 2) The balance between comfort and safety, with hot weather conditions and inconvenience of carrying helmets posing significant barriers; 3) Social environmental influences, including peer groups, family, and institutional policies; and 4) Risk perception, with students often underestimating risks for short distances or when traveling on university roads.

Conclusion: Students' decisions to wear helmets result from personal factors (safety awareness and risk perception) and environmental factors (comfort, social influence, and law enforcement). Understanding these factors is essential for designing effective safety promotion measures.

Implications: Educational institutions should increase enforcement of helmet regulations on campus, organize awareness campaigns highlighting risks in short-distance riding, and improve facilities for helmet storage in educational areas to reduce convenience-related barriers.

Keywords: Motorcycle helmet, Helmet-wearing behavior, Qualitative research, University students

Corresponding author: Chitsirin Konkong **E-mail:** chitsirin@psru.ac.th

Received: 23 February 2025 **Revised:** 17 April 2025 **Accepted:** 21 April 2025

ปัจจัยเชิงสาเหตุของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

จิตศิริ ก้อนคง¹ และ นงลักษณ์ อนุวงศ์ประพันธ์¹

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

บทนำ: อุบัติเหตุจากการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 10 คน อายุระหว่าง 20-24 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัย: พบว่าการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามมีสาเหตุสำคัญมาจาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความตระหนักต่อความปลอดภัย โดยผู้มีประสบการณ์อุบัติเหตุโดยตรงมีแนวโน้มสวมหมวกนิรภัยสูงกว่า 2) การชั่งน้ำหนักระหว่างความสะดวกสบายกับความปลอดภัย โดยสภาพอากาศร้อนและความไม่สะดวกในการพกพาเป็นอุปสรรคสำคัญ 3) อิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคม ทั้งจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และนโยบายสถาบัน และ 4) การรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งมักประเมินความเสี่ยงต่ำในระยะทางใกล้หรือบนถนนในมหาวิทยาลัย

สรุปผล: การตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาเกิดจากปัจจัยด้านบุคคล (ความตระหนักต่อความปลอดภัย การรับรู้ความเสี่ยง) และปัจจัยสภาพแวดล้อม (ความสะดวกสบาย อิทธิพลทางสังคมและการบังคับใช้กฎหมาย) ซึ่งความเข้าใจในปัจจัยเหล่านี้สำคัญต่อการออกแบบมาตรการส่งเสริมความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ: สถาบันการศึกษาควรเพิ่มความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎระเบียบการสวมหมวกนิรภัยภายในมหาวิทยาลัย พร้อมจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างความตระหนักถึงความเสี่ยงในการขับขี่ระยะสั้น และปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการเก็บหมวกนิรภัยในพื้นที่การศึกษาเพื่อลดอุปสรรคด้านความสะดวกสบาย

คำสำคัญ: หมวกนิรภัย, พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย, การวิจัยเชิงคุณภาพ, นักศึกษามหาวิทยาลัย

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นวิกฤตสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยหนุ่มสาว องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2023) รายงานว่าในปี ค.ศ. 2021 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกถึง 1.3 ล้านคน หรือคิดเป็น 18.2 คนต่อแสนประชากร โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในกลุ่มประชากรอายุ 5-29 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาล ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ การสูญเสียผลิตภาพ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ประสบเหตุและครอบครัว (สมาคมสื่อช่อสะอาด, 2565)

จากรายงานสถานะความปลอดภัยทางถนนโลกปี ค.ศ. 2023 โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 16,957 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 25.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งยังคงเป็นหนึ่งในอัตราที่สูงที่สุดในเอเชียและในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางระดับสูง (WHO, 2023) โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560-2564) ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 96,230 ราย เฉลี่ยปีละ 19,246 ราย ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 511,515 ล้านบาท โดยการบาดเจ็บและพิการจากอุบัติเหตุยังเพิ่มภาระด้านค่ารักษาพยาบาลและผลกระทบต่อการผลิตในประเทศ มาตราการป้องกัน เช่น การบังคับใช้กฎหมาย การรณรงค์ลดความเร็ว และส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย ถูกนำมาใช้เพื่อลดอุบัติเหตุ โดยมีเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตให้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 17,000-20,000 ราย ต่อปี (ไทยพีบีเอส, 2565) ปัจจัยเสี่ยงหลักของอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมของผู้ขับขี่ ยานพาหนะ อาทิ การไม่สวมหมวกนิรภัย การเมาแล้วขับ และการขับเร็วเกินกำหนด (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2565) หากสามารถควบคุมปัจจัยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ (บุษิตา ไวยยานนท์, 2566)

กลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เนื่องจากนิยมใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักด้วยความคล่องตัวและราคาถูก ยั่วยุ ก่อเกิด และวิบัติ ศรีเจริญ (2563) พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการสวมหมวกนิรภัย แม้จะมีกฎหมายบังคับใช้ พฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคม เช่น บรรทัดฐานทางสังคม แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน และความเชื่อส่วนบุคคล การวิเคราะห์พฤติกรรมนี้สามารถทำความเข้าใจผ่านทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen (1991) ซึ่งอธิบายว่าความตั้งใจแสดงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม นอกจากนี้ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่พัฒนาโดย Rosenstock (1974) ยังช่วยอธิบายบทบาทของการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคที่มีผลต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ (2564) พบว่าอิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในกลุ่มนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ คำภีระ (2558) ที่ชี้ให้เห็นว่าการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมประกอบด้วย

สถานการณ์ที่น่าวิตกในจังหวัดพิษณุโลก คือ อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ซึ่งมีการใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลักในการเดินทาง จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่สวมหมวกนิรภัยในระยะทางใกล้ ๆ หรือในชุมชนมหาวิทยาลัย ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่มีการจราจรคับคั่ง และมีสถิติการเกิดอุบัติเหตุสูง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สถานการณ์นี้จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการสวมหมวกนิรภัยในเชิงปริมาณอย่างกว้างขวาง แต่การศึกษาเหล่านี้มักให้ความสำคัญกับข้อมูลทางสถิติและความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปร โดยยังไม่ได้เจาะลึกถึงสาเหตุเชิงลึกตามมุมมองและบริบททางสังคมเฉพาะของนักศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย การวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจถึงสาเหตุเชิงลึกเพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และนำไปสู่การพัฒนามาตรการส่งเสริมความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสถิติอุบัติเหตุทางถนนสูง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบททางสังคมของกลุ่มเป้าหมาย และสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติในการลดอัตราการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลงครึ่งหนึ่งภายในปี ค.ศ. 2030 (WHO, 2023)

คำถามการวิจัย

ปัจจัยเชิงสาเหตุอะไรบ้างที่มีผลในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative study) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุเชิงลึกในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา มุ่งอธิบายข้อมูลเชิงลึกตามสภาพความเป็นจริงจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่มุ่งเน้นการศึกษาวัฒนธรรมเชิงลึกแบบชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) หรือการตีความเชิงทฤษฎีที่ซับซ้อนเหมือนการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) (Sandelowski, 2000; Bradshaw et al., 2017)

กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 1) กำหนดคำถามการวิจัยที่ชัดเจน ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย 2) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง 3) เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเหมาะสมกับการศึกษาที่ต้องการทำความเข้าใจมุมมองของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด (Creswell & Poth, 2018) และ 3) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Braun & Clarke, 2006)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ในปีการศึกษา 2567 2) มีอายุระหว่าง 20-24 ปี และ 3) มีประสบการณ์ในการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์เป็นประจำ

การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 คน อ้างอิงจากการศึกษาของ Guest et al. (2020) ที่พบว่าในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาแก่นสาระสำคัญ (Themes) ส่วนใหญ่จะพบข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ที่การสัมภาษณ์ประมาณ 6-12 คน และสอดคล้องกับแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาที่แนะนำโดย Bradshaw et al. (2017) ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้การอิ่มตัวของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ซึ่งเป็นแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของ Ajzen (1991) และแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Rosenstock (1974) แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนสามท่าน และได้รับการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และ 2) อุปกรณ์ในการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการตรวจสอบและรับรองจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (COA No: 053/2024) โดยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อปกป้องสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้รับความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้เข้าร่วมทุกคนผ่านกระบวนการให้ข้อมูลอย่างโปร่งใสและปราศจากการบังคับ ผู้เข้าร่วมได้รับแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความลับของข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย และมีการลบข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัว ทั้งนี้เอกสารแสดงความยินยอมได้รับการเก็บรักษาอย่างปลอดภัย และถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยเพื่อรักษาความลับของข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ดำเนินการในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวที่ผู้วิจัยได้นัดกับผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อคน แม้ว่าในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไปอาจมีการสัมภาษณ์หลายครั้ง แต่การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์ครั้งเดียว ตามแนวทางของ DiCicco-Bloom & Crabtree (2006) ซึ่งเหมาะสมกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาที่มีประเด็นคำถามชัดเจนและจำกัดขอบเขต ที่เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured in-depth interviews) โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสะท้อนข้อมูลกลับ (Reflective listening) และการสรุปความเข้าใจระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทันทีเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูลภาคสนามเพื่อเก็บรายละเอียดของปฏิสัมพันธ์และบริบทแวดล้อม ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถูกถอดความแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun & Clarke (2006) โดยเริ่มจากการอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม จากนั้นจึงกำหนดรหัสข้อมูล ค้นหาแก่นสาระ ทบทวนแก่นสาระ กำหนดชื่อและนิยามแก่นสาระ และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (Themes) เพื่อเขียนรายงานที่สะท้อนข้อมูลที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสามารถนำเสนอผลการวิจัย ได้ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จำนวน 10 คน ประกอบด้วยนักศึกษาชาย 4 คน และนักศึกษาหญิง 6 คน อายุระหว่าง 20-24 ปี จากคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 4 คน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 3 คน คณะเทคโนโลยีการเกษตรและอาหาร จำนวน 2 คน และคณะวิทยาการจัดการ จำนวน 1 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดเป็นผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นประจำ โดยมีประสบการณ์การขับขี่อยู่ระหว่าง 4-9 ปี โดยส่วนใหญ่ขับขี่ 5-7 วันต่อสัปดาห์ และใช้เวลาขับขี่เฉลี่ย 1-4 ชั่วโมงต่อวัน

ประเด็นหลักที่ค้นพบจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์แก่นสาระจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยค้นพบประเด็นหลัก (Themes) ที่สะท้อนถึงปัจจัยสาเหตุเชิงลึกในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความตระหนักรู้ต่อความปลอดภัย ผู้ให้ข้อมูลแสดงระดับความตระหนักรู้ต่อความปลอดภัยที่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ มักจะมีความตระหนักรู้สูงกว่าและมีแนวโน้มสวมหมวกนิรภัยเป็นประจำ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า

“หลังจากที่ผมเคยประสบอุบัติเหตุ ที่ทางโค้งมีรถกีดขวางจากการมองไม่เห็น ทำให้เสียหลักล้มแล้วตอนนั้นไม่ใส่หมวก หัวกระแทกพื้น เจ็บมากจากนั้นมาผมไม่กล้าขี่รถโดยไม่ใส่หมวกอีกเลย บางทีถึงแม้จะร้อนแค่ไหน ผมก็ยอมทนเพื่อความปลอดภัย”

ในขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุก็มองว่าการสวมหมวกนิรภัยเป็นเรื่องของการปฏิบัติตามกฎหมายมากกว่าเรื่องความปลอดภัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ส่วนใหญ่ที่ใส่หมวกก็เพราะกลัวโดนจับมากกว่า ถ้าไม่มีด่านก็คงไม่ใส่หรอก ขับแถมหาลัยใกล้ ๆ ก็ไม่เห็นเป็นอะไร”

2. ความสะดวกสบายกับความปลอดภัย การชั่งน้ำหนักระหว่างความสะดวกสบายกับความปลอดภัยปรากฏเป็นประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุว่าสภาพอากาศร้อนและระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจไม่สวมหมวกนิรภัย ดังคำกล่าว

“ใส่หมวกมันร้อนมาก โดยเฉพาะตอนกลางวัน ซี่แค่นี้ก็รู้สึกร้อนแล้ว บางทีเลยเลือกที่จะไม่ใส่ถ้าขับในระยะใกล้ ๆ”

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงความไม่สะดวกในการพกพาหมวกนิรภัยหลังจากจอดรถ

“ปัญหาคือพอจอดรถแล้วต้องถือหมวกไปด้วย ไม่รู้จะเอาไว้ที่ไหน บางทีก็ไม่มีที่แขวน หรือไม่ก็กลัวโดนขโมย มันเป็นเรื่องที่ต้องคอยระวัง”

3. อิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าบรรทัดฐานในกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสถาบันการศึกษามีผลต่อการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญ ดังคำกล่าว

“เพื่อนในกลุ่มผมใส่หมวกกันทุกคน ถ้าใครไม่ใส่ก็ดูแปลก ๆ ไปเอง”

อีกผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงอิทธิพลของครอบครัว

“ที่บ้านผมแม่จะคอยเตือนตลอดว่าต้องใส่หมวกก่อนออกจากบ้าน ถ้าไม่ใส่ก็โดนบ่น”

นอกจากนี้ การบังคับใช้กฎระเบียบของมหาวิทยาลัยก็มีผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนแรกก็ไม่ค่อยใส่ แต่พอมหาวิทยาลัยมีนโยบายเข้มงวดเรื่องการตรวจหมวกกันนิรภัยก่อนเข้ามหาลัย ก็เลยต้องใส่ตลอด จนตอนนี้เป็นความเคยชิน”

4. การรับรู้ความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลมีการประเมินความเสี่ยงที่แตกต่างกันตามสถานการณ์ โดยมักมองว่าการขับขี่ในระยะใกล้หรือในซอยมีความเสี่ยงต่ำ จึงไม่จำเป็นต้องสวมหมวกนิรภัย ดังคำกล่าว

“ถ้าขี่แค่ในซอยหรือไปซื้อของใกล้ ๆ ก็ไม่เห็นจำเป็นต้องใส่หมวก”

อีกผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ถ้าขี่แค่ในซอยหรือไปซื้อของใกล้ ๆ ก็ไม่เห็นจำเป็นต้องใส่หมวก” และ “ถ้าออกถนนใหญ่ก็ควรใส่ แต่ถ้าแค่ขับในหมู่บ้านคงไม่ต้อง”

ข้อค้นพบเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

นอกจากประเด็นหลักข้างต้น การวิเคราะห์ข้อมูลยังพบประเด็นเพิ่มเติมที่น่าสนใจ คือ ผู้ให้ข้อมูลที่มีแนวโน้มสวมหมวกนิรภัยเป็นประจำมักได้รับแรงจูงใจจากประสบการณ์ตรง ดังคำกล่าว

“ผมเคยล้มตอนขับมอเตอร์ไซด์ตอนเรียนปี 1 แม้จะไม่ได้กระแทกหัวแต่ก็เจ็บมาก นึกภาพว่าถ้าไม่ใส่หมวกแล้วหัวฟาดพื้น คงแย่แน่ ๆ หลังจากนั้นก็ใส่หมวกตลอด ไม่ว่าจะขับไปไหนก็ตาม”

นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนมาตรการเพิ่มการบังคับใช้กฎหมายและการรณรงค์เรื่องความปลอดภัย

“น่าจะมีการรณรงค์ให้มากขึ้น ด้านตำรวจบ่อย ๆ หรือใช้กล้องจับภาพคนไม่ใส่หมวก ถ้ามีการบังคับใช้จริงคงคนก็จะกลัวและใส่หมวกกันมากขึ้น”

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนำไปสู่การอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่ามุมมองของนักศึกษามีความหลากหลายและซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติเหตุทั้งโดยตรงและโดยอ้อมมีผลต่อการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย คำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า “หลังจากที่ผมเคยประสบอุบัติเหตุ... จากนั้นมาผมไม่กล้าขี่รถโดยไม่ใส่หมวกอีกเลย” สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์เชิงลบนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษามีประสบการณ์เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบายในการสวมหมวกนิรภัย เช่น ความร้อน ความอึดอัด และการไม่มีที่เก็บหมวกหลังจอดรถ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสวมใส่หมวกนิรภัยเป็นประจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mahdavi Sharif et al., (2023) ที่พบว่าผู้เคยประสบอุบัติเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อม มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญ ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความเสี่ยง (Risk perception) ที่อธิบายว่าประสบการณ์เชิงลบมีผลต่อการประเมินความเสี่ยงและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม นักศึกษาที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุมักขาดแรงจูงใจเชิงอารมณ์ที่จะปฏิบัติตามกฎความปลอดภัย แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของหมวกนิรภัยก็ตาม (Mahdavi Sharif et al., 2023)

ความตระหนักต่อความปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย โดยผู้ที่มีความตระหนักสูงมักมีพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยที่สม่ำเสมอ สอดคล้องกับแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ของ Rosenstock (1974) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรืออันตรายมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่รับรู้ถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะมีแนวโน้มสวมหมวกนิรภัยมากกว่า แต่นักศึกษาที่ไม่เคยประสบอุบัติเหตุมักมองว่าการสวมหมวกนิรภัยเป็นเพียงการปฏิบัติตามกฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนวงศ์ รัตนวราห และคณะ (2557) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงมีผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่จักรยานยนต์

ความสะดวกสบายกับความปลอดภัย นักศึกษามักชั่งน้ำหนักระหว่างความสะดวกสบายกับความปลอดภัยในการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย การที่นักศึกษากล่าวว่า “ใส่หมวกมันร้อนมาก... บางทีเลยเลือกที่จะไม่ใส่ถ้าขับในระยะใกล้ ๆ” แสดงให้เห็นถึงการชั่งน้ำหนักระหว่างความไม่สะดวกสบาย (ความร้อน) กับความเสี่ยงที่ประเมินว่าต่ำ (การขับขี่ระยะใกล้) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามักประเมินความเสี่ยงต่ำในสถานการณ์ที่คุ้นเคยหรือเส้นทางที่ขับขี่เป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนวงศ์ รัตนวราห และจันทวีร์ เกษมสุข (2553) ที่พบว่าความสะดวกสบายในการสวมใส่หมวกนิรภัยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

อิทธิพลของสภาพแวดล้อมทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และสถาบันการศึกษา มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัย ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ "บรรทัดฐานเชิงอัตวิสัย" (Subjective Norms) ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (TPB) ของ Ajzen (1991) ที่อธิบายว่าความคาดหวังของบุคคลสำคัญมีผลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรม คำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เพื่อนในกลุ่มผมใส่หมวกกันทุกคน ถ้าใครไม่ใส่ก็ดูแปลก ๆ ไปเอง” และ “ที่บ้านผมแม่จะคอยเตือนตลอดว่าต้องใส่หมวก” แสดงให้เห็นอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าอิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

การรับรู้ความเสี่ยง นักศึกษามีการรับรู้ความเสี่ยงที่แตกต่างกันตามบริบทของการขับขี่ คำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ถ้าขี่แค่นีซอยหรือไปซื้อของใกล้ ๆ ก็ไม่เห็นจำเป็นต้องใส่หมวก” สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่ำในสถานการณ์ที่คุ้นเคยนำไปสู่การละเลยพฤติกรรมความปลอดภัย ซึ่งอาจนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิด

ในเชิงปฏิบัติผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยควรใช้แนวทางแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยง การปรับปรุงการออกแบบหมวกนิรภัยให้สวมใส่สบายขึ้น การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก และการบังคับใช้กฎหมายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักในกลุ่มที่ยังไม่เคยประสบอุบัติเหตุ เพื่อป้องกันก่อนที่จะเกิดประสบการณ์เชิงลบ

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พบว่าการตัดสินใจสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความตระหนักต่อความปลอดภัย และการรับรู้ความเสี่ยง ส่วนปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ความสะดวกสบาย และอิทธิพลทางสังคมและการบังคับใช้กฎหมาย

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยในการออกแบบมาตรการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยที่มีประสิทธิภาพ โดยควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยของการสวมหมวกนิรภัย การปรับปรุงการออกแบบหมวกนิรภัยให้สวมใส่สบายขึ้น การสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก และการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงในทุกสถานการณ์การขับขี่

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้วิจัยเสนอแนะแนวทางการพัฒนาที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาจากรากฐานสำคัญที่ค้นพบโดยการสร้างความตระหนักผ่านประสบการณ์จริงควบคู่กับการลดอุปสรรคด้านความสะดวกสบาย ด้วยการจัดกิจกรรมให้ผู้ประสบอุบัติเหตุแบ่งปันมุมมองประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลสถิติอุบัติเหตุในระยะทางสั้น พร้อมทั้งจัดหาพื้นที่เก็บหมวกนิรภัยที่ปลอดภัยภายในมหาวิทยาลัย และอาจร่วมมือกับผู้ผลิตในการพัฒนาหมวกที่ระบายอากาศได้ดี มีน้ำหนักเบา เหมาะกับสภาพภูมิอากาศและการใช้งานของนักศึกษา

1.2 การใช้อิทธิพลทางสังคมเชิงบวกควบคู่กับการบังคับใช้นโยบายอย่างจริงจัง โดยสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่มเพื่อนและครอบครัว จัดกิจกรรมรณรงค์ที่เน้นการมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้การสวมหมวกนิรภัยเป็น

บรรทัดฐานทางสังคม ควบคู่ไปกับการเพิ่มความเข้มงวดในการตรวจตราและสร้างระบบตรวจสอบที่ทางเข้ามหาวิทยาลัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความเคยชินในการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ทั้งนี้ อาจมีการพัฒนาแอปพลิเคชันที่ให้รางวัลสำหรับการสวมหมวกนิรภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยเชื่อมโยงกับระบบสะสมคะแนนหรือส่วนลดในมหาวิทยาลัย

1.3 ควรส่งเสริมการจัดตั้งชมรมความปลอดภัยทางถนนโดยนักศึกษา สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาอุปกรณ์เสริมที่เพิ่มความสะดวกในการพกพาหมวกนิรภัย อาจสร้างความร่วมมือกับบริษัทประกันภัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมลดเบี้ยประกันสำหรับนักศึกษาที่มีพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัย และพิจารณาการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนนเป็นส่วนหนึ่งของวิชาศึกษาทั่วไป เพื่อสร้างความตระหนักในวงกว้างและความยั่งยืนในการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยที่เหมาะสมกับบริบทของสถาบันอุดมศึกษา โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรม การดำเนินการ และการประเมินผล เพื่อสร้างกลไกการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทจริงของนักศึกษา อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

2.2 ควรวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่สะดวกสบายในการสวมใส่และการจัดเก็บหมวกนิรภัย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่พบในการวิจัยครั้งนี้ โดยการบูรณาการองค์ความรู้จากสหวิทยาการ เช่น วิศวกรรมศาสตร์ การออกแบบผลิตภัณฑ์ และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้ได้ต้นแบบนวัตกรรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้และลดอุปสรรคต่อการสวมหมวกนิรภัยในบริบทของสถาบันอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากคณาจารย์ประจำสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันมีค่า ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณนักศึกษาทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนและไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กรหรือแหล่งทุนใด ผู้วิจัยรับรองว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่อาจส่งผลต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กู่เกียรติ ก้อนแก้ว และวิภาดา ศรีเจริญ. (2020). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัย ในนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 39(3), 227-238.
- <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/scimsujournal/article/view/202274>
- ไทยพีบีเอส. (2565). "5 ปี 5 แสนล้าน" สธ.เปิดตัวเลขความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตในอุบัติเหตุทางถนน. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/322550>

- บุชิตา ไวยานนท์. (2566). มาตรการการลดอุบัติเหตุทางถนน. *วิจัยปริทัศน์ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร*, 39, 1-19. <https://prt.parliament.go.th/server/api/core/bitstreams/f224d49a-51ab-4f76-a622-63293e8ffb41/content>
- ปิยะวัฒน์ คำภีระ. (2558). การศึกษารูปแบบและช่วงเวลาของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน: กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาตรี). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://trsl.thairoads.org/FileUpload/1610/170202001610.pdf>
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ประภากร ศรีสว่างวงศ์, และวรรณวิษา ตรีสุน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 10(2), 57-64. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubruphjou/article/view/244204>
- วัฒนวงศ์ รัตนวราห์ และจินตวิทย์ เกษมสุข. (2553). การศึกษาพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ในจังหวัดนครปฐม โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. *Journal of Architectural/Planning Research and Studies*, 7(1), 73-86. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/jars/article/view/168914>
- วัฒนวงศ์ รัตนวราห์, สัจจากาจ จอมโนนเขวา, ดวงดาว วัฒนากลาง, และดิศกุล ชลศาลาสินธุ์. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมใส่หมวกนิรภัยโดยใช้สมการโครงสร้างพื้นฐานทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในสังคมเมืองและชนบท (รายงานการวิจัย). นครราชสีมา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- สมาคมสื่อช่อสะอาด. (2565). ผลศึกษาเผยอุบัติเหตุทางถนนทำคนไทยอายุสั้นลง 5 ปี ทำสูญเสียทางเศรษฐกิจ 12 ล้านล้านบาท คุุตรั้งขีดความสามารถพัฒนาประเทศ. <https://www.chorsaard.or.th/content/61636>
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. (2565). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2565. https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2566-11/RoadAccidentAna2565_final.pdf
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O., Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. (2017). *Global Qualitative Nursing Research*, 4, <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage Publications.
- DiCicco-Bloom, B. and Crabtree, B.F. (2006), The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314-321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLOS ONE*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>

- Mahdavi Sharif, P., Najafi Pazooki, S., Ghodsi, Z. *et al.* (2023). Effective factors of improved helmet use in motorcyclists: a systematic review. *BMC Public Health*, 23(26), <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14893-0>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- World Health Organization. (2023). *Global status report on road safety 2023*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023>

Effects of a Supportive Group Psychotherapy Program on Depression and Hope Among Patients with Major Depressive Disorder at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

Yupharat Supo¹, Somrudee Chumkaew¹

¹Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

Abstract

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is a prevalent psychiatric condition characterized by persistent sadness, anhedonia, hopelessness, and functional impairment. In severe cases, it may lead to suicidal ideation or behaviors. With rising global prevalence rates, there is a critical need for effective interventions to reduce depressive symptoms and enhance psychological well-being.

Objectives: This study aimed: (1) to compare within-group mean scores of depression and hope in the experimental and control groups across three time points: baseline, immediately post-intervention, and four weeks post-intervention; and (2) to compare between-group differences in these scores at both post-intervention time points.

Methodology: A quasi-experimental study using a two-group, pretest-posttest design with multiple comparisons was conducted. 50 patients diagnosed with MDD were randomly allocated to either a control group (n=25) or an experimental group (n=25) using simple random sampling. Research instruments included: 1) a structured supportive group psychotherapy program, and 2) data collection tools comprising depression and hope questionnaires with reliability coefficients of 0.71 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential tests including Chi-square test, Fisher's exact test, independent samples t-test, and paired samples t-test.

Results: Within the experimental group, mean depression and hope scores showed statistically significant differences ($p < .001$) at both the post-intervention and four-week follow-up assessments compared to baseline. Between-group analysis demonstrated that the experimental group exhibited significantly greater improvements in both depression and hope measures compared to the control group at both post-intervention and four-week follow-up assessments ($p < .001$).

Conclusion: The supportive group psychotherapy program effectively reduced depression and enhanced hope among patients with major depressive disorder, with benefits maintained at four-week follow-up.

Implications: Mental health and psychiatric nurses can implement this evidence-based supportive group psychotherapy program to reduce depressive symptoms and foster hope among patients with MDD across various clinical settings. Future research should examine long-term effects and applicability across diverse patient populations.

Keywords: Hope, Major depressive disorder, Psychotherapy, Supportive group psychotherapy program

Corresponding author: Yupharat Supo **E-mail:** supo_y@hotmail.co.th

Received: 10 March 2025 **Revised:** 25 April 2025 **Accepted:** 29 April 2025

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าและความหวัง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ยุพรัตน์ สุโพธิ์¹, สมฤดี ชุมแก้ว¹

¹สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้าซึ่งจะมีอารมณ์เศร้าไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า หดหู่ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงควรมีแนวปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน สุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยที่ใช้ คือ โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์ และแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความหวัง เท่ากับ 0.71 และ 0.80 ตามลำดับ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรม หลังจัดโปรแกรมทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test, fisher's exact test, Independent t-test และ Paired samples t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในระยะหลังการทดลองทันทีและในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ: ความหวัง, โรคซึมเศร้า, จิตบำบัด, โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประจักษ์ประจักษ์

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ยุพรัตน์ สุโพธิ์ อีเมล: supo_y@hotmail.co.th

วันที่รับ: 10 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 25 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2568

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ ในด้านร่างกาย คือ นอนหลับยาก อ่อนเพลียเบื่ออาหาร อาการในด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้าหรือไม่มีความสุข ไร้ค่า หดหู่ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม อาการในด้านพฤติกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่หรือกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี การเข้าถึงคนลดลง หากซึมเศร้ารุนแรงมักพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และในด้านของความคิดจะมีความคิดทางลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต การคิดและการตัดสินใจเชิงซ้ำ สมมติไม่ดี และมีความคิดอยากตาย ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการสูญเสียหลายด้านส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาด้วยการฆ่าตัวตาย (ศิริลักษณ์ ปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2558) จากรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) พบประชากรโลกประมาณร้อยละ 3.8 มีปัญหาภาวะซึมเศร้า และมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 7 แสนคน และในประเทศไทยพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีเพิ่มมากขึ้นจาก 1,207,846 คน ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 1,201,386 คน และ 1,277,428 คน ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัดจะตอบสนองต่อการรักษาและการหายของโรคซึมเศร้าได้ดี อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ (relapse) และกลับเป็นครั้งใหม่ (recurrence) ถึงร้อยละ 50.00 - 90.00 (Piet & Hougaard, 2011) ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหลังจากหายทุเลาภายใน 6 เดือน ร้อยละ 38.00 และส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน ถึงร้อยละ 20.40 (Citrome et al., 2019) สำหรับรายงานการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในคนไทยพบประมาณ ร้อยละ 33.67 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2567) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นของการกลับเป็นซ้ำจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย กลัว ท้อแท้ ไม่มั่นใจในการรักษา หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความผิดปกติทางอารมณ์เหล่านี้ได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ คุณภาพชีวิตแยกลง ในที่สุดแล้วความหวังในการต่อสู้กับโรคก็ลดลงไปด้วย ยิ่งผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าทนกำลังเผชิญอยู่นั้นอยู่ในระยะรุนแรง หรือโอกาสหายลดน้อยลง ก็เพิ่มความทุกข์ทรมานมากขึ้น เกิดความรู้สึกสูญเสียหมดกำลังใจ หดหู่ในชีวิต และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ นอกจากนี้ Martin Seligman ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิกได้อธิบายว่า อาการซึมเศร้าเกิดจากการประสบความล้มเหลวและผิดหวังซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem) รู้สึกว่าไม่มีความสามารถ (helplessness) รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) จึงหมดหนทางแก้ไข ทำให้รู้สึกยอมแพ้เพราะหมดหนทาง (Sadock & Sadock, 2007)

การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายปัจจัย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว การได้รับความรักและการให้ความรักเป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความหวัง ความเชื่อทางศาสนา เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจต่าง ๆ ที่อยู่เหนือการกระทำจะช่วยให้ความหวังสามารถบรรลุผลได้ การที่บุคคลจะทำเป้าหมายในชีวิตให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีความหวังและความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งที่ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายได้ และการกำหนดเป้าหมายในชีวิตนั้นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมาทั้งของตนเองและบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ที่เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย จะเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวังได้ (Snyder, 1994) การมองโลกในแง่ดี มองโลกทางบวก คิดบวกกับชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความหวัง หากบุคคลตระหนักถึงวิธีการคิดและพูดกับตนเองที่ตนใช้อยู่ และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม จะก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น เกิดอารมณ์และพฤติกรรมไปทางที่ดี การส่งเสริมความหวังนั้นสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การให้การปรึกษา การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มสนับสนุน กลุ่มจิตบำบัด กระบวนการเสริมสร้างความหวัง การพูดกับตนเองทางบวก การสวดมนต์การให้ความรู้เป็นต้น (Mok et al., 2010)

การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน โดยมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบจิตบำบัดที่มีความเสี่ยงน้อยและได้ผลดีขึ้น เพื่อใช้ในการบำบัดแบบเสริมหรือเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปัจจุบันการทำจิตบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีมากมายหลากหลายวิธี เช่น การทำพฤติกรรมบำบัดเพื่อบ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การให้บริการปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับปรุงชีวิตให้ดีขึ้น การบำบัดด้านการคิดรู้เพื่อให้เน้นการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล การบำบัดแนวจิตวิเคราะห์เพื่อเน้นช่วยให้เข้าใจในแรงปรารถนาภายใน โดยทำการบำบัดวิธีต่าง ๆ นั้นล้วนแต่เน้นการบำบัดที่ต้องเลือกให้เหมาะสมกับบุคคล อีกทั้งยังมีการทำจิตบำบัดแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นจัดการปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยจะทำให้อาการและภาวะโรคซึมเศร้าดีขึ้น (Dang et al., 2018)

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง เป็นการบำบัดทางจิตชนิดหนึ่งในผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองคือ เพื่อลดความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น และยอมรับผู้อื่นได้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม อันจะนำไปสู่การจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) และเมื่อกระบวนการกลุ่มสิ้นสุดลงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถหาทางออกในการแก้ปัญหา และหาวิธีการเพิ่มความหวังให้กับตนเองได้ต่อไป มีการศึกษาพบว่า กระบวนการจิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความหวัง ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตัวเองได้มากกว่ากลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์แบบหนึ่งต่อหนึ่ง (มรยาท รุจิวิชัย, 2556) ทั้งนี้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ตามแนวคิดของยาลอม Yalom (1995) กล่าวว่า หัวใจสำคัญของกลุ่มบำบัดคือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยให้สมาชิกแยกแยะ และเข้าใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเข้ากลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง โดยสมาชิกจะแสดงพฤติกรรมในกลุ่มเหมือนกับสังคมที่เขาอยู่ การดำเนินกลุ่มตามพัฒนาการกลุ่มจะก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) ซึ่งเป็นกลไกที่ทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นจากกระบวนการภายในกลุ่ม หรือจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ซึ่งทำงานไปพร้อม ๆ กัน ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยปัจจัยบำบัด มีทั้งหมด 11 ปัจจัย อาทิเช่น การรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (altruism) การผูกพันจิตใจต่อกัน (group cohesiveness) การมีความเป็นสากล (universality) การได้เลียนแบบ (imitative behavior) การรู้สึกมีหวัง (instillation of hope) เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถทำให้สมาชิกเกิดกำลังใจ เกิดความหวัง ลดความวิตกกังวล รวมถึงมีการปรับตัวทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตในการดำเนินชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมมีการนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมาใช้ในผู้ป่วยหลายการศึกษา ซึ่งพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสามารถสรุปได้พบว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือรุนแรงได้ (ภัทรพร กรดแก้ว และคณะ, 2561: ลานทิพย์ พนารินทร์ และคณะ, 2563; ชัยพร พรธรรณภาพ และคณะ, 2565) สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบมีการศึกษาในต่างประเทศอยู่บ้าง (Freeman & Davis, 2010; Freeman et al, 2008; Areán et al, 2010) แต่การศึกษาในประเทศไทยยังได้น้อย

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และปัจจุบันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาและการทำจิตบำบัดร่วมด้วย แต่พบว่ายังไม่มีมีการบำบัดเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในประเด็นการเพิ่มความหวังในความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังไม่ได้มีการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีเพียงการประเมินผลการรักษาในภาพรวม เช่น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี ผู้ป่วยสนใจดี ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการจำแนกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คือ 201, 166 และ 279

ราย ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2566) เนื่องจากสภาพสังคมที่มีความกดดัน มีความเครียดสะสม หรือแม้กระทั่งลักษณะของครอบครัวที่ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น หรือมีความ ผิดหวังสะสมในหลาย ๆ ด้าน ผู้วิจัยจึงได้วางแผนพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยได้ศึกษาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการพยาบาลสอดคล้องกับ ปัญหาและตรงตามกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เสริมสร้างความหวังให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีกำลังใจ ในการต่อสู้กับโรค สามารถดูแลตนเองได้ เกิดความมั่นใจในการเผชิญอุปสรรคที่เกิดขึ้น เชื่อมั่นว่าตนเองต้อง ผ่านอุปสรรคไปได้เกิดความหวังและทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

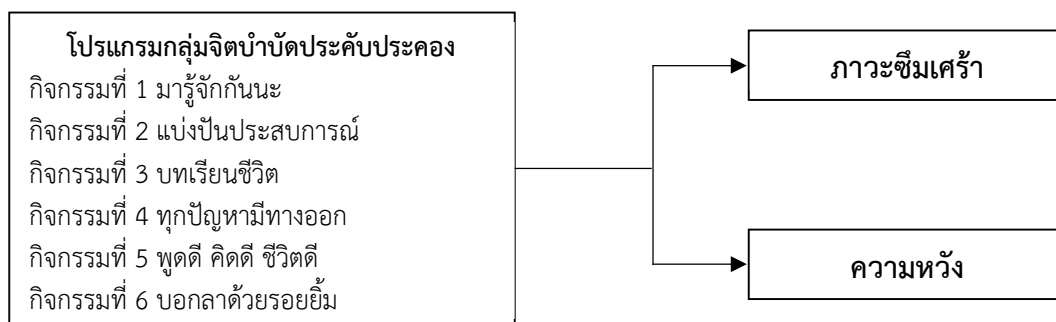
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับ ระยะติดตาม 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะ ก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะ หลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง จากการศึกษากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อ ความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของ ภัทพร กรดแก้ว และคณะ (2561) การศึกษา จิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สำราญ ศุภพิชน์ และคณะ (2564) และจากการศึกษาแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกใน กลุ่มเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเกิดปัจจัยบำบัดขึ้น โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) มารู้จักกันนะ 2) แบ่งปันประสบการณ์ 3) บทเรียนชีวิต 4) ทุกปัญหามีทางออก 5) พุดดี คิดดี ชีวิตดี และ 6) บอกเล่าด้วยรอยยิ้ม ซึ่งเชื่อว่าทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความหวังในการดำเนินชีวิตและลดภาวะซึมเศร้า ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design) ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ (multiple comparison)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V หรือ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในช่วงระยะเวลา 21 สิงหาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 50 คน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร two independent mean ของ Bernard (2000) ดังนี้

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.26 และ 22.40 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.06 และ 4.99 จากการศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุของ อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง (2554) กำหนดระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (beta) เท่ากับ 0.20 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน และเพื่อป้องกันการ drop out ร้อยละ 5 (รัตนศิริ ทาโต, 2567) จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 25 คนแรกเข้ากลุ่มทดลอง และอีกจำนวน 25 คน เข้ากลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V และ ICD-10 รหัส F32.0 ถึง F32.9 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี

2) ผลการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน จากแบบประเมิน 9Q

3) ผลการประเมินคะแนนความหวัง ได้คะแนนระหว่าง 12-35 คะแนน

4) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องในการพูดสื่อสารและการมองเห็น

5) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ป่วยมีโรคร่วมจิตเวชอื่น ๆ เช่น มีประวัติการใช้สุราหรือสารเสพติดในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้

2) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคจิตเวชที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง (organic brain syndrome) โรคพาร์กินสัน (parkinson's disease) โรคออลิสดิก โรคหลอดเลือดสมอง หรือมีการเจ็บป่วยทางกายที่ควบคุมไม่ได้

3) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษากลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษาของ ภัทพร กรดแก้ว และคณะ (2561) การศึกษาจิตบำบัดระดับประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ของ สำราญ ศุภพิชน์ และคณะ (2564) และจากการศึกษาแนวคิดกลุ่มจิตบำบัดของ Yalom (1995) มีกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ติดต่อกัน มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพและจิตเวช พิจารณาความครอบคลุม ความสอดคล้อง ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความชัดเจนของข้อความ จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดระดับประคับประคอง

สัปดาห์/กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 มารู้จักกันนะ	ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น ระยะเวลา 60 นาที	เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกับผู้วิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงของการเข้าร่วมกิจกรรม	ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย แจ้งข้อตกลงของการทำกิจกรรม และอธิบายถึงประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ทำความรู้จักกัน พูดคุยถึงข้อดี/ข้อเด่นของตนเอง และซักถามเกี่ยวกับประเด็นที่สงสัย
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 แบ่งปันประสบการณ์	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงปัญหาของตนเอง ระบายความคับข้องใจที่ทำให้ตนเองรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และรับฟังปัญหาของคนอื่น	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกเล่าเรื่องราวความคับข้องใจของตนเองออกมาเป็นกราฟชีวิต และให้เพื่อนสมาชิกระบุปัญหาที่เกิดขึ้น
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 บทเรียนชีวิต	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับ รวมถึงร่วมกันค้นหาวิธีการเผชิญปัญหา และพิจารณาถึงกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย แสดงความคิดเห็นและช่วยกันหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 ทุกปัญหามีทางออก	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเห็นคุณค่าตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตน และสามารถจัดการกับปัญหาของตนได้ดีขึ้น	ผู้วิจัยอธิบายวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา และให้คำแนะนำสมาชิกกลุ่มถึงการจัดการและการเผชิญปัญหา รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดปัจจัยบำบัด
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 5 พูดดี คิดดี ชีวิตดี	ระยะที่ 2 ระยะระบุปัญหา ระยะเวลา 90 นาที	เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงการพูดกับตนเองในทางบวก และฝึกฝนความคิดเห็น พร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ	ผู้วิจัยอธิบายถึงการพูดกับตนเองในทางบวก และให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น พร้อมทั้งทดลองปฏิบัติ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์/กิจกรรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 2	ระยะที่ 3 ระยะสรุปผล	เพื่อให้สมาชิกได้ ทบทวน	ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึง
กิจกรรมที่ 6	ระยะเวลา 60 นาที	ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้า	ประโยชน์ที่ตนเองได้รับ และแลกเปลี่ยน
บอกกล่าวกันด้วยรอยยิ้ม		ร่วมกิจกรรม สรุปเนื้อหา	แสดงความคิดเห็นร่วมกัน และผู้วิจัย
		ทั้งหมด และยุติกิจกรรม	กล่าวสรุปและยุติกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวทางกาย และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับประเทศโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.71 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และ เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผล คือ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และ มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความหวัง (Herth Hope Index, HHI) ฉบับภาษาไทย ของ สุนทรี วัฒนเบญจโสภา (2543) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยคะแนนความหวังโดยรวมที่วัดได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 12-23 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับต่ำ คะแนน 24-35 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับปานกลาง และ คะแนน 36-48 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี วิทยามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 020/2566 ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2566 ผู้วิจัย คำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลและไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หัวหน้าโครงการวิจัยทำการอบรมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถาบันฯ ซึ่งรายละเอียดประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยในการประสานงานและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ในการขออนุญาตเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมในใบยินยอม ตามการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยความสมัครใจให้ครบจำนวน 50 คน และจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม (pre-test) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความหวัง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยก่อนการจัดโปรแกรม

5. กลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของสถาบันฯ ร่วมกับกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง จำนวน 6 กิจกรรม โดยจัดเป็นกิจกรรมกลุ่มซึ่งมีจำนวนสมาชิก 8-10 คน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวม 2 สัปดาห์ติดต่อกัน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของสถาบันฯ

6. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถาม (post-test) ในระยะหลังทดลองทันที (2 สัปดาห์) และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามเดิมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย

7. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

8. หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ chi-square test, fisher's exact test และ independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความหวัง โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ (multiple comparison) โดยสถิติ paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ independent t-test เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ โดยตัวแปรที่ศึกษาเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) และข้อมูลมีการทดสอบด้วยสถิติ shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} > .05$)

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 อายุเฉลี่ย 34.2 ± 9.8 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 มีสถานภาพโสด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 3.2 ± 3.3 ปี

กลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 68.0 อายุเฉลี่ย 29.0 ± 8.6 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และ ปริญญาตรี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีสถานภาพโสด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.1 ± 2.3 ปี

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=25) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			1.000 ^a
ชาย	8 (32.0)	8 (32.0)	
หญิง	17 (68.0)	17 (68.0)	
อายุ			0.055 ^c
M±SD	34.2±9.8	29.0±8.6	
ระดับการศึกษา			0.165 ^b
ประถมศึกษา	1 (4.0)	0.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (4.0)	3 (12.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5 (20.0)	10 (40.0)	
อนุปริญญา/ปวส.	1 (4.0)	2 (8.0)	
ปริญญาตรี	14 (56.0)	10 (40.0)	
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (12.0)	0.0	
สถานภาพสมรส			0.420 ^b
โสด	15 (60.0)	19 (76.0)	
สมรส/คู่	7 (28.0)	3 (12.0)	
หม้าย/หย่า/แยก	3 (12.0)	3 (12.0)	
โรคประจำตัวทางกาย			0.189 ^b
ไม่มี	20 (80.0)	24 (96.0)	
มี	5 (20.0)	1 (4.0)	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย			0.191 ^c
M±SD	3.2±3.3	2.1±2.3	

^a=chi-square test, ^b=fisher's exact test, ^c=independent t-test

2. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความหวังภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันที (4.3 ± 2.3) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.8 ± 2.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (3.7 ± 1.4) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.8 ± 2.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (4.3 ± 2.3) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (3.7 ± 1.4) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันที (15.0 ± 2.9) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.5 ± 2.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะ

ซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (14.5 ± 4.2) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (18.5 ± 2.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (15.0 ± 2.9) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (14.5 ± 4.2) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองทันที (33.0 ± 6.0) มากกว่าก่อนการทดลอง (22.0 ± 1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (37.7 ± 4.3) มากกว่าก่อนการทดลอง (22.0 ± 1.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองทันที (33.0 ± 6.0) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (35.7 ± 4.0) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังภายในกลุ่มควบคุม พบว่า การเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง (23.3 ± 3.4) กับระยะหลังการทดลองทันที (23.8 ± 2.3) การเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง (23.3 ± 3.4) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (24.5 ± 3.5) และการเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลองทันที (23.8 ± 2.3) กับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ (24.5 ± 3.5) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยวิธีการเปรียบเทียบหลายคู่ ด้วยสถิติ paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=25)			กลุ่มควบคุม (n=25)		
	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า						
ก่อนการทดลอง	18.8 $\pm$ 2.2	24.485	<.001**	18.5 $\pm$ 2.0	3.850	.001*
หลังการทดลองทันที	4.3 $\pm$ 2.3			15.0 $\pm$ 2.9		
ก่อนการทดลอง	18.8 $\pm$ 2.2	27.574	<.001**	18.5 $\pm$ 2.0	3.698	.001*
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	3.7 $\pm$ 1.4			14.5 $\pm$ 4.2		
หลังการทดลองทันที	4.3 $\pm$ 2.3	1.532	.139	15.0 $\pm$ 2.9	0.671	.509
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	3.7 $\pm$ 1.4			14.5 $\pm$ 4.2		
ความหวัง						
ก่อนการทดลอง	22.0 $\pm$ 1.8	-8.894	<.001**	23.3 $\pm$ 3.4	-0.518	.609
หลังการทดลองทันที	33.0 $\pm$ 6.0			23.8 $\pm$ 2.3		
ก่อนการทดลอง	22.0 $\pm$ 1.8	-14.908	<.001**	23.3 $\pm$ 3.4	-1.329	.196
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	37.7 $\pm$ 4.3			24.5 $\pm$ 3.5		
หลังการทดลองทันที	33.0 $\pm$ 6.0	-1.611	.120	23.8 $\pm$ 2.3	-0.967	.343
ระยะติดตาม 4 สัปดาห์	37.7 $\pm$ 4.3			24.5 $\pm$ 3.5		

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

3. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (18.8 ± 2.2) และกลุ่มควบคุม (18.5 ± 2.0) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (4.3 ± 2.3) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (15.0 ± 2.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (3.7 ± 1.4) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (14.5 ± 4.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เช่นกัน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (22.2 ± 1.8) และกลุ่มควบคุม (23.3 ± 3.4) ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ในขณะที่ระยะหลังการทดลองทันที คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (33.0 ± 6.0) มากกว่ากลุ่มควบคุม (23.8 ± 2.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และในระยะติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (35.7 ± 4.0) มากกว่ากลุ่มควบคุม (24.5 ± 3.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เช่นกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลองทันที			ระยะติดตาม 4 สัปดาห์		
	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value	M $\pm$ SD	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า									
กลุ่มทดลอง (n=25)	18.8 $\pm$ 2.2	0.592	.556	4.3 $\pm$ 2.3	-14.219	<.001**	3.7 $\pm$ 1.4	-12.079	<.001**
กลุ่มควบคุม (n=25)	18.5 $\pm$ 2.0			15.0 $\pm$ 2.9			14.5 $\pm$ 4.2		
ความหวัง									
กลุ่มทดลอง (n=25)	22.2 $\pm$ 1.8	-1.392	.172	33.0 $\pm$ 6.0	7.168	<.001**	35.7 $\pm$ 4.0	10.439	<.001**
กลุ่มควบคุม (n=25)	23.3 $\pm$ 3.4			23.8 $\pm$ 2.3			24.5 $\pm$ 3.5		

**p-value<.001

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกัน

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวังในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลองทันที และก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ส่วนการเปรียบเทียบหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมมารู้จักกันนะ กิจกรรมการแบ่งปันประสบการณ์ และกิจกรรมบทเรียนชีวิต เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ได้มีการพูดคุย รู้จักกันและรับรู้ถึงข้อดีของตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดการเข้าใจตนเอง ยอมรับในความเป็นตนเอง เข้าใจผู้อื่น

และยอมรับผู้อื่น ได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ สามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิดและมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม กิจกรรมดังกล่าวทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากยิ่งขึ้น ทำให้มีการระบายอารมณ์ปลดปล่อยความรู้สึกเศร้าออกมา ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ (ภคจิรา ภูสมศรี, 2563) นอกจากนี้กิจกรรมทุกปัญหามีทางออก และกิจกรรมพุดดี คิดดี ทำดี เป็นกิจกรรมซึ่งช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดีต่อตนเอง ค้นพบตนเองเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาในชีวิต และมองเห็นเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความหวัง (อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์, 2564) การบำบัดด้วยความหวังช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและความภาคภูมิใจในตนเอง ลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ (Cheavens et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยความหวังสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shekarabi-Ahari et al. (2012) ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยความหวังแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งในกรุงเทพมหานคร พบว่า การบำบัดด้วยความหวังสามารถลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value} < .05$) และเพิ่มระดับความหวัง ($p\text{-value} < .001$) ของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากอยู่ในช่วงของการติดตามผลและไม่ได้จัดกระทำกิจกรรมใด ๆ ให้กับกลุ่มทดลอง จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

ขณะเดียวกันผลการศึกษพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองทันที และในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$) แต่ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความหวังไม่มีความแตกต่างกันทั้งสามระยะ อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของสถาบันฯ ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อบำรุงเน้นการลดภาวะซึมเศร้าเป็นหลักจึงทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างไรก็ตามผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่ายังน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ในส่วนของความหวังไม่ได้มุ่งเน้น จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความหวังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความหวัง ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้รู้จักและเข้าใจตนเอง รวมถึงผู้อื่น ผ่านการพุดคุย แบ่งปันประสบการณ์ และเรียนรู้บทเรียนชีวิต ซึ่งช่วยให้เกิดการยอมรับตนเอง พัฒนาแนวคิดในการแก้ปัญหา และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้สามารถระบายอารมณ์และลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้กิจกรรมยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีมุมมองเชิงบวกต่อตนเอง ค้นพบเป้าหมายชีวิต และเกิดความหวัง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงและมีความหวังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังและภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ko & Hyun (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตบำบัดเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และความหวังในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และความหวัง หลังการทดลองดีขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองดังกล่าวนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างความหวัง ให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่อื่นต่อไปได้

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 12 เดือน หลังการได้รับโปรแกรมเพื่อประเมินความคงอยู่ของความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ชัยพร พรรณนาภ, สงวน ธาณี, หทัยรัตน์ ดิษฐอึ้ง, กุณช์ชลิ เพียรทอง, และธวัชชัย พลศักดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองร่วมกับแนวคิดภูมิปัญญาไทยต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 6(3), 85-99.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, และจินตนา ลีจิงเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาคกลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนนเพชร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95-106.
- ภักจิรา ภูสมศรี. (2563). โรคซึมเศร้าปัญหาสุขภาพใกล้ตัว. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(2), 51-58.
- ภัทรพร กรดแก้ว, นุชนาถ บรรทมพร, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 78-88.
- มรยาท รุจิวิษญ์. (2556). *ผลของกระบวนการสร้างสัมพันธภาพแบบหนึ่งต่อหนึ่งร่วมกับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อระดับความหวังระดับความวิตกกังวลและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2567). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2567). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ลานทิพย์ พนารินทร์, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของยาโลม (Yalom) ต่อความหวังในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(1), 117-134.
- ศิริลักษณ์ ปัญญา และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2558). จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 263-278.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2566). รายงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- สุนทรี วัฒนเบญจโสภณ. (2543). ผลของกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำราญ ศุภพิชน์, ชนิตดา แนนเกสร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2564). ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(1), 1-17.
- อรณลิน สิงขรณ์ และภาวดี เหมทานนท์. (2564). การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(1), 146-156.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง. (2554). ผลของจิตบำบัดประคับประคองโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5th ed.). Duxbury: Thomson learning, 308.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. & Snyder, C. R. (2006) Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Citrome, L., Jain, R., Tung, A., Landsman-Blumberg, P. B., Kramer, K., & Ali, S. (2019). Prevalence, treatment patterns, and stay characteristics associated with hospitalizations for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 249, 378-384.
- Dang, J. M., Bashmi, L., Meenaghan, S., White, J., Hedrick, R., Djurovic, J., et al. (2018). The efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms and quality of life: a systematic review of randomized controlled trials. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 3(2), 011.
- Freeman, M. P., & Davis, M. F. (2010). Supportive psychotherapy for perinatal depression: preliminary data for adherence and response. *Depress Anxiety*, 27(1), 39-45.
- Freeman, M. P., Davis, M., Sinha, P., Wisner, K. L., Hibbeln, J. R., & Gelenberg, A. J. (2008). Omega-3 fatty acids and supportive psychotherapy for perinatal depression: a randomized placebo-controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 110(1-2), 142-148.

- Ko, Y. S., & Hyun, M. Y. (2015). Effects of a Positive Psychotherapy Program on Depression, Self-esteem, and Hope in Patients with Major Depressive Disorders. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(4), 246–256.
<https://doi.org/10.12934/JKPMHN.2015.24.4.246>
- Mok, E., Lam, W., Chan, L., Lau, K., Ng, J., & Chan, K. (2010). The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(6), 298-305.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopses of psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shekarabi-Ahari, G., Younesi, J., Borjali, A., & Ansari-Damavandi, S. (2012). The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in tehran. *Iranian journal of cancer prevention*, 5(4), 183–188.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope*. New York: The Free.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Yalom, J. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.

The Correlation between Knowledge and Attitudes with Breast Cancer Preventive Behaviors among At-Risk Women in Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province

Khomphet Thakudruea¹, Chanyanuch Tepmahachai¹, Rungrudee Ngwngam¹, Methawadee Artpa¹, Alanya Thawichat¹, Petlada Buriwan¹, Kingnipha Hirunkham¹, Ananya Lalun²

¹Nursing students, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Breast cancer is a major public health issue and a leading cause of mortality among Thai women. Possessing accurate knowledge and appropriate attitudes toward breast cancer prevention among at-risk women is a crucial factor influencing preventive behaviors.

Objectives: 1) To study breast cancer preventive behaviors among at-risk women and 2) To study the correlation between knowledge and attitudes with breast cancer preventive behaviors among at-risk women in Nafai Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province.

Methodology: This study employed a descriptive research design. The sample consisted of 374 at-risk women aged 30–70 years. The data collection instruments included a personal information questionnaire, a breast cancer knowledge test, a breast cancer attitudes questionnaire, and a breast cancer preventive behaviors questionnaire. The reliability coefficients of the instruments were 0.84, 0.86, and 0.78, respectively. Data were collected between July and August 2023. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient were used in data analysis.

Results: The results showed that: 1) the overall breast cancer preventive behavior among at-risk women was at a moderate level ($M=2.54$, $SD=0.54$); and 2) knowledge about breast cancer was positively correlated with breast cancer preventive behaviors at a low level, with statistical significance ($r=0.312$, $p\text{-value}<.001$), whereas attitudes toward breast cancer were not significantly associated with breast cancer preventive behaviors.

Conclusion: At-risk women demonstrated a moderate level of breast cancer preventive behaviors. Knowledge about breast cancer was found to be associated with preventive behaviors, whereas attitudes toward breast cancer showed no significant association with preventive behaviors.

Implication: Health providers are recommended to organize educational activities on breast cancer for at-risk women, such as conducting community-based workshops or using a variety of media to enhance knowledge and strengthen understanding of effective breast cancer prevention methods.

Keywords: At-risk Women, Breast Cancer, Preventive behaviors

Corresponding author: Ananya Lalun E-mail: mininok.120422@gmail.com

Received: 13 February 2025 Revised: 18 April 2025 Accepted: 29 April 2025

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

คมเพชร ทากุดเรือ¹, ชัญญานุช เทพมหาชัย¹, รุ่งฤดี จีวงาม¹, เมทาวดี อาจปา¹,
อรัญญา ทวีชาติ¹, เพชรลดา บุรีวัน¹, กิ่งนิภา ทิรัญคำ¹, อณัญญา ลาลุน²
¹นักศึกษาพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ
²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีอัตราการเสียชีวิตสูงในสตรีไทย การมีความรู้ที่ถูกต้องและทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-70 ปี จำนวน 374 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.84, 0.86 และ 0.78 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: 1) สตรีกลุ่มเสี่ยง มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.54$) และ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.312$, $p\text{-value}<.001$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

สรุปผล: สตรีกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลาง และความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในชุมชน หรือใช้สื่อที่มีความหลากหลายเพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจในวิธีการป้องกันมะเร็งเต้านมได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สตรีกลุ่มเสี่ยง, มะเร็งเต้านม, พฤติกรรมการป้องกันโรค

บทนำ

วิทยาการทางการแพทย์มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากในปัจจุบัน แต่โรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก โรคมะเร็งไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย (Siegel et al., 2022) โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม (breast cancer) ซึ่งเป็นชนิดของมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในระดับโลก มีผู้หญิงกว่า 2.3 ล้านคนได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านม และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับประมาณ 685,000 คนทั่วโลก ในช่วงเวลา 5 ปีจนถึงปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงที่ยังมีชีวิตอยู่หลังการวินิจฉัยโรครถึง 7.8 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2021) ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ปีละ 139,206 คน และมีผู้เสียชีวิตปีละ 84,073 คน โดยมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในหญิงไทยคือ มะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 12.2 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2565) ปัญหา มะเร็งเต้านมยังปรากฏเด่นชัดในกลุ่มสตรีอายุ 30-70 ปี และกลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรคมะเร็งในสตรีไทยติดต่อกันมากกว่า 10 ปี (จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562; ชมกฤษ พบประเสริฐ และคณะ, 2560) สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 อัตราการเกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงอยู่ที่ 149.9 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 พบอัตราผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 31.7 ต่อประชากรแสนคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2565) นอกจากนี้ สถิติการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งรวมถึงจังหวัดชัยภูมิ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 364 ราย, 368 ราย และ 427 รายตามลำดับ ส่วนในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบผู้เสียชีวิต 16 ราย, 13 ราย และ 9 รายในช่วงเวลาเดียวกัน (สถิติสุขภาพคนไทย, 2565) เนื่องจากโรคมะเร็งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การรักษาประกอบด้วย การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี หรือการบำบัดด้วยฮอร์โมน ซึ่งกระบวนการรักษาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะการสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศของผู้หญิง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันนำไปสู่การลดลงของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย (โสภิต ก่อพูนศิลป์ และทิพาพร พงษ์เมษา, 2560)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเกิดโรคในครอบครัว การหมดประจำเดือน การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ภาวะน้ำหนักเกิน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้น (WHO, 2021) แม้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมจะยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญ สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และช่วงอายุ 65-69 ปี ซึ่งตรงกับช่วงวัยหมดประจำเดือน เป็นช่วงที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าวัยอื่น ๆ (รัศมี โชติแสงสาคร และคณะ, 2562) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่มจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถตรวจพบความผิดปกติได้ในระยะที่ยังไม่มีอาการ ส่งผลให้สามารถเปรียบเทียบลักษณะของเต้านมปกติกับเต้านมที่เริ่มมีความผิดปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการที่ได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ใช้เวลาน้อย และมีค่าใช้จ่ายต่ำ แม้ว่าการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจะเป็นเรื่องที่ท้าทายเนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่หากสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรกการรักษาจะได้ผลดีและมีการพยากรณ์โรคที่ค่อนข้างดี (จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) นอกจากนี้การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการตรวจเอกซเรย์เต้านมหรือแมมโมแกรม ยังถือเป็นวิธีสำคัญที่ช่วยในการค้นพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้น (รังษิณพดล โถทอง และคณะ, 2562; รัศมี โชติแสงสาคร และคณะ, 2562)

การศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเริ่มต้น การตรวจคัดกรอง และวิธีการป้องกันโรค สามารถส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจของสตรีในการดำเนินพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเข้ารับการตรวจแมมโมแกรม หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ทัศนคติที่เหมาะสม เช่น ความตระหนักในความเสี่ยงของตนเอง มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้สตรีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม (อภิญา ก่อเต็ม และคณะ, 2565) และจากการศึกษา สุณัฐชา ขาวเอี่ยม และคณะ (2563) ที่ศึกษากิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม พบว่าหลังจากการทำกิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีทักษะการตรวจโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความรู้และทัศนคติจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ปัจจุบันจังหวัดชัยภูมิมีแนวโน้มของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงปัญหาด้านการป้องกันโรคที่ยังไม่ประสบความสำเร็จอย่างเต็มที่ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมจึงมีความสำคัญในการช่วยระบุปัจจัยที่ควรได้รับการพัฒนานำไปสู่การวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมในจังหวัดชัยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

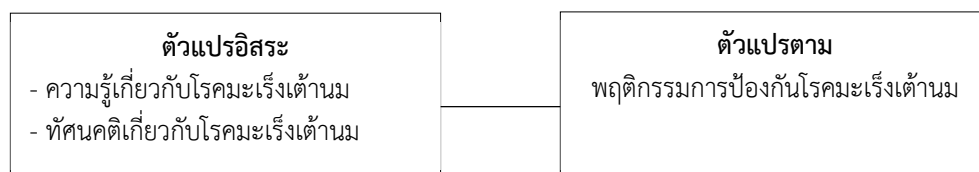
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดด้านการเรียนรู้ของ Bloom (1964) ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (cognitive Domain) ด้านจิตพิสัย (affective Domain) และด้านทักษะพิสัย (psychomotor Domain) โดยในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการใช้พุทธิพิสัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม (knowledge) และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม (attitudes) มาเป็นกรอบในการอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม (behaviors) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรค และมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค จะสามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างอายุ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร จาก health data center ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ (2565) จำนวน 5,694 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาร้อยละ 5 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (missing data) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามหมู่บ้าน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) สตรีที่มีอายุระหว่าง 30-70 ปี 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถถามตอบรู้เรื่องอ่านออกเขียนได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) การย้ายถิ่นฐานในระหว่างการทำวิจัย และ 2) มีความพิการทางด้านร่างกาย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบคือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับน้อย (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนน 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.00-4.00) ระดับปานกลาง (2.00-2.99) และระดับต่ำ (1.00-1.99)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (index of objective-item congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง KR-20 เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's coefficient of alpha) เท่ากับ 0.86 และ 0.78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ และผ่านการพิจารณาอนุมัติตามเอกสารรับรองฯ หมายเลข HE 65-1-019 รับรองวันที่ 26 กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายถึงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการทำวิจัย อธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลใด ๆ และมีสิทธิบอกยกเลิกการทำวิจัยได้ตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ซักถามจนปราศจากข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์ม ข้อมูลที่ได้จะปกปิดไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2566

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิเมื่อดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลผู้ใหญ่บ้านเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย
2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิของแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของสตรีกลุ่มเสี่ยงจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ จากนั้นทำการขอความยินยอมโดยสมัครใจ และนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำ 1 สัปดาห์ตามโอกาสสะดวก จากนั้นจึงไปขอเก็บแบบสอบถามคืน ทั้งนี้การทำแบบสอบถามต่อฉบับใช้เวลา 30 นาทีโดยประมาณ
3. หลังจาก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยจึงขอเก็บแบบสอบถามคืน ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's product moment correlation coefficient) กำหนดขนาดความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r=0.80-1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r=0.60-0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=0.40-0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.20-0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r=0.01-0.19$)
3. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ยอมรับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 38.24 รองลงมาได้แก่ อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 24.87 และ 41-50 ปี ร้อยละ 22.99 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.09 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 23.26 และ หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 17.65 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.63 รองลงมา ได้แก่ มัธยมศึกษา ร้อยละ 29.95 และ ปริญญาตรี ร้อยละ 5.88 ตามลำดับ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.86 รองลงมาได้แก่ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.32 และ อาชีพอิสระ/ค้าขาย ร้อยละ 13.90 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=374)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-40 ปี	52	13.90
41-50 ปี	86	22.99
51-60 ปี	143	38.24
61-70 ปี	93	24.87
สถานภาพ		
โสด	87	23.26
สมรส	221	59.09
หม้าย/หย่าร้าง	66	17.65
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	223	59.63
มัธยมศึกษา	112	29.95
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรชั้นสูง	17	4.55
ปริญญาตรี	22	5.88
อาชีพ		
เกษตรกร	179	47.86
รับจ้างทั่วไป	76	20.32
อาชีพอิสระ/ค้าขาย	52	13.90
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	39	10.43
พนักงานเอกชน	28	7.49

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำของแพทย์ ($M=2.78$, $SD=0.99$) รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ($M=2.74$, $SD=0.98$) และ หลีกเลี่ยงการสัมผัสสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารจำพวกสีย้อม ($M=2.70$, $SD=0.99$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ใช้อาคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ($M=2.23$, $SD=0.96$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม (n=374)

พฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม	M	SD	ระดับ
1. มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	2.43	1.02	ปานกลาง
2. หลีกเลี้ยงหรือไม่สัมผัสกับผู้ที่สูบบุหรี่	2.64	0.98	ปานกลาง
3. สังเกตความผิดปกติบริเวณเต้านม เช่น ตุ่ม ผื่น บวมแดง	2.55	0.99	ปานกลาง
4. ออกกำลังกายวันละ 30 นาที	2.29	0.91	ปานกลาง
5. หลีกเลี้ยงการรับประทานอาหารที่มีสารพิษปนเปื้อน	2.50	0.93	ปานกลาง
6. หลีกเลี้ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวาน หรืออาหารที่มีไขมันสูง	2.51	0.96	ปานกลาง
7. หลีกเลี้ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่	2.74	0.98	ปานกลาง
8. หลีกเลี้ยงการสัมผัสสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารจำพวกสีย้อม	2.70	0.99	ปานกลาง
9. ยื่นหน้ากระจกเพื่อตรวจดูการทรงตัวของเต้านมและหัวนม	2.57	0.93	ปานกลาง
10. ใช้นิ้วคลำรอบ ๆ หัวทุกส่วนของเต้านมขณะอาบน้ำ	2.55	0.88	ปานกลาง
11. ตรวจเต้านมด้วยตัวเองหลังจากมีประจำเดือนแล้ว 7-10 วัน	2.45	0.92	ปานกลาง
12. ตรวจมะเร็งเต้านมทุกปี	2.56	0.96	ปานกลาง
13. ใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี	2.23	0.96	ปานกลาง
14. คลำส่วนบนของเต้านมไปตามแนวกันหอยไปจนกระทั่งถึงฐานเต้านมบริเวณรอบรักแร้ เพื่อคลำหาก้อนเนื้อ	2.62	0.97	ปานกลาง
15. ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมตามคำแนะนำของแพทย์	2.78	0.99	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.54	0.54	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.31$, $p\text{-value}<.001$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมกับพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม (n=374 คน)

ตัวแปร	พฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	0.312	<.001*	ต่ำ
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	0.064	.215	ไม่มีความสัมพันธ์

* $p\text{-value}<.001$, $r=\text{pearson's product moment correlation coefficient}$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งเต้านมโดยภาพรวมมีอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.54$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับประโยชน์ของ

การป้องกันโรค จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, 2562) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรารัตน์ ชำนาญช่าง และคณะ (2562) ซึ่งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทักษะเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจากหลายช่องทาง เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลจากระบบบริการสาธารณสุข และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ต่าง ๆ จึงทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมมากยิ่งขึ้น จึงทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (2562) ที่พบว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อัมพันธ์ (2566) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะรัง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามแนวของ Bloom (1964) ที่ระบุว่าความรู้ (knowledge) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม (behavior) ที่เหมาะสม ในขณะที่ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดในการตัดสินใจหรือการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ระยะทางไปโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการตรวจ หรือการขาดแคลนบริการที่เข้าถึงได้ง่าย อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้พวกเขาไม่สามารถปฏิบัติตามได้ บางครั้งการพูดถึงโรคมะเร็งเต้านมอาจยังถือเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผยหรือไม่สะดวกใจ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่รู้สึกระส่ำระสายที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจคัดกรองในโรงพยาบาลหรือคลินิก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงแนวทางในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมโดยรวมของสตรีกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการปรับปรุงโดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมที่มีความจำเพาะและระบุช่วงอายุให้ชัดเจนเพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม
2. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เชิงคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณจะช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหา และได้แนวทางในการป้องกันที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แลพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(3), 13-24.
- ชมภูณัฐ พบประเสริฐ, เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และปณตารีย์ หิรัณย์สิริกุล. (2560). ความเสี่ยงมะเร็งเต้านม ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 4(2), 123-126.
- ณอมศรี อินทนนท์ และรุจิรา อ่ำพันธ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรีอใหญ่ อำเภอยะรัง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(1), 113-124.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2565). *ประชากรทะเบียนราษฎร จำแนกรายอายุและเพศ*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584>
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563*. https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/files/main.pdf
- สถิติสุขภาพคนไทย. (2565). *โรคมะเร็งเต้านม*. <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/system/index.php?t=03>
- สุณัฐชา ขาวเอี่ยม, ธัญญพัทธ์ เฝ้ามิตรเจริญ, ณัฐติยา ไกรกิจการ, สุทธิดา แก้วมุงคุณ และนัชชา ยันติ. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการตรวจโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลตากฟ้า อำเภอดงเจริญ จังหวัดนครสวรรค์. *งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม วันที่ 9 - 10 กรกฎาคม 2563*, 1155-1163.
- สุรารัตน์ ชำนาญช่าง, วรรณรัตน์ ลาวัง และอโนชา ทศนาถนชัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(3), 104-105.
- โสภิต ก่อพูนศิลป์ และทิพาพร พงษ์เมษา. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในช่วงการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 35(4), 373-384.
- รังษิณพดล โถทอง, ศุภพร แสงกระจ่าง, ปารณา สติธวิภาว, วิศิษฐ์ ฉวีพจน์กำจร, โสภิตตรา สมหารวงศ์, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(1), 16-17.
- รัศมี โชติแสงสาคร, สุริพร ธนศิลป์ และนพมาศ พัดทอง. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีวัยหมดระดู. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(2), 107-108.
- อภิญา ก่อเต็ม, ศศิกานต์ นิเฮาะ และจรัญ เจริญมรรค. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 2(3), 18-34.
- Bartz, A. E. (1999). *Basics Statistical Concepts* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. Longman.

Siegel, L. R., Miller, D., Fuchs, E. H., & Jemal, A. (2022). Cancer statistics, 2022. *CA CANCER J CLIN*, 72, 7-33.

World Health Organization. (2021). *Breast cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>

Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province

Suptawee Hirungerd¹

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Physical, psychological, and social changes associated with aging can affect the ability of older adults to perform daily activities and diminish their overall quality of life, particularly in communities with limited resources and access to healthcare services.

Objectives: This study aimed to: (1) assess the ability to perform activities of daily living among older adults in Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Chaiyaphum Province, and (2) evaluate their quality of life.

Methods: This descriptive study involved 260 older adults selected through stratified random sampling by village. Data were collected using structured questionnaires, including the Barthel Index of Activities of Daily Living and a quality of life assessment tool, with reliability coefficients of 0.86 and 0.88, respectively. Data was collected from December 2021 to February 2022 and analyzed using descriptive statistics.

Results: The findings revealed that: (1) most participants (87.69%) were mildly severely dependent, 7.31% were totally dependent, and 1.92% had severe dependence; and (2) Overall quality of life was at a moderate level (91.54%), with physical health, psychological well-being, social relationships, and environmental quality of life domains also rated at moderate levels: 87.69%, 95.38%, 73.46%, and 65.38%, respectively.

Conclusion: Most older adults in this study were independent and reported a moderate overall quality of life across all domains.

Implications: Quality of life among older adults should be enhanced through appropriate activities, resource allocation, and supportive environments. Health personnel should collaborate to develop effective health promotion strategies tailored to the elderly.

Keywords: Activities of daily living, Older adults, Quality of life

Corresponding author: Suptawee Hirungerd E-mail: sup_suptawee@hotmail.com

Received: 22 February 2025 Revised: 16 April 2025 Accepted: 30 April 2025

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นตามวัยส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และ 2) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 260 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 87.69 รองลงมาได้แก่ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 7.31 และน้อยที่สุดคือ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 1.92 และ 2) คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.54 และมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.69, 95.38, 73.46 และ 65.38 ตามลำดับ

สรุปผล: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม จัดสรรทรัพยากรและปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ พร้อมทั้งให้บุคลากรสาธารณสุขร่วมกันวางแผนทางพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของภาวะของโลกปัจจุบันที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครองวัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งความก้าวหน้าและวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ในขณะที่โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) และประชากรทั่วโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นถึง 1.4 พันล้านคนหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 จากปี พ.ศ. 2563 เป็น 2 เท่าคือร้อยละ 22 ในปีพ.ศ. 2593 ซึ่งพบมากในประเทศที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำและรายได้ปานกลาง (ลลิตา ทรงอภิวัฒนกุล และคณะ, 2566) ตลอดจนเทคโนโลยีอื่น ๆ ส่งผลให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มีความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยมากขึ้น (ชนาทิพย์ พลพิจิตร และคณะ, 2563) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) มากกว่าวัยอื่นอันเนื่องมาจากร่างกายเสื่อมถอยตามวัย เช่น หลอดเลือดแข็งตัว การเผาผลาญลดลง มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมรวมถึงพฤติกรรมสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การมีอารมณ์ความเครียด สะสมเป็นเวลานานมากกว่าวัยอื่น ซึ่งบางรายมีโรคประจำตัวที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (ทัศนาศ บัญทอง และคณะ, 2567) รวมถึงโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเป็นปัญหาในการเดินและการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมอีกด้วย (สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ และคณะ, 2566)

การมีปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living, ADL) ลดลง ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นการช่วยเหลือตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือการดูแลจากผู้อื่นซึ่งการดำเนินกิจวัตรประจำวันมีความสำคัญในการประเมินภาวะพึ่งพิง โดยกิจวัตรประจำวันที่สำคัญ เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกนั่ง การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระ เป็นต้น หากมีความบกพร่องหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้อาจเป็นสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ (อลงกรณ์ เปกาภิ และภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, 2564) เป็นภาระการดูแลของบุคคลในครอบครัวและยังทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองดีก็จะทำให้สามารถควบคุมภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยได้มีผลดีต่อการดำเนินชีวิตรวมถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยซึ่งคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุนั้นเป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงตามพฤติกรรมสุขภาพและตามบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม ความเป็นพลวัตจะช่วยสร้างสมดุลในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีชีวิตอย่างภาคภูมิใจ 2) สุขภาพกายและใจที่ดี 3) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) การเข้าถึงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยองค์ประกอบเหล่านี้ควรมีความเชื่อมโยงกันเพื่อให้เกิดการสร้างสมดุลในชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม (เอกพล เคราเซ และคณะ, 2562) แต่หากมีองค์ประกอบหรือปัจจัยใดที่บกพร่องไปก็อาจจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของ ปริญญ่า สัตตะบุตร และคณะ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน และการศึกษาของ จุฑามาศ วงจันทร์ และคณะ (2565) พบว่า ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การมีประกันสุขภาพ การมีผู้ดูแล การดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นกัน

ชุมชนตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า มีลักษณะทางกายภาพเป็นพื้นที่เชิงเขา ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้เฉลี่ยต่ำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในภาวะยากจน มีรายได้ไม่เพียงพอ และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา รวมถึงผู้สูงอายุยังมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลโคกสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้ข้อมูลประชากรจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (2564) จำนวน 769 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 260 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก (inclusion criteria) คือ 1) สามารถรับรู้และสื่อสารได้เข้าใจหรือมีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลแทนได้ 2) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และ กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในวันที่เก็บข้อมูล 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามหมู่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเอ็ดแอล (Barthel ADL index) ในคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) เพื่อคัดกรองและแยกประเภทผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิง รุนแรง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพิง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2565) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ จำนวน 26 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

(environment) จำนวน 8 ข้อ และคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยการให้คะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนน คือ มากที่สุด (1 คะแนน) มาก (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (4 คะแนน) และ น้อยที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและแยกตามองค์ประกอบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและแยกตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต		
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว การวิจัยครั้งนี้จึงตรวจสอบเฉพาะความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ใหม่ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's coefficient of alpha) เท่ากับ 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยประจำคณะพยาบาลศาสตร์เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัวและดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ โดยมีเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมถึงแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล แต่จะใช้รหัสตัวเลขของแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิด นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ใช้จะถูกทำลายทันทีหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยประจำคณะพยาบาลศาสตร์ และดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ไปยังเทศบาลตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30 นาทีต่อคน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.46 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.62 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.24 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.92 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท ร้อยละ 56.16 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 77.31 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.38 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.62 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.15 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.15 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=260)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	46.54
หญิง	139	53.46
อายุ		
60-69 ปี	168	64.62
70-79 ปี	59	22.69
80-89 ปี	14	5.38
90 ปีขึ้นไป	19	7.31
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	167	64.24
มัธยมศึกษา	66	25.38
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	27	10.38
อาชีพ		
เกษตรกร	226	86.92
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	10.38
ข้าราชการ	5	1.92
รับจ้าง	2	0.77
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 2,500 บาท	146	56.16
2,501-5,000 บาท	70	26.92
5,001-7,500 บาท	42	16.15
7,501-10,000 บาท	0	0.00
10,000 บาทขึ้นไป	2	0.77
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	201	77.31
เพียงพอ	53	20.38
เพียงพอและเหลือเก็บ	6	2.31

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	77	29.62
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	183	70.38
โรคความดันโลหิตสูง	77	29.62
โรคเบาหวาน	68	26.15
ไขมันในเลือดสูง	42	16.15
อื่น ๆ เช่น ข้อเข่าเสื่อม	21	8.08

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 87.69 รองลงมาได้แก่ ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 7.31 และภาวะพึ่งพิงรุนแรง ร้อยละ 3.08 ตามลำดับ ส่วนที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงปานกลาง ร้อยละ 1.92 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=260)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะพึ่งพิง (12-20 คะแนน)	228	87.69
ภาวะพึ่งพิงปานกลาง (9-11 คะแนน)	5	1.92
ภาวะพึ่งพิงรุนแรง (5-8 คะแนน)	8	3.08
ภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์ (0-4 คะแนน)	19	7.31
(M=16.30, SD=4.68, min=3, max=20)		

3. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.54 เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.69, 95.38, 73.46 และ 65.38 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต (n=260)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	20 (7.69)	228 (87.69)	12 (4.62)
ด้านจิตใจ	0 (0.00)	248 (95.38)	12 (4.62)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9 (3.46)	191 (73.46)	60 (23.08)
ด้านสิ่งแวดล้อม	84 (32.31)	170 (65.38)	6 (2.31)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	10 (3.85)	238 (91.54)	12 (4.62)

อภิปรายผล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 87.69 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ถือเป็นช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (early older adulthood) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (independent older adults) ยังคงมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี สามารถ

ดำเนินชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ร่วมกับผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ด้วยการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น เป็นไปตามแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active aging) ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระ มีสุขภาพดี และมีส่วนร่วมกับสังคมได้อย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2002) ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพร ไพศาล และคณะ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 90.8

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.54 และมีคุณภาพชีวิตองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.69, 95.38, 73.46 และ 65.38 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,500 บาท ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่งผลต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตในภาพรวม สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในบริบทด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ล้วนมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในทุกมิติ บางรายไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำงานนอกบ้านได้ ส่งผลให้ขาดรายได้หรือมีรายได้ลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ความรู้สึกลดท้อ ความเครียด และความไม่มั่นคงในชีวิต ส่งผลต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ นัฐธรมภาพร ธนปิยวัฒน์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. การศึกษาในครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายองค์ประกอบของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรมีการจัดสรรทรัพยากรและสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
2. บุคลากรด้านสุขภาพควรมีการประชุมเพื่อหาทิศทางในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และสามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงแนวทางในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะส่งผลให้ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร โพชะโน. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาเขตสำนักงานสาธารณสุข อำเภอรณนคร. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 9(1), 328-334.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุข*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- จุฬามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิณฤทธิ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(1), 32-49.
- ชนาทิพย์ พลพิจิตร, ชมนกส มณีรัตน์, เกศแก้ว วิมลมาลา และเพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2563). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(2), 103-115.
- จิรพร ไพศาล, สุพัสชา ศรีนา, สุพัตรา บุตรราช, ศึกษา อุ่นเจริญ และมนทิยา กงลา. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(2), 55-68.
- ทัศนาศ บุญทอง, อรพรรณ โตสิงห์, ประภา ยุทธไตร, วิไลวรรณ ทองเจริญ, โสพรรณ โพทะยะ, มัตติกา ใจจันทร์, ชนินทร์ จักรภโยธิน, ขวัญธิดา พิมพ์การ, และ ทัดดาว แนนเนียน. (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภากาชาดไทย*, 39(2), 163-177.
- ธัญญาสิริ ธนยสวัสดิ์, สุนันทา ทรัพย์านนท์, ชุศรี ทองกลม, วิภาพรรณ คงชนะ, ปาณบงกช มูลสิน, ปราณิ บุญถูก และหทัยรัตน์ จิงสุวดี. (2561). การศึกษาผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 9(1), 201-209.
- นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์, รุจิระชัย เมืองแก้ว และบุผา แก่นชัยภูมิ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 46(1), 120-130.
- ปริญญญา สัตตะบุตร, รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ และสุนิสา จั๋ยม่วงศรี. (2564). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ในจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสาร มจร การพัฒนาลังคม*, 6(3), 17-32.
- มลฤดี เพ็ชรลมูล และนิติกุล บุญแก้ว. (2564). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(2), 140-151.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2564). *ประชากรจำแนกเพศกลุ่มอายุรายปี*. <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-report-detail/710884bc8d16f755073cf194970b064a>
- ลลิตา ทรงอภินันท์กุล, วัชรโรชา ทองโตนด, วนิดา เยส่อง และอรัญญา นามวงศ์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 10(2), 241-255.

- สุภัทชัย คำสีใหม่, ไพรัตน์ ฉิมหาดและพระครูวิจิตรธรรมโชติ. (2565). ศึกษาความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุมชนตำบลคลองแดน อำเภอร่อนฉิม จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 9(5), 359-371.
- สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และญาณิ แสงสาย. (2566). การทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(2), 166-178.
- อณัญญา ลาภน และสุวรรณี มณีศรี. (2563). การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(1), 65-73.
- อลงกรณ์ เปกาตี และภรณ์ วัฒนสมบูรณ์. (2564). การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย: ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. *วารสารสุขศึกษา*, 44(1), 49-59.
- เอกพล เคราเซ, นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และอัจฉรา ประเสริฐสิน. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: ถอดรหัสจากผู้รู้และผู้เป็น. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 27(2), 131-162.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>



คำแนะนำในการเตรียมบทความต้นฉบับ

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health) จะดำเนินการเผยแพร่บทความองค์ความรู้ บทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่องภาษาไทย และบทความภาษาไทยด้วย โดยจะเผยแพร่องค์ความรู้ในขอบข่ายสาขาวินิจฉัยต่อไปนี้ สาขาวิชาการพยาบาล สาขาวิชาการสาธารณสุข และสาขาวิชาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

โดยวารสารจะจัดพิมพ์ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม ถึง เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม ถึง สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน ถึง ธันวาคม) ผลงานที่ส่งมาจะต้องไม่เคยเสนอหรือกำลังเสนอตีพิมพ์ในวารสารเล่มใดมาก่อน

1. การส่งต้นฉบับบทความ

ผู้เขียนส่งต้นฉบับที่พิมพ์ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารจำนวน 1 ชุด ในรูปแบบไฟล์ MS-Word และ PDF ส่งบทความในระบบ ThaiJo ถึง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสถาบรรณาธิการวารสาร โทร.061-5199426 หรือติดต่อได้ที่ ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ บรรณาธิการผู้ช่วย โทร.061-9799659 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 167 หมู่ 2 ถนนชัยภูมิ-ตาดโตน ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ 36000 โดยสามารถติดต่อได้ที่อีเมล ajnp@cpru.ac.th โทร 044-815111 ต่อ 5100 บทความที่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะได้รับการพิจารณาดำเนินการทันที

2. รูปแบบบทความและการพิมพ์เนื้อหา

ขนาดของต้นฉบับ การพิมพ์ข้อความหน้าเดียวจัดพิมพ์เป็น 1 คอลัมน์ บนกระดาษขนาด A4 โดย ตั้งค่าระยะห่างระหว่างขอบกระดาษด้านบน 2.54 เซนติเมตรและด้านล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 2.54 เซนติเมตร ด้านขวา 2.54 เซนติเมตร การพิมพ์เว้นวรรคข้อความ พิมพ์เว้นวรรคตัวเลข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เว้นวรรค 1 ตัวอักษร ความยาวไม่เกิน 14 หน้ากระดาษ การจัดรูปแบบหน้ากระดาษให้ตัวหนังสือให้ชัดเจนทั้งสองด้านในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า การเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียวให้ใช้เว้นวรรคหรือเท่ากับการกด space 1 เคาะ

3. รูปแบบอักษรและการจัดวางตำแหน่ง

ใช้รูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ทั้งฉบับในการจัดพิมพ์บทความต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word ขนาดอักษร 16 และหากพิมพ์ในตารางและในกรอบรูปภาพใช้ขนาดอักษร 14

4. องค์ประกอบของบทความวิจัย

4.1 ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ภาษาอังกฤษชื่อบทความ และในเนื้อหาให้ใช้อักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวแรกนอกนั้นให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด นอกจากคำเฉพาะ โดยพิมพ์ชื่อบทความภาษาไทยขึ้นก่อนอังกฤษ ใช้อักษรขนาด 18 (ตัวหนา)



4.2 ชื่อผู้เขียนไทยและอังกฤษ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ให้ระบุเฉพาะชื่อและนามสกุลโดยไม่ต้องมีคำนำหน้าขนาดอักษร 14 หนา ชื่อภาษาอังกฤษให้ใช้ขนาดอักษร 14 หนาตำแหน่งกึ่งกลาง ใต้ชื่อเรื่องโดยเว้น 1 บรรทัด ให้กำกับหมายเลขยกกำลังไว้ต่อท้ายด้วย สำหรับชื่อของหน่วยงานและจังหวัดให้พิมพ์บรรทัดต่อไป และใช้ตัวอักษรขนาด 14 โดยพิมพ์ชื่อหน่วยงานต้นสังกัดให้ตรงกับตัวเลขยกกำลังที่กำกับไว้ในหน้าเดียวกัน พร้อมทั้งระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) และระบุ E-mail ของผู้ประพันธ์บรรณกิจ ขนาดอักษร 14 ใต้คำสำคัญหรือ Key word

4.3 บทคัดย่อภาษาไทย/ภาษาอังกฤษ เขียนสรุปเนื้อหาของบทความวิจัยทั้งหมดให้เข้าใจเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย สรุปผล และข้อเสนอแนะ โดยความยาวไม่เกิน 350 คำ พิมพ์หัวข้อเป็นตัวหนาขนาดตัวอักษร 16 หนา จัดตำแหน่งกึ่งกลางหน้ากระดาษโดยให้บทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) แปลบทคัดย่อภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษซึ่งต้องมีเนื้อหาตรงกันและทำการจัดหน้าและรูปแบบการพิมพ์เช่นเดียวกัน

4.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ (ไม่ใช่วลี หรือ ประโยค) ให้ใช้เครื่องหมาย (,) คั่นระหว่างคำสำคัญเป็นการระบุคำสำคัญหลักในเนื้อเรื่องงานวิจัย ต้องเป็นคำศัพท์ที่สามารถใช้ในการสืบค้นหรืออ้างอิงได้

4.5 บทนำ บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวิจัย และควรเขียนให้เห็นถึง Gap of knowledge ในสิ่งที่ยังไม่ได้ศึกษาหรือสิ่งที่กำลังต่อยอดพัฒนาเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่

4.6 วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อความที่ชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับเป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการศึกษาวิจัยโดยระบุถึงสิ่งที่นักวิจัยตั้งใจจะศึกษาหรือบรรลุสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้เรียนรู้หรือค้นพบผ่านการวิจัย

4.7 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการคาดเดาคำตอบการวิจัยไว้ล่วงหน้า ควรระบุให้มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้

4.8 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยควรเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ) และตัวแปรตาม ที่ใช้ศึกษาโดยมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพเชื่อมโยงเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

4.9 ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายรายละเอียดดังนี้

1) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า เกณฑ์การคัดออก และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2) **เครื่องมือวิจัย** เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

3) **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ควรระบุด้วยว่านำเครื่องมือวิจัยของใครมาใช้หรือว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัยมาจากของใครซึ่งอ้างอิงที่มาให้ชัดเจนควรระบุทั้งความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability)

4) **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากแหล่งใด หมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

5) **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ควรระบุวิธีการเก็บข้อมูลว่าทำอย่างไรบ้างรวมถึงช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

6) **การวิเคราะห์ข้อมูล** ควรระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินั้น ๆ



4.10 ผลการวิจัย บอกผลที่ได้จากการวิจัยอย่างชัดเจน สมบูรณ์ และมีรายละเอียดครบถ้วนอาจแสดงด้วยตารางกราฟ แผนภาพประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตาราง ควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา ขนาด 14 โดยให้หัวตารางขนาด 14 หนา ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปภาพที่ชัดเจนและมีคำบรรยายบนรูปโดยเว้นบรรทัด 1 บรรทัด ใช้คำว่า “**ตารางที่ 1** หรือ **ภาพที่ 1** ให้พิมพ์ขนาด 16 หนา พิมพ์ชิดขอบด้านซ้ายของกระดาษ ส่วนข้อความของชื่อตารางให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรบาง ถ้าข้อความยาวต้องต่อบรรทัดที่สองให้พิมพ์ย่อหน้าเข้ามาให้ตรงกับคำแรกของชื่อตารางหากตารางมีความยาวมากจำเป็นต้องขึ้นหน้าใหม่ให้พิมพ์ว่า **ตารางที่ 1 (ต่อ)** ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย

4.11 อภิปรายผล อภิปรายผลตามสรุปผลการวิจัยที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่และมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลงานของผู้อื่นอย่างไร ควรอ้างทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิมรวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์

4.12 ข้อเสนอแนะ

1) **การนำผลการวิจัยไปใช้** กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในการศึกษาอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงตามวัตถุประสงค์ และได้การรับรองการใช้ประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) **การทำวิจัยครั้งต่อไป** กล่าวถึงการเสนอแนะให้ผู้อ่านที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันให้ทราบว่า ควรจะทำวิจัยในประเด็นปัญหาอะไรอะไรบ้าง ควรศึกษาตัวแปรอะไรอีกบ้าง รวมทั้งการเปลี่ยนระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่ จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

4.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ระบุสั้น ๆ ว่าได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถเขียนได้ โดยให้อยู่เบื้องหลังเนื้อหาหลักของบทความ และก่อนบรรณานุกรม เช่น ขอขอบคุณสาขาวิชาประกาศนียบัตรบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่เอื้อเฟื้อเอกสาร ข้อมูลและสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการทำโครงการวิจัยนี้

4.14 เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)

5. บทความทางวิชาการ

1. ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่ง สังกัดผู้แต่ง และอีเมลสำหรับติดต่อผู้แต่ง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เขียนตามรูปแบบบทความวิจัย

2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ผู้เขียนสรุปเนื้อหาสาระสำคัญของบทความทั้งหมดให้ผู้อ่านเข้าใจสาระของบทความในภาพรวมเพียงหน้าเดียวซึ่งเขียนอธิบายตามองค์ประกอบ ดังนี้ บทนำ วัตถุประสงค์ สาระสำคัญ สรุป และข้อเสนอแนะ

3. บทนำเป็นความเป็นมาของปัญหาเป็นการเขียนสาระความสำคัญและจุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะเขียน ซึ่งจะเป็นการปูพื้นฐานเข้าสู่เนื้อหาของบทความหลักการและเหตุผล หรือความเป็นมาประกอบไปด้วย 1) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่าการศึกษาครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ



-
4. วัตถุประสงค์เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนที่ต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ
 5. เนื้อเรื่องจะเป็นการเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่ได้เขียนได้วางโครงเรื่องไว้ โดยหัวข้ออาจแตกต่างกันในบทความวิชาการแต่ละเรื่อง โดยผู้เขียนจะเขียนทั้งข้อเท็จจริง ข้อมูล ข้อค้นพบต่าง ๆ และแทรกความคิดเห็นของผู้เขียนตลอดจนทรรศนะในด้านต่าง ๆ
 6. บทสรุป เป็นการสรุปสาระของรายละเอียดในเนื้อหาหรือเสนอเป็นข้อสังเกต ข้อเสนอแนะต่อเนื้อหา การสรุปจะเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นหลักทำให้ผู้อ่านเห็นภาพของส่วนเนื้อหาได้
 7. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ เป็นการสื่อสารบอกวิธีการให้ผู้อ่านนำบทความวิชาการไปปรับใช้ในเรื่องหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน
 8. เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบ APA 7th (American Psychological Association 7th)



หลักการเขียนเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบ APA 7th Edition

1) การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามรูปแบบ APA 7th Edition

หลักการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text Citation) ตามแบบ APA 7th Edition มี การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (Narrative citation) และการอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

1. การอ้างอิงแบบผู้แต่ง (Narrative citation)

เป็นการระบุชื่อผู้แต่งในเนื้อหา ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: Smith (2020) found that...
- ผู้แต่ง 2 คน: Johnson and Smith (2022) demonstrated that...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: Williams et al. (2021) concluded that...

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: สุชาติ (2565) พบว่า...
- ผู้แต่ง 2 คน: วินัย และ วิชัย (2564) แสดงให้เห็นว่า...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: สมศักดิ์ และคณะ (2563) สรุปว่า...

2. การอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

เป็นการระบุทั้งชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ในวงเล็บ ท้ายข้อความที่อ้างอิงถึง

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (Smith, 2020).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (Johnson & Smith, 2022).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (สุชาติ, 2565).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (วินัย และ วิชัย, 2564).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (สมศักดิ์ และคณะ, 2563).

3. การอ้างอิงงานหลายชิ้นในวงเล็บเดียวกัน

เรียงลำดับตามอักษรของชื่อผู้แต่ง คั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Several studies have shown similar results (Johnson, 2020; Smith, 2022; Williams et al., 2021).

ตัวอย่างภาษาไทย:

การศึกษาหลายชิ้นแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน (สุชาติ, 2565; วินัย และ วิชัย, 2564; สมศักดิ์ และคณะ, 2563)



4. การอ้างอิงข้อความโดยตรง (Direct Quotes)

ระบุเลขหน้าโดยใช้ "p." สำหรับหน้าเดียว และ "pp." สำหรับหลายหน้า ในภาษาไทย ใช้ "น."

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

According to Smith (2020), "the results were inconsistent" (p. 45).

"The results were inconsistent" (Smith, 2020, p. 45).

ตัวอย่างภาษาไทย:

ตามทีสุชาติ (2565) กล่าวว่า "ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (น. 45)

"ผลลัพธ์ไม่มีความสอดคล้องกัน" (สุชาติ, 2565, น. 45)

5. การอ้างอิงงานที่ไม่ระบุปีที่พิมพ์

ใช้ "n.d." สำหรับภาษาอังกฤษ และ "ม.ป.ป." สำหรับภาษาไทย

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson (n.d.) argues that...

The study showed significant results (Johnson, n.d.).

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย (ม.ป.ป.) ได้แย้งว่า...

การศึกษาแสดงผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ (วิชัย, ม.ป.ป.)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับการอ้างอิงในเนื้อหา

1. ความสม่ำเสมอ: ใช้รูปแบบการอ้างอิงอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งเอกสาร
2. ผู้แต่งเป็นองค์กร: ระบุชื่อเต็มในการอ้างอิงครั้งแรก ตามด้วยตัวย่อในวงเล็บ หลังจากนั้นใช้ตัวย่อได้
 - ครั้งแรก: World Health Organization (WHO, 2023)
 - ครั้งต่อไป: WHO (2023)
3. ผู้แต่งมีชื่อซ้ำกัน: เพิ่มตัวอักษรย่อชื่อต้นเพื่อแยกความแตกต่าง
 - Smith, J. (2022) และ Smith, R. (2022)

2) การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่องตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเรียงลำดับ: เรียงตามลำดับอักษรของชื่อผู้แต่ง
2. รูปแบบชื่อผู้แต่ง:
 - 2.1 ภาษาอังกฤษ: นามสกุล, อักษรย่อชื่อต้น.
 - 2.2 ภาษาไทย: ชื่อ นามสกุล.
3. การเว้นวรรค: ใช้การเว้นหนึ่งวรรคหลังเครื่องหมายวรรคตอน
4. การจัดรูปแบบ: ย่อหน้าแรกชิดขอบซ้าย และย่อหน้าถัดไปให้เยื้องเข้ามา 0.5 นิ้ว (hanging indent)
5. ชื่อหนังสือและวารสาร: เขียนด้วยตัวเอียง (italics)



1. การอ้างอิงจากบทความในวารสาร

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. DOI หรือ URL (ถ้ามี)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Smith, J. A., & Jones, B. B. (2023). The impact of climate change on coral reefs. *Marine Biology*, 45(2), 112-128. <https://doi.org/10.1234/mb.2023.45.2.112>

ตัวอย่างภาษาไทย:

สมศักดิ์ สุขใจ. (2565). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาไทย. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 35(2), 78-95.

2. การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Johnson, M. R. (2022). *Principles of cognitive psychology* (5th ed.). Academic Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2564). หลักการพัฒนาหลักสูตรและการสอน (พิมพ์ครั้งที่ 3). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

3. การอ้างอิงจากฐานข้อมูลออนไลน์

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า. ชื่อฐานข้อมูล. URL หรือ DOI

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Wilson, K. L., & Kurtz, R. M. (2020). Effects of meditation on stress levels in college students. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 235-249. PsycINFO. <https://doi.org/10.1177/1359105320912345>

ตัวอย่างภาษาไทย:

พิมพ์ชนก ศรีสุริยะมัตย์. (2563). การวิเคราะห์องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงานของครูไทย. *วารสารจิตวิทยา*, 25(1), 45-62. ฐานข้อมูล ThaiJO. <https://www.tci-thaijo.org/index.php/psycho/article/view/12345>

4. การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ จากเว็บไซต์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่เผยแพร่ หรือ ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่อง. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, January 15). COVID-19 vaccines. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/index.html>

ตัวอย่างภาษาไทย:

กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 มกราคม). แนวทางการดูแลสุขภาพในช่วงฤดูหนาว. <https://www.moph.go.th/health/winter-care-2023>



5. การอ้างอิงจากบทความในหนังสือพิมพ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปี, เดือน วันที่). ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์, หน้า.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Thompson, A. (2022, June 12). New education policy faces criticism. The New York Times, p. A4.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ชนพล สุทธิวงศ์. (2565, 17 สิงหาคม). แนวโน้มเศรษฐกิจไทยปี 2566. ไทยรัฐ, น. 7.

6. การอ้างอิงจากบท/ตอนในหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้เขียนบท. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), ชื่อหนังสือ (น. เลขหน้า). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Adams, P. J. (2021). Cognitive development in early childhood. In R. J. Brown (Ed.), Child development: A comprehensive guide (pp. 125-148). Oxford University Press.

ตัวอย่างภาษาไทย:

สุพัตรา จิรนนทนการ. (2564). การพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์. ใน วิทยา คชเสนี (บ.ก.), เทคนิคการสอนในศตวรรษที่ 21 (น. 78-96). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

7. การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ:

ผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อวิทยานิพนธ์ [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล/แหล่งที่มา.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Martinez, R. J. (2020). The influence of social media on adolescent self-esteem [Doctoral dissertation, University of Michigan]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

ตัวอย่างภาษาไทย:

ชนวัฒน์ สุขสมบูรณ์. (2563). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2563/TU_2563_xxxx_xxxx_xxxx.pdf

8. การเขียนอ้างอิงจากการประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ:

ผู้นำเสนอ. (ปี, เดือน วันที่). ชื่อผลงานที่นำเสนอ [รูปแบบการนำเสนอ]. ชื่อการประชุม, สถานที่.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

Liu, S., & Roberts, K. (2022, July 15-17). Artificial intelligence applications in education [Paper presentation]. International Conference on Educational Innovation, Singapore.

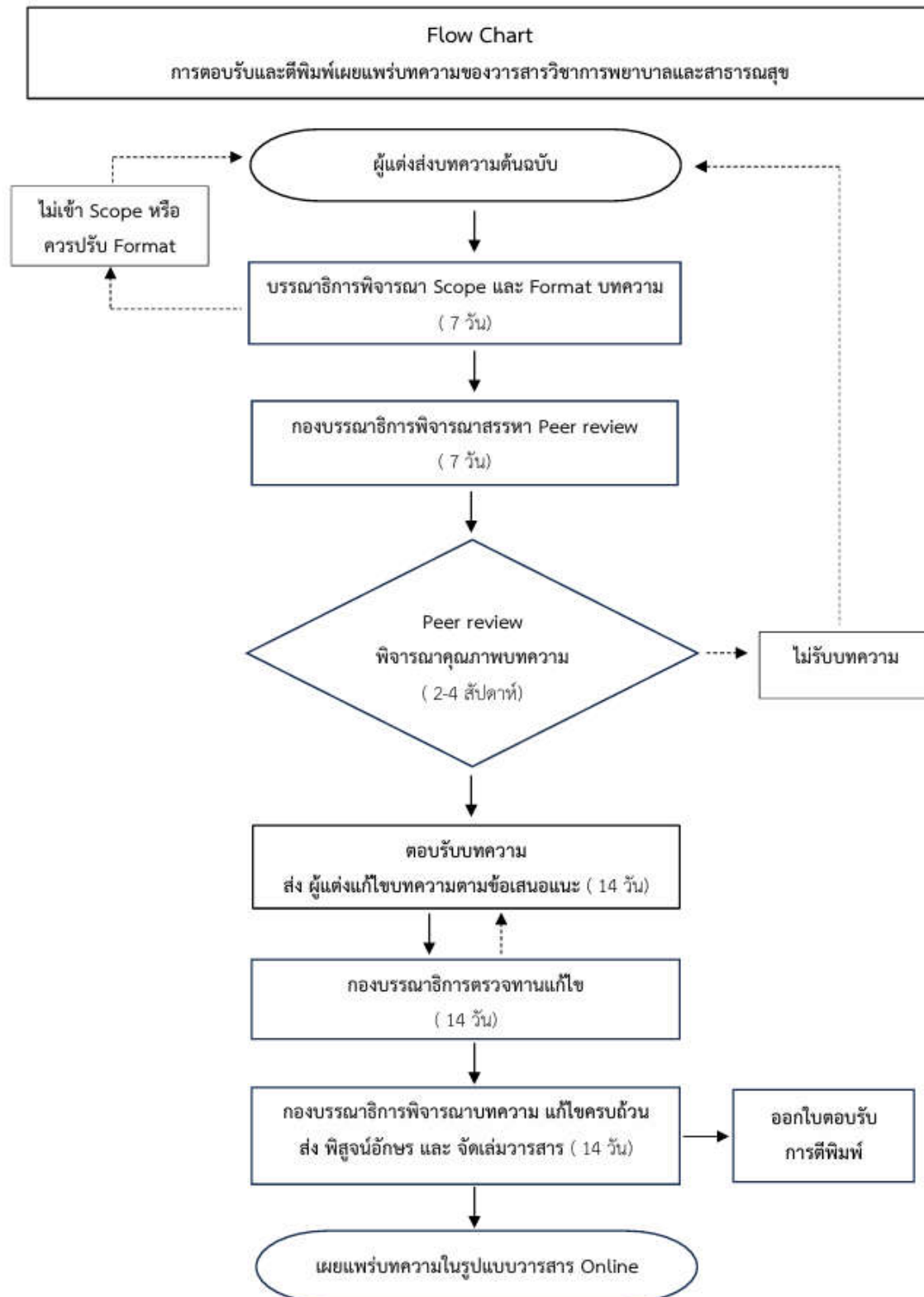
ตัวอย่างภาษาไทย:



กมลวรรณ ตังธนากันท์ และ ศิริชัย กาญจนวาสี. (2564, 18-20 พฤษภาคม). การพัฒนาเครื่องมือวัดทักษะการคิดขั้นสูง [การนำเสนอบทความ]. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านการวัดและประเมินผลการศึกษา ครั้งที่ 8, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. DOI และ URL: หากมี DOI ให้ใช้ DOI แทน URL โดยเขียนในรูปแบบ <https://doi.org/xxxxxx> (ไม่มีเครื่องหมาย "Retrieved from" หรือ "สืบค้นจาก")
2. วันที่สืบค้น: ใส่วันที่สืบค้นเฉพาะกรณีที่ข้อมูลอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เว็บไซต์ที่มีการอัปเดตบ่อย
3. ผู้แต่งหลายคน:
 - o ผู้แต่ง 1-20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนโดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และใช้เครื่องหมาย & (ภาษาอังกฤษ) หรือ และ (ภาษาไทย) ก่อนชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
 - o ผู้แต่งมากกว่า 20 คน: ใส่ชื่อผู้แต่ง 19 คนแรก ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค, จุดไข่ปลาสามจุด (...) และชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย
4. ไม่ระบุผู้แต่ง: ให้ใช้ชื่อเรื่องแทนชื่อผู้แต่ง
5. ไม่ระบุปีที่พิมพ์: ใช้ (n.d.) สำหรับภาษาอังกฤษ หรือ (ม.ป.ป.) สำหรับภาษาไทย





ACADEMIC JOURNAL
OF NURSING AND PUBLIC HEALTH



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 2568)