



ACADEMIC JOURNAL
OF NURSING AND PUBLIC HEALTH

AJNP

ISSN 3088-1846 (ONLINE)

วารสารวิชาการพยาบาล และสาธารณสุข

ACADEMIC JOURNAL OF NURSING
AND PUBLIC HEALTH

มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2568)



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



ปีที่ 1 ฉบับที่ 2

เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ.2568

วัตถุประสงค์

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

ขอบเขตการรับตีพิมพ์

การรับตีพิมพ์บทความภาษาไทยทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการตามขอบเขต การพยาบาล และการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

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 3088-1846 (Online)

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์บทความ



ที่ปรึกษาวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.सानนท์ ด่านภักดี อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโส มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.ปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ประจักษ์ เทิกขุนทด โรงพยาบาลพระอาจารย์วัน อุตตโม
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาทิยามาส มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล เอื้อมณีกุล มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ฐานิดา ผาติเสนะ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว วิทยาลัยนครราชสีมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิปภา ภูมมารักษ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรัศม์ ภูงศ์ชัย มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.จิรัชญา เหล่าคมพฤษณาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม
ดร.เทคนิคการแพทย์ ณิชูปคัลภ์ สันวิจิตร โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ธรณินทร์ คุณแขวน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ฝ่ายจัดการวารสาร

ดร.อิสระพงศ์ ถนัดคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
นายปัญจจรุจน์ วัชรจรัสภัสร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ

ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความประจำปี

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ.2568

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาภรณ์ นาคามดี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีบตระกูล ตันตลานุกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร สมบูรณ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ จันทรมณี	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผกาพรรณ บุญเต็ม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา ศรีเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญรัศม์ ภูซังค์ชัย	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.เทคนิคการแพทย์ ณิชูปคัลภ์ สันวิจิตร	โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยกคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.ภารดี บุญเพิ่ม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.อุ้นเรือน แก้วพินิจ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.สุรียา ฟองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ดร.ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.ชาตรี แมตส์	มหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์
ดร.เพียงพิมพ์ ปันระสี	มหาวิทยาลัยมหิดล นครสวรรค์
ดร.จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ดร.สุรัสวดี พนมแก่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น



บทบรรณาธิการ

เรียน ผู้อ่านบทความทุกท่าน

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข ประจำปี 2568 ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ.2568 ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งทางวารสารได้รับเกียรติจากนักวิจัยหลายสถาบันส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการที่สะท้อนถึงประเด็นทางสุขภาพที่หลากหลายและล้วนเป็นผลงานที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดตามมาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่ซึ่งมีบทความวิจัย 6 บทความ ประกอบด้วย (1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดเพื่อลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ (2) ความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ (3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา (4) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนีนสง่า จังหวัดชัยภูมิ (5) ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง (6) ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ และบทความวิชาการ 1 บทความ ได้แก่ บทบาทพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

ในฐานะบรรณาธิการวารสาร ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณต่อผู้นิพนธ์บทความ กองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของวารสารฉบับนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุขจะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ที่เปิดโอกาสให้กับนักวิจัยทุกท่านได้เผยแพร่องค์ความรู้สู่สังคมเพื่อความก้าวหน้าทางศาสตร์สุขภาพอย่างมีคุณภาพต่อไป

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ วุฒิสโ

บรรณาธิการวารสาร



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
Effectiveness of Elastic Band Exercise Program to Reduce Pain and Improve Daily Activities in Elderly with Knee Osteoarthritis at Uttaradit Hospital ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดเพื่อลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ Thanaporn Panyasin ณะพร ปัญญาสิน	1 - 18
Knowledge, Attitudes, and Competencies of Professional Nurses in End-of-Life Care at a Tertiary Hospital in Chaiyaphum Province ความรู้ ทศนคติ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ Sineenad Khunkhwaen สีนินาฏ คุณแฉวน Sureeporn Kruathanawit สุรีพร เครือธนาวิทย์ Ananya Lalun อนัญญา ลาลุน Yiam Khongruangrat เยี่ยม คงเรืองราช	19 - 30
Factors Associated with 28-Day Readmission among Patients with Schizophrenia: A Second Episode at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา Somrudee chumkaew สมฤดี ชุมแก้ว Warinda Athikanaporn วรณดา อธิคณาพร Panya Yunyongtrakul ปัญญา ยืนยงตระกูล Pornchanok Jumphet พรชนก จุมพิศ	31 - 43
Development of community participation model to reduce sodium consumption in Kahad Subdistrict, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ Mayuree Ittikun มะยุรี อิทธิกุล	44 - 60



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

The Effect of a Family Participation Program on Health Behavior 61 - 75

Modification of Hypertension Risk Groups, MaeMoh District,
Lampang Province

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

Narong Kasai ณรงค์ ก้าสาย

Nukoon Nusuk นุกูล หนูสุข

Potential for promoting early childhood development with the local 76 - 86

wisdom of parents in Kok Sung Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District,
Chaiyaphum Province

ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง
ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

Yuphadi Sa-nguanphong ยุภาดี สงวนพงษ์

บทความวิชาการ

The Role of Nurses in Using Digital Technology to Promote Human 87 - 97

Papillomavirus Vaccination Among Adolescents

บทบาทพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็ง
ปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

Wiriya Sila วิริยา ศิลา

Surachet Kukumsai สุระเชษฐ์ กุคำใส

Napatwarin Phoosawat นภัสวาริน พูลสวัสดิ์





คำแนะนำในการเตรียมบทความต้นฉบับ

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health) จะดำเนินการเผยแพร่บทความองค์ความรู้ บทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่องภาษาไทย และบทความไทยด้วย โดยจะเผยแพร่องค์ความรู้ในขอบข่ายสาขาวิชาดังต่อไปนี้ 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 วุฒิสโร บรรณาธิการวารสาร 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 ตั้งค้ำระยะห่างระหว่างขอบกระดาษด้านบน 2.54 เซนติเมตรและด้านล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 2.54 เซนติเมตร ด้านขวา 2.54 เซนติเมตร การพิมพ์เว้นวรรคข้อความ พิมพ์เว้นวรรคตัวเลข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เว้นวรรค 1 ตัวอักษร ความยาวไม่เกิน 14 หน้ากระดาษ การจัดรูปแบบหน้ากระดาษให้ตัวหนังสือให้ชิดขอบทั้งสองด้านในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า 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 ข้อความที่ชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับเป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการศึกษาวิจัยโดยระบุถึงสิ่งที่นักวิจัยตั้งใจจะศึกษาหรือบรรลุสิ่งที่ความหวังว่าจะได้เรียนรู้หรือค้นพบผ่านการวิจัย

4.7 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการคาดเดาคำตอบการวิจัยไว้ล่วงหน้า ควรระบุให้มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้

4.8 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยควรเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ) และตัวแปรตาม ที่ใช้ศึกษาโดยมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพเชื่อมโยงเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

4.9 ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายรายละเอียดดังนี้

1) **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประกอบด้วย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือก 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** ควรระบุช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างอย่างไร เก็บข้อมูลอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาตอบคำถาม และวิธีขอรับแบบสอบถามคืน เขียนเป็นขั้นตอนตามลำดับ

6) **การวิเคราะห์ข้อมูล** ควรระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินั้น ๆ



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

4.11 อภิปรายผล อภิปรายผลตามสรุปผลการวิจัยที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่และมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลงานของผู้อื่นอย่างไร ควรอ้างทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิมรวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์

4.12 ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้ กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงตามวัตถุประสงค์ และได้การรับรองการใช้ประโยชน์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป กล่าวถึงการเสนอแนะให้ผู้อ่านที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันให้ทราบว่า ควรจะทำการวิจัยในประเด็นปัญหาอะไรอะไรบ้าง ควรศึกษาตัวแปรอะไรอีกบ้าง รวมทั้งการเปลี่ยนระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่ จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

4.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) ระบุสั้น ๆ ว่าได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยและความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถเขียนได้ โดยให้อยู่เบื้องหลังเนื้อหาหลักของบทความ และก่อนบรรณานุกรม เช่น ขอขอบคุณสาขาวิชาประกาศนียบัตรบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่เอื้อเพื่อเอกสาร ข้อมูลและสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำโครงการวิจัยนี้

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) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่า การเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ



4. วัตถุประสงค์เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนที่ต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ
5. เนื้อเรื่องจะเป็นการเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่คุณเขียนได้วางโครงเรื่องไว้ 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. การเขียน อ้างอิงในเนื้อหา ตามรูปแบบ APA 7th Edition

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

1.1 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 ชูช่วย (2565) พบว่า...
- ผู้แต่ง 2 คน: วินัย กล้าจางค์ และวิชัย อางหาญ (2564) แสดงให้เห็นว่า...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ (2563) สรุปว่า...

1.2 การอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

เป็นการระบุทั้งชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ในวงเล็บ ท้ายข้อความที่อ้างถึง

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

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

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (สุชาติ ชูช่วย, 2565).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (วินัย กล้าจางค์ และวิชัย อางหาญ, 2564).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563).



1.3 การอ้างอิงงานหลายชิ้นในวงเล็บเดียวกัน

เรียงลำดับตามอักษรของผู้แต่ง คั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

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

ตัวอย่างภาษาไทย:

การศึกษาหลายชิ้นแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน (สุชาติ ชูช่วย, 2565; วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564; สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563)

1.4 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:

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

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

1.5 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.)

ข้อแนะนำเพิ่มเติมสำหรับการอ้างอิงในเนื้อหา

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. การเขียน เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเรียงลำดับ: เรียงตามลำดับอักษรของผู้แต่ง
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)

2.1 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.

2.2 การอ้างอิงจากหนังสือ

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

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

ตัวอย่างภาษาไทย:

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2564). *หลักการพัฒนากลยุทธ์และการสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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



2.4 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>

2.5 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:

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

2.6 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:

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

2.7 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:

ธนวัฒน์ สุขสมบูรณ์. (2563). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

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



2.8 การเขียนอ้างอิงจากการประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปี, วัน เดือน). ชื่อบทความ. ใน *ชื่อการประชุม* (หน้า xx-xx). หน่วยงานที่จัดประชุม. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

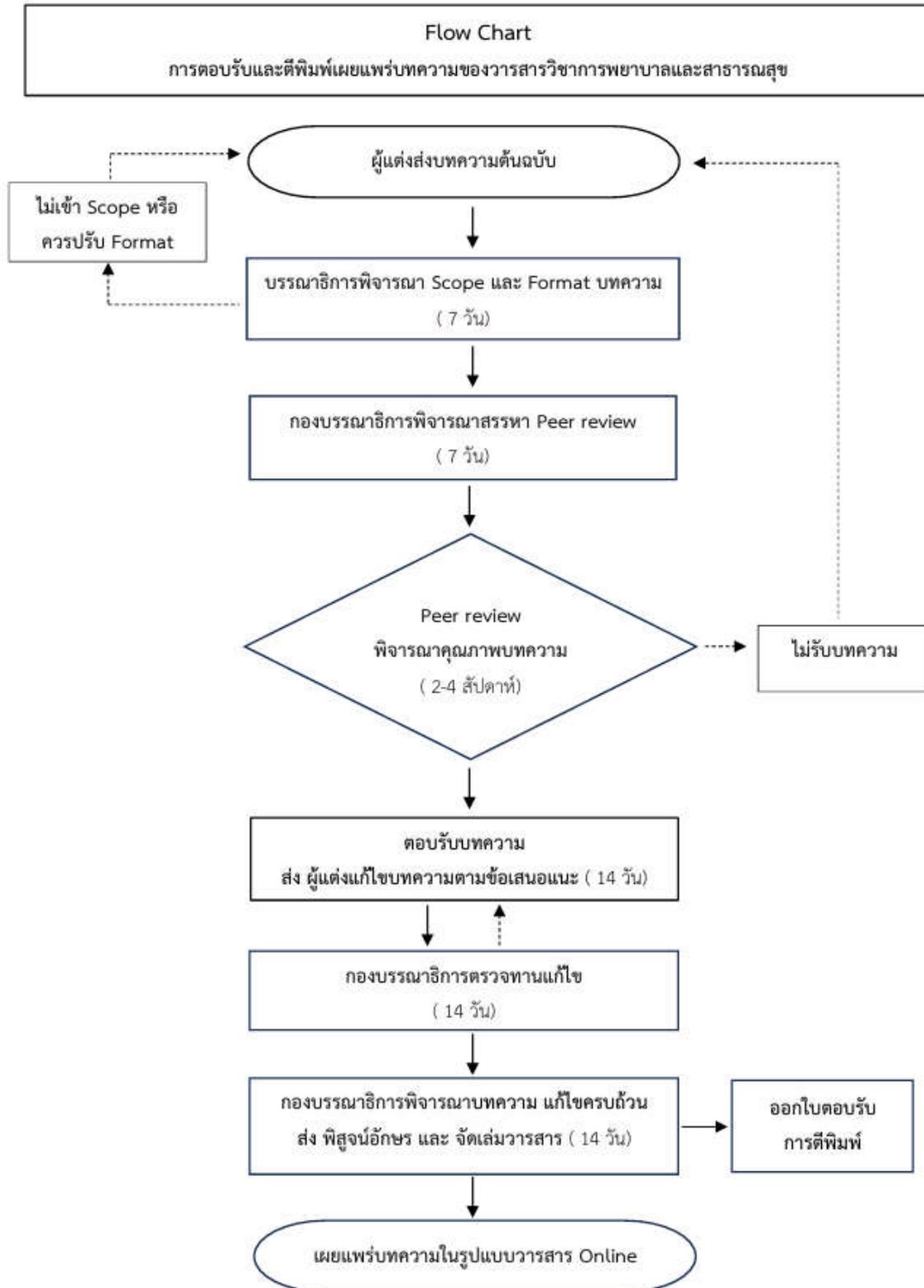
Johnson, A. (2020, December 15). Digital mental health promotion in the new normal. In *Proceedings of the 5th International Conference on Mental Health* (pp. 45–52). World Mental Health Association. <https://wmhconference.org/proceedings2020>

ตัวอย่างภาษาไทย:

อนันต์ พัฒนกุล. (2564, 15 ธันวาคม). การส่งเสริมสุขภาพจิตในยุคดิจิทัล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติสุขภาพจิต ครั้งที่ 5* (หน้า 45–52). กรมสุขภาพจิต. <https://mhconference.go.th/proceedings2021>

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. DOI และ URL: หากมี DOI ให้ใช้ DOI แทน URL โดยเขียนในรูปแบบ <https://doi.org/xxxxxxx> (ไม่เขียน "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



Effectiveness of Elastic Band Exercise Program to Reduce Pain and Improve Daily Activities in Elderly with Knee Osteoarthritis at Uttaradit Hospital

Thanaporn Panyasin¹

¹Department of Physical Therapy, Rehabilitation Medicine Group, Uttaradit Hospital, Uttaradit

Abstract

Introduction: Knee osteoarthritis is a significant public health concern among the elderly, leading to pain and impairing the ability to perform daily activities. Elastic band exercises have emerged as a potential non-pharmacological intervention to alleviate pain and enhance functional, mobility and balance.

Objective: To study the effectiveness of an elastic band exercise program in reducing pain, improving daily activity performance, and enhancing mobility in elderly patients with knee osteoarthritis.

Methods: This study employed a two-group, quasi-experimental design with repeated measures. A total of 22 elderly patients with knee osteoarthritis were purposively selected and assigned alternately into an experimental group (n=11) and a control group (n=11). The research instrument included the Elastic Band Exercise Program, the Visual Analog Scale (VAS), the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), and the Time Up and Go Test (TUGT). Measurements were conducted at baseline, week 4, and week 8. Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman's test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

Results: The experimental group showed: (1) a significant reduction in VAS at weeks 4 and 8 compared to baseline (p-value<.001), and significantly lower scores than the control group at week 4 (p-value=.037) and week 8 (p-value<.001); (2) significantly lower WOMAC scores at weeks 4 and 8 compared to baseline (p-value<.001), and significantly lower than the control group at week 4 (p-value=.028) and week 8 (p-value=.002); and (3) a significant improvement in TUGT scores from baseline (p-value<.001), with significantly better performance than the control group at week 4 (p-value=.045) and week 8 (p-value=.003).

Conclusion: The elastic band exercise program was effective in reducing pain, improving daily activities, and enhancing mobility and balance in elderly patients with knee osteoarthritis.

Implication: The elastic band exercise program should be implemented as a treatment option for elderly patients with knee osteoarthritis. Long-term studies should be conducted to assess the sustainability of treatment outcomes.

Keywords: Daily activities, Elastic band exercise, Elderly, Knee osteoarthritis, Pain

Corresponding author: Thanaporn Panyasin E-mail: fthanaporn@gmail.com

Received: 1 April 2025 Revised: 13 May 2025 Accepted: 15 May 2025

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดเพื่อลดอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ธนะพร ปัญญาสิน¹

¹งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, จังหวัดอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดอาการปวดและจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การออกกำลังกายด้วยยางยืดเป็นทางเลือกที่มีแนวโน้มในการลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสลับทีละคน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด แบบวัดความเจ็บปวด แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และแบบทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว วัดผลก่อนทดลอง หลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา, สถิติทดสอบ Friedman's test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มทดลอง 1) มีคะแนนความปวดหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ($p\text{-value} = .037$) และสัปดาห์ที่ 8 ($p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) มีคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ($p\text{-value} = .028$) และสัปดาห์ที่ 8 ($p\text{-value} = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ 8 มีระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ($p\text{-value} = .045$) และสัปดาห์ที่ 8 ($p\text{-value} = .003$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดมีประสิทธิผลในการลดความปวด เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและระยะในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดไปใช้เป็นทางเลือกในการรักษาผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และควรมีการศึกษาผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลการรักษา

คำสำคัญ: ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน, การออกกำลังกายด้วยยางยืด, ผู้สูงอายุ, โรคข้อเข่าเสื่อม, อาการปวด

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ธนะพร ปัญญาสิน อีเมล: fthanaporn@gmail.com

วันที่รับ: 1 เมษายน 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 13 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 15 พฤษภาคม 2568

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2568

Volume 1 No. 2 (May - Aug) 2025

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Knee Osteoarthritis) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ก่อให้เกิดอาการปวด ข้อฝืดรูป และจำกัดการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (แสงอรุณ ตังก้อง, 2560) โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทั่วโลกในปี ค.ศ. 2019 จำนวน 528 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1990 ร้อยละ 113 โดย 344 ล้านคนเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรง (World Health Organization: WHO, 2023) สำหรับประเทศไทยจากการคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 8.5 ล้านคน พบโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 4.8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 5.7 โดยผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้บริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.5 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของบริการผู้ป่วยนอกกลุ่มผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 10 อันดับแรก (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2567) จากข้อมูลโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ปี 2566 พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 6,910 คน และจำนวนผู้ป่วยในหน่วยกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 169 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 258 คน ในปี พ.ศ. 2566 การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี ทั้งการใช้ยาและการกายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัดกว่าร้อยละ 93 นิยมใช้การออกกำลังกายในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ (ภาสกร สายสุริย์ และปราณีต เพ็ญศรี, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim et al. (2024) ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance training) ช่วยลดอาการปวด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้ดีขึ้น นอกจากนี้ แนวปฏิบัติทางคลินิกจาก American College of Rheumatology ยังแนะนำให้การออกกำลังกายเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคข้อเข่าเสื่อม (Kolasinski et al., 2020)

ยางยืด (Elastic band) เป็นอุปกรณ์ที่มีคุณสมบัติพิเศษที่เรียกว่า "สเตรทซ์ รีเฟล็กซ์" (Stretch Reflex) ช่วยกระตุ้นระบบประสาทรับรู้ของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวดีขึ้นและกล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น การออกกำลังกายด้วยยางยืดยังช่วยเพิ่มความหนาแน่นของกระดูก ป้องกันโรคกระดูกพรุน และปัญหาโครงสร้างร่างกายอื่น ๆ การออกกำลังกายด้วยยางยืดมีข้อดีคือ เป็นอุปกรณ์ที่มีน้ำหนักเบา ราคาไม่แพง พกพาสะดวก สามารถใช้ได้กับทุกเพศทุกวัย มีระดับแรงต้านที่หลากหลาย และสามารถออกแบบท่าทางการออกกำลังกายได้หลายรูปแบบเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน (Lopes et al., 2019) งานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนประสิทธิผลของการใช้ยางยืดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม การศึกษาของ เพ็ญศิริ จันท์แอะ และคณะ (2565) พบว่าการใช้เก้าอี้ยางยืดช่วยลดความเจ็บปวดและเพิ่มมุมการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) รวมถึงการศึกษาของ สินีนาฏ วิไลจิตต์ (2565) พบว่าการออกกำลังกายด้วยยางยืดร่วมกับกายภาพบำบัดสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ดีกว่ากายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ Kim et al. (2020) พบว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยแถบยางยืด ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ช่วยลดความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้

เมื่อพิจารณากลไกทางสรีรวิทยา การออกกำลังกายด้วยยางยืดช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ Quadriceps และ Hamstring ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อหลักในการรับน้ำหนักและพยุงข้อเข่า (Villafañe, 2018) การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเหล่านี้จะช่วยลดแรงกดที่กระทำต่อข้อเข่าและกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้อาการปวดลดลงและเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหว (Bartholdy et al., 2017) นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำไขข้อ (Synovial fluid) ทำให้ข้อต่อมีการหล่อลื่นที่ดีขึ้น ลดการเสียดสีภายในข้อ และช่วยในการนำสารอาหารไปเลี้ยงกระดูกอ่อนผิวข้อ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมายังมีการศึกษาที่จำกัดเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย

ด้วยยางยืดที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะการศึกษาที่วัดผลลัพธ์ทั้งด้านอาการปวด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการเคลื่อนไหวไปพร้อมกัน การศึกษานี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยออกแบบท่าทางที่เน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและสะโพก ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อที่มีบทบาทสำคัญในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวด ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะหลังการทดลอง 8 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะหลังการทดลอง 8 สัปดาห์
3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะหลังการทดลอง 8 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

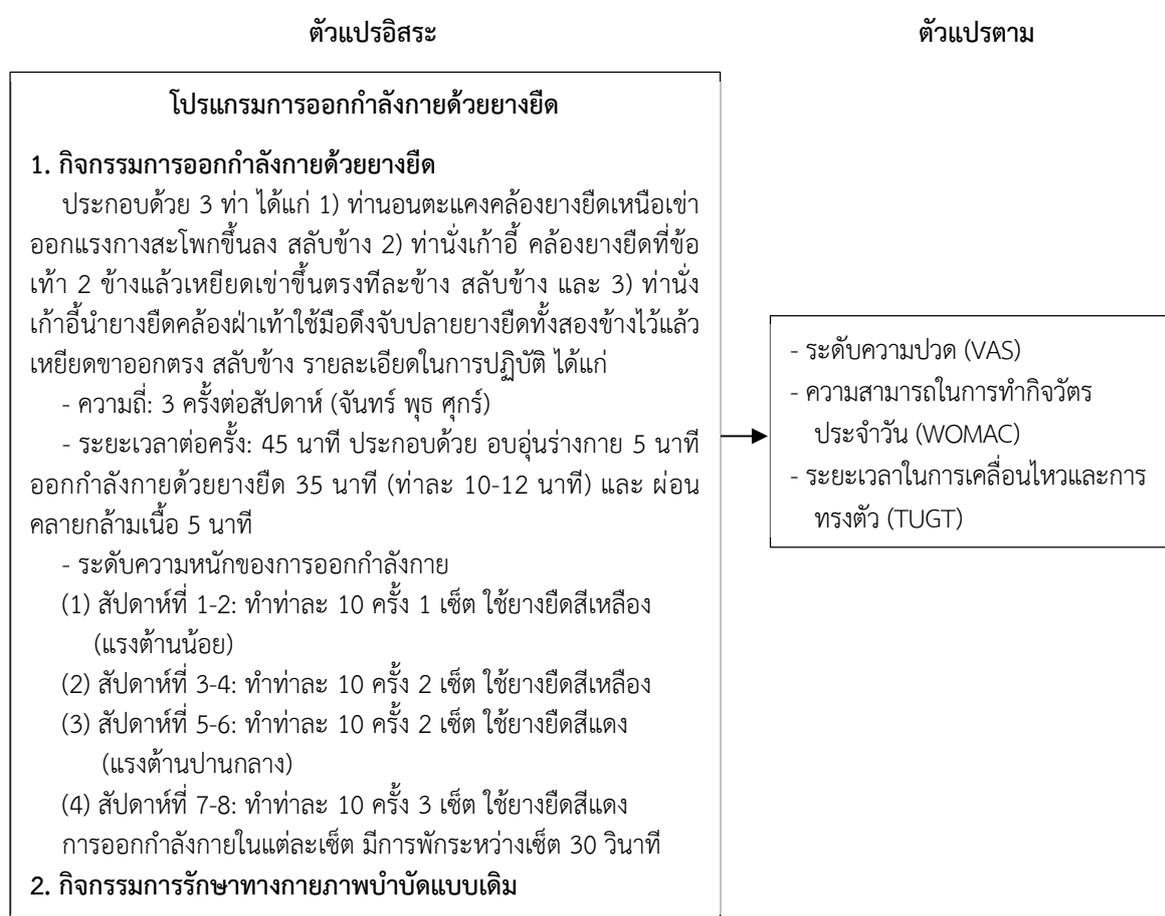
1. ภายหลังกการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังกการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังกการทดลอง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุของ McArdle et al. (2015) ร่วมกับทฤษฎีสรีรวิทยาการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของ Bennell & Hinman (2011) ซึ่งอธิบายว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) ด้วยยางยืดจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ Quadriceps และ Hamstring ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อสำคัญในการพยุงและรับน้ำหนักของข้อเข่า การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าจะส่งผลให้มีการกระจายแรงกดที่ข้อเข่าได้ดีขึ้น ลดแรงกระทำที่กระทำต่อข้อเข่าและกระดูกอ่อนผิวข้อ ทำให้อาการปวดลดลง (Bartholdy et al., 2017) นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังช่วยกระตุ้นการหลั่งของ Endorphin ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยลดความเจ็บปวด (Ambrose & Golightly, 2015) สำหรับผลต่อความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวัน การที่กล้ามเนื้อรอบข้อเข่ามีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นจะช่วยเพิ่มความมั่นคงของข้อเข่า ทำให้สามารถรับน้ำหนักและเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (Lun et al., 2015) ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว การออกกำลังกายด้วยยางยืดจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทรับรู้ของกล้ามเนื้อและข้อต่อ (Proprioceptive system) ซึ่งเป็นระบบสำคัญในการควบคุมการทรงตัว ทำให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ดีขึ้น จากแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับความปวด (Visual Analog Scale: VAS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index: WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (Time Up and Go Test: TUGT) ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated measurement) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในช่วงเดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2568 จำนวน 22 คน ที่ได้รับการสุ่มและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ในการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α error prob) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.299 โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของ Lopes et al. (2019) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบเดิมมีค่าเฉลี่ยความปวด (Pain score) ลดลงเท่ากับ 6.0 ± 2.2 ส่วนกลุ่มที่ใช้ยางยืดมีค่าเฉลี่ยความปวด (Pain score) ลดลง เท่ากับ 3.5 ± 1.6 และ กำหนด Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1:1 ได้ขนาดกลุ่มทดลองจำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 11 คน รวมทั้งสิ้น 22 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และจัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสลับทีละคน (Alternating assignment) จนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ อย่างต่อเนื่อง
- 2) สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
- 3) สามารถสื่อสารได้ปกติ และไม่มีอาการบวมหรือการมองเห็น
- 4) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือข้อห้ามทางการแพทย์หรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจรุนแรง รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ได้รับการผ่าตัดทุกชนิด
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือนัดติดตามผลได้ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

- 1) กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด ประกอบด้วยท่าออกกำลังกาย 3 ท่า ได้แก่

(1) ท่าที่ 1 นอนตะแคงคล้อยยางยืดเหนือเข่าออกแรงกางสะโพกขึ้นลง สลับข้าง

(2) ท่าที่ 2 นั่งเก้าอี้ คล้อยยางยืดที่ข้อเท้า 2 ข้างแล้วเหยียดเข่าขึ้นตรงที่ละข้าง สลับข้าง

(3) ท่าที่ 3 นั่งเก้าอี้ นำยางยืดคล้องฝ่าเท้าใช้มือดึงจับปลายยางยืดทั้งสองข้างไว้แล้วเหยียด

ขาออกตรง สลับข้าง

มีรายละเอียดในการปฏิบัติดังนี้

(1) ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์)

(2) ระยะเวลาต่อครั้ง 45 นาที ประกอบด้วย อบอุ่นร่างกาย 5 นาที ออกกำลังกายด้วยยางยืด 35 นาที (ท่าละ 10-12 นาที) และ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5 นาที

- (3) ระดับความหนักของการออกกำลังกาย โดยมีการพักระหว่างเซต 30 วินาที ดังนี้
- สัปดาห์ที่ 1-2: ทำท่าละ 10 ครั้ง 1 เซต ใช้ยางยืดสีเหลือง (แรงต้านน้อย)
 - สัปดาห์ที่ 3-4: ทำท่าละ 10 ครั้ง 2 เซต ใช้ยางยืดสีเหลือง
 - สัปดาห์ที่ 5-6: ทำท่าละ 10 ครั้ง 2 เซต ใช้ยางยืดสีแดง (แรงต้านปานกลาง)
 - สัปดาห์ที่ 7-8: ทำท่าละ 10 ครั้ง 3 เซต ใช้ยางยืดสีแดง

2) กิจกรรมการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษาเพื่อลดความปวดด้วยเครื่องอบความร้อนคลื่นสั้น (20 นาที) หรือคลื่นอัลตราซาวด์ (10 นาที) และแผ่นประคบร้อน/เย็น (20 นาที) การสอนและฝึกปฏิบัติทำบริหารข้อเข่า 3 ท่า ได้แก่ ท่าเกร็งเข่ากดเข่าติดพื้น ท่านั่งเก้าอี้เหยียดเข่าขึ้นลง และท่านอนกางขาขึ้นเฉียงไปด้านหลัง

ผู้วิจัยตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายเพื่อการบำบัด และ 3) แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและโรคข้อเข่าเสื่อม พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โรคประจำตัว การใช้ยาแก้ปวด และระดับความรุนแรงของโรค จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความเจ็บปวด (VAS) ลักษณะแบบวัดเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร โดยปลายด้านหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และปลายอีกด้านแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ 0.97 และค่าความเปลี่ยนแปลงต่ำสุดที่สามารถตรวจจับได้ (Minimal Detectable Change: MDC) เท่ากับ 0.08 (Hawker et al., 2011) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือเพิ่มเติมโดยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ที่โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ด้วยวิธีแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยประเมินห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) (Bellamy et al., 1988) ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเจ็บปวด (5 ข้อ) โดยมีระดับคะแนน 0-10 คะแนน (0=ไม่มีอาการปวดเลย, 10=ปวดมากที่สุด) ความฝืดของข้อ (2 ข้อ) โดยมีระดับคะแนน 0-10 คะแนน (0=ไม่มีอาการฝืด, 10=ฝืดมากที่สุด) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (17 ข้อ) โดยมีระดับคะแนน 0-10 คะแนน (0=ทำได้สะดวก, 10=ทำไม่ได้เลย) คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-240 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงหมายถึงมีอาการรุนแรงและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันยิ่งลดลง สามารถแปลผลระดับความรุนแรงของโรคได้ดังนี้ ระดับน้อย (0-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-120 คะแนน) ระดับรุนแรง (121-180 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (181-240 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) รายด้าน อยู่ระหว่าง 0.87-0.92 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (Time Up and Go test: TUGT) ซึ่งเป็นการทดสอบโดยจับเวลาที่ผู้สูงอายุลุกจากท่านั่งพิงเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตรแล้วหมุนตัวกลับมาที่นั่งเดิม การแปลผล การเคลื่อนไหวและทรงตัวที่ปกติ (เวลาที่ใช้น้อยกว่า 10 วินาที) การเคลื่อนไหวที่ค่อนข้างดีและสามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย (เวลา 10-19 วินาที) การเคลื่อนไหวที่มีความบกพร่องระดับปานกลาง (เวลา 20-29 วินาที) และ การเคลื่อนไหวที่มีความบกพร่องมาก (เวลามากกว่า 30 วินาที) (Podsiadlo & Richardson, 1991; Steffen et al., 2002) ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) เท่ากับ 0.99 และตรวจสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (ICC) เท่ากับ 0.99

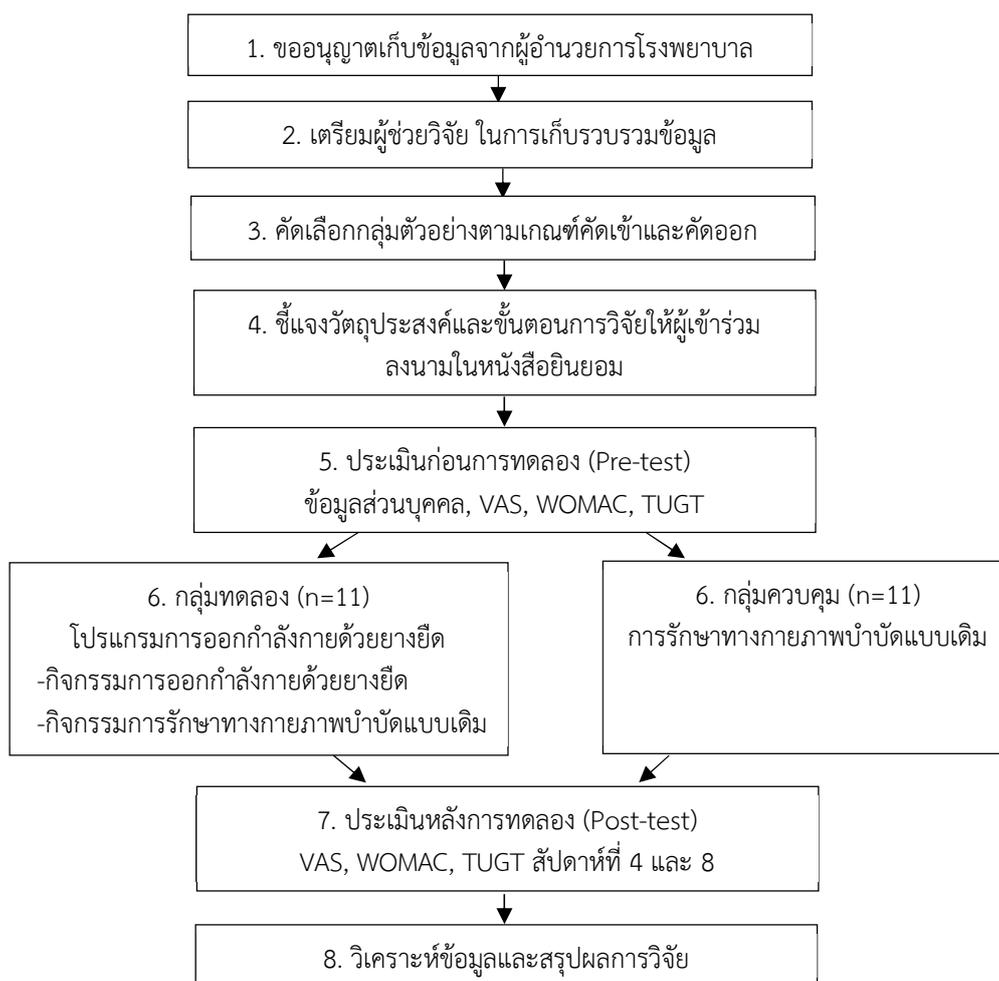
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลขที่ REC No.35/2567 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ การเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2568 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์
2. หัวหน้าโครงการวิจัยทำการอบรมชี้แจงผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในแผนกกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และจัดเข้ากลุ่มด้วยวิธีการสุ่มที่ละคนจนครบตามจำนวนที่กำหนด
4. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความเจ็บปวด แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ แบบทดสอบความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว
6. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดในแต่ละกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองทำกิจกรรมตามโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด ซึ่งประกอบท่าออกกำลังกาย 3 ท่า ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์ พุธ ศุกร์) ระยะเวลาต่อครั้ง 45 นาที ระดับความหนักของการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามโปรแกรมฯ โดยมีการพักระหว่างเซต 30 วินาที ร่วมกับได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม โดยนักรักษาต่อเนื่อง 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบเดิม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์เช่นกัน
7. ผู้ช่วยวิจัย ประเมินกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Post-test) ด้วยแบบสอบถามเดิมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณสมบัติอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม (blinded assessment) เพื่อลดอคติในการประเมิน
8. รวบรวมแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ทำการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล
9. หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ไม่มีการแจกแจงปกติ ($p\text{-value} < .05$) จึงใช้สถิติ Non-parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ภายในกลุ่มกรณีวัดซ้ำ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติ Friedman's test และทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธี Wilcoxon signed-rank test with Bonferroni correction
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test
5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มาใช้บริการที่แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 11 คน และกลุ่มควบคุม 11 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 มีอายุเฉลี่ย 68.4 ± 5.2 ปี มีดัชนีมวลกาย 26.8 ± 3.5 กก./ตารางเมตร มีระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 4.6 ± 2.1 ปี โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.5 มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 90.9 และระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 45.4 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 มีอายุเฉลี่ย 69.1 ± 4.8 ปี มีดัชนีมวลกาย 27.2 ± 3.8 กก./ตารางเมตร มีระยะเวลาที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเฉลี่ย 4.3 ± 2.4 ปี โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.6 มีการใช้ยาแก้ปวด ร้อยละ 81.8 และระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 54.5 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n=22$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n=11$)	กลุ่มควบคุม ($n=11$)	ค่าสถิติ	p-value
เพศ			0.237 ^c	1.00
ชาย	3 (27.3)	2 (18.2)		
หญิง	8 (72.7)	9 (81.8)		
อายุ (ปี)			0.332 ^m	.741
Median	68.0	70.0		
($M \pm SD$)	(68.4 ± 5.2)	(69.1 ± 4.8)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)			0.257 ^m	.798
Median	26.5	27.0		
($M \pm SD$)	(26.8 ± 3.5)	(27.2 ± 3.8)		
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)			0.318 ^m	.754
Median	4.5	4.0		
($M \pm SD$)	(4.6 ± 2.1)	(4.3 ± 2.4)		
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			0.318 ^f	.872
ความดันโลหิตสูง	6 (54.5)	7 (63.6)		
เบาหวาน	3 (27.3)	2 (18.2)		
ไขมันในเลือดสูง	5 (45.5)	4 (36.4)		
อื่นๆ	2 (18.2)	2 (18.2)		
การใช้ยาแก้ปวด			0.419 ^f	.534
ใช้ยาแก้ปวด	10 (90.9)	9 (81.8)		
ไม่ใช้ยาแก้ปวด	1 (9.1)	2 (18.2)		
ระดับความรุนแรงของโรค (Kellgren-Lawrence classification)			0.549 ^f	.763
ระดับ 1	3 (27.3)	2 (18.2)		
ระดับ 2	5 (45.4)	6 (54.5)		
ระดับ 3	3 (27.3)	3 (27.3)		

^c=Chi-square test, ^f=Fisher's exact test, ^m=Mann-Whitney U test

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความปวด (VAS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาในแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วยสถิติ Friedman's test มีดังนี้

ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนความปวด (VAS) ($\chi^2=22.00$, $p\text{-value}<.001$) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) ($\chi^2=22.00$, $p\text{-value}<.001$) และ ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ($\chi^2=22.00$, $p\text{-value}<.001$) มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนความปวด (VAS) ($\chi^2=22.00$, $p\text{-value}<.001$) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) ($\chi^2=22.00$, $p\text{-value}<.001$) และ ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ($\chi^2=19.56$, $p\text{-value}<.001$) มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทั้งการรักษาด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด และการรักษาด้วยการกายภาพบำบัดแบบเดิม สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วยสถิติ Friedman's test ($n=22$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง	χ^2	p-value
		สัปดาห์ที่ 4	สัปดาห์ที่ 8		
	Median (IQR) Mean Rank	Median (IQR) Mean Rank	Median (IQR) Mean Rank		
กลุ่มทดลอง (n=11)					
ความปวด (VAS)	7.0 (6.5-8.0) 3.00	5.0 (4.0-6.0) 2.00	3.0 (2.5-4.0) 1.00	22.00	<.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	58.0 (52.0-63.0) 3.00	44.0 (38.0-48.0) 2.00	32.0 (27.0-36.0) 1.00	22.00	<.001
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) (วินาที)	15.5 (13.5-18.0) 3.00	13.0 (11.0-15.0) 2.00	10.5 (9.0-12.5) 1.00	22.00	<.001
กลุ่มควบคุม (n=11)					
ความปวด (VAS)	7.0 (6.0-8.0) 3.00	6.0 (5.0-7.0) 2.00	5.0 (4.0-6.0) 1.00	22.00	<.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	57.0 (50.0-64.0) 3.00	49.0 (43.0-54.0) 2.00	42.0 (37.0-47.0) 1.00	22.00	<.001
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) (วินาที)	16.0 (13.5-18.5) 2.91	14.5 (12.0-16.5) 2.05	13.5 (11.5-15.5) 1.05	19.56	<.001

IQR=Interquartile Range

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test with Bonferroni correction เพื่อควบคุมความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I error) ระหว่างช่วงเวลาต่าง ๆ มีดังนี้

1. คะแนนความปวด (VAS) ในกลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.0 คะแนน ในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 5.0 คะแนน และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 3.0 คะแนน การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.003) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.001) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002)

ส่วนในกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 7.0 คะแนน ในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 6.0 คะแนน และในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 5.0 คะแนน การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.004) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.008)

2. คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) ในกลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 58.0 คะแนน หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 44.0 คะแนน และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 32.0 คะแนน การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.001) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.001)

ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 57.0 คะแนน หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 49.0 คะแนน และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 42.0 คะแนน การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.003)

3. ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ในกลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 15.5 วินาที หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 13.0 วินาที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 10.5 วินาที การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002)

ส่วนในกลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานในระยะก่อนการทดลอง เท่ากับ 16.0 วินาที หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 เท่ากับ 14.5 วินาที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 เท่ากับ 13.5 วินาที การทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.003) ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.002) และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กับหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=.005)

ผลการวิเคราะห์พบว่าทั้งสองวิธีการรักษาสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ โดยการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test with Bonferroni correction (n=22)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระยะการทดลอง			ความแตกต่างของมัธยฐาน		
	T ₀	T ₁	T ₂	T ₀ กับ T ₁	T ₀ กับ T ₂	T ₁ กับ T ₂
	Median	Median	Median	Median diff. (p-value)	Median diff. (p-value)	Median diff. (p-value)
กลุ่มทดลอง (n=11)						
ความปวด (VAS)	7.0	5.0	3.0	2.0 (.003)	4.0 (.001)	2.0 (.002)
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	58.0	44.0	32.0	14.0 (.001)	26.0 (<.001)	12.0 (.001)
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและ การทรงตัว (TUGT) (วินาที)	15.5	13.0	10.5	2.5 (.002)	5.0 (<.001)	2.5 (.002)
กลุ่มควบคุม (n=11)						
ความปวด (VAS)	7.0	6.0	5.0	1.0 (.004)	2.0 (.002)	1.0 (.008)
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	57.0	49.0	42.0	8.0 (.002)	15.0 (<.001)	7.0 (.003)
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและ การทรงตัว (TUGT) (วินาที)	16.0	14.5	13.5	1.5 (.003)	2.5 (.002)	1.0 (.005)

Median diff.=Median difference, T₀=ก่อนการทดลอง, T₁=หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4, T₂=หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความปวด (VAS) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test มีดังนี้

ในระยะก่อนการทดลอง คะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>.05)

ในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด (VAS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.037) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.028) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.045)

ในระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวด (VAS) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.002) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=.003) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวด (VAS) คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC) และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่ม	Median	Mean Rank	Z-test	p-value
ก่อนการทดลอง					
ความปวด (VAS)	กลุ่มทดลอง	7.0	11.32	-0.117	.907
	กลุ่มควบคุม	7.0	11.68		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	กลุ่มทดลอง	58.0	11.41	-0.033	.974
	กลุ่มควบคุม	57.0	11.59		
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) (วินาที)	กลุ่มทดลอง	15.5	10.73	-0.525	.599
	กลุ่มควบคุม	16.0	12.27		
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4					
ความปวด (VAS)	กลุ่มทดลอง	5.0	8.45	-2.082	.037
	กลุ่มควบคุม	6.0	14.55		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	กลุ่มทดลอง	44.0	8.23	-2.199	.028
	กลุ่มควบคุม	49.0	14.77		
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) (วินาที)	กลุ่มทดลอง	13.0	8.68	-2.001	.045
	กลุ่มควบคุม	14.5	14.32		
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8					
ความปวด (VAS)	กลุ่มทดลอง	3.0	6.27	-3.612	<.001
	กลุ่มควบคุม	5.0	16.73		
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (WOMAC)	กลุ่มทดลอง	32.0	6.73	-3.152	.002
	กลุ่มควบคุม	42.0	16.27		
ระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) (วินาที)	กลุ่มทดลอง	10.5	6.91	-3.017	.003
	กลุ่มควบคุม	13.5	16.90		

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความปวด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .037$ และ $p\text{-value} < .001$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ จันทรแอ และคณะ (2565) ที่พบว่าการใช้เก้าอี้ยางยืดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถลดความเจ็บปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบเพิ่มแรงต้านด้วยแถบยางยืด ครั้งละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ช่วยลดความปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดในการศึกษาครั้งนี้ที่กำหนดความถี่ในการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ การลดลงของอาการปวดในกลุ่มทดลองอาจอธิบายได้ว่า การออกกำลังกายด้วยยางยืดทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความหนักของการออกกำลังกายได้ด้วยตนเองโดยการปรับความตึงของยางยืด ทำให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดและความสามารถของตนเอง จึงช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ Quadriceps และ Hamstring ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อสำคัญในการรับน้ำหนักและช่วยพยุงข้อเข่า (Lun et al., 2015) เมื่อกล้ามเนื้อเหล่านี้แข็งแรงขึ้น

จะช่วยลดแรงกดที่กระทำต่อข้อเข่าและกระดูกอ่อนผิวข้อทำให้อาการปวดลดลง นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของข้อเข่าขณะออกกำลังกายยังช่วยกระตุ้นการหลั่งของข้อต่อ เพิ่มการไหลเวียนของน้ำไขข้อ ซึ่งช่วยในการลดแรงเสียดทานภายในข้อและบรรเทาอาการปวดได้ (Bartholdy et al., 2017) ในแง่ของกลไกทางสรีรวิทยา การออกกำลังกายด้วยยางยืดยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟิน (Endorphin) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ช่วยลดความเจ็บปวดตามธรรมชาติ (Ambrose & Golightly, 2015)

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .028$ และ $p\text{-value} = .002$ ตามลำดับ) โดยพบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 11 คะแนน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและสะโพก ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อสำคัญในการเคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การลุกนั่ง การเดิน และการขึ้นลงบันได เมื่อกล้ามเนื้อเหล่านี้แข็งแรงขึ้น ทำให้มีการทรงตัวที่ดีขึ้น จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ ธรรมคงทอง และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นยางยืดต่อความสามารถการใช้งานข้อต่อของขาและการเคลื่อนไหวของเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Modified WOMAC ฉบับภาษาไทย (The Modified WOMAC Thai index) พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถการใช้งานข้อและองศาการเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) ที่ศึกษาการออกกำลังกายแบบเพิ่มแรงต้านด้วยแถบยางยืดต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Korean-WOMAC พบว่ามีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดเข้าไปในการรักษามาตรฐานสามารถเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว
ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .045$ และ $p\text{-value} = .003$ ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด เป็นการฝึกต้านแรงซึ่งช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน เช่น กล้ามเนื้อ Quadriceps ให้ทำงานมากขึ้น แรงต้านจากยางยืดที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นอย่างปลอดภัย ช่วยให้ข้อสะโพก เข่า และข้อเท้ามีองศาการเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น และมีท่าการออกกำลังกายที่เน้นการทรงตัวเช่น การยกขา การทรงตัวขณะดึงยาง ช่วยกระตุ้นระบบประสาทสั่งการและรับรู้สีกตำแหน่ง ทำให้กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและสะโพกแข็งแรงขึ้น ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น จึงส่งผลให้มีระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liao et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบยืดหยุ่นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในสตรีสูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า หลังการทดลองมีระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (TUGT) ของกลุ่มทดลองลดลงเฉลี่ย 4.59 วินาที ($SD=3.17$) ส่วนกลุ่มควบคุมลดลงเฉลี่ย 1.93 วินาที ($SD=3.48$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .002$) และพบว่าอัตราการสำเร็จของโปรแกรมต่อระยะเวลาในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่ลดลงของกลุ่มทดลอง ร้อยละ 73.3 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20.0 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านบริการ ควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดไปใช้เป็นทางเลือกในการรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากมีประสิทธิผลในการลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และพัฒนาความสามารถในการเคลื่อนไหว

1.2 ด้านการศึกษา ควรมีการจัดทำคู่มือและสื่อการสอนเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยที่บ้าน

1.3 ด้านการบริหาร ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ยางยืดในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดในระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลลัพธ์

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดที่มีความหนืดหรือแรงต้านที่แตกต่างกัน เพื่อหาระดับความหนืดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในแต่ละระดับความรุนแรง

2.3 ควรมีการศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยยางยืดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีภาวะโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เพื่อประเมินความปลอดภัยและประสิทธิผลในกลุ่มประชากรเฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2567). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566*. https://www.dop.go.th/download/statistics/th1738230377-2563_0.pdf
- เพ็ญศิริ จันทร์แอ, พงษ์ศักดิ์ ราชภักดี, อีระ ผิวเงิน, มิ่งกมล หงษ์วงศ์, ภาวนิชา พงศ์นราทร และอนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม. (2565). ผลของการใช้นวัตกรรมเก้าอี้ยางยืดเหยียดบริหารข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 221-233.
- ภาสกร สายสุริย์ และปราณีต เพ็ญศรี. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาทางกายภาพบำบัดของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารกายภาพบำบัด*, 44(2), 131-148.
- สินีนานา วิไลจิตต์. (2565). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 9(2), 61-75.
- สิริวรรณ ธรรมคงทอง, ปาจารย์ อับดุลลาగాซิม และนิภา มหารัษฎพงศ์ (2562). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยแผ่นยางยืดต่อความสามารถการใช้งานข้อต่อของขาและการเคลื่อนไหวของขาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(Online). 51-66.
- แสงอรุณ ดังก้อน. (2560). การกายภาพบำบัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 115-121.
- Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(1), 120-130. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.022>
- Bartholdy, C., Juhl, C., Christensen, R., Lund, H., Zhang, W., & Henriksen, M. (2017). The role of muscle strengthening in exercise therapy for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-regression analysis of randomized trials. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 47(1), 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.03.007>

- Bellamy, N., Buchanan, W. W., Goldsmith, C. H., Campbell, J., & Stitt, L. W. (1988). Validation study of WOMAC: A health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *The Journal of Rheumatology*, *15*(12), 1833-1840.
- Bennell, K. L., & Hinman, R. S. (2011). A review of the clinical evidence for exercise in osteoarthritis of the hip and knee. *Journal of Science and Medicine in Sport*, *14*(1), 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2010.08.002>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, *63*(S11), S240-S252. <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Kim, G.-J., Oh, H., Lee, S., Lee, K., & Kim, K. (2020). Effects of resistance exercise using the elastic band on the pain and function of patients with degenerative knee arthritis. *Journal of Physical Therapy Science*, *32*(1), 52–54. <https://doi.org/10.1589/JPTS.32.52>
- Kolasinski, S. L., Neogi, T., Hochberg, M. C., Oatis, C., Guyatt, G., Block, J., Callahan, L., Copenhaver, C., Dodge, C., Felson, D., Gellar, K., Harvey, W. F., Hawker, G., Herzig, E., Kwoh, C. K., Nelson, A. E., Samuels, J., Scanzello, C., White, D., ... Reston, J. (2020). 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis & Rheumatology*, *72*(2), 220-233. <https://doi.org/10.1002/art.41142>
- Liao, C. D., Tsao, J. Y., Chiu, Y. S., Ku, J. W., Huang, S. W., & Liou, T. H. (2020). Effects of elastic resistance exercise after total knee replacement on muscle mass and physical function in elderly women with osteoarthritis: a randomized controlled trial. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, *99*(5), 381-389.
- Lim, J., Choi, A., & Kim, B. (2024). The Effects of Resistance Training on Pain, Strength, And Function in Osteoarthritis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of personalized medicine*, *14*(12), 1130. <https://doi.org/10.3390/jpm14121130>
- Lopes, J. S. S., Machado, A. F., Micheletti, J. K., de Almeida, A. C., Cavina, A. P., & Pastre, C. M. (2019). Effects of training with elastic resistance versus conventional resistance on muscular strength: A systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Medicine*, *7*, 2050312119831116. <https://doi.org/10.1177/2050312119831116>
- Lun, V., Marsh, A., Bray, R., Lindsay, D., & Wiley, P. (2015). Efficacy of hip strengthening exercises compared with leg strengthening exercises on knee pain, function, and quality of life in patients with knee osteoarthritis. *Clinical Journal of Sport Medicine*, *25*(6), 509-517. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000170>

- McArdle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2015). *Exercise physiology: Nutrition, energy, and human performance* (8th ed). Wolters Kluwer Health.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, *39*(2), 142-148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>
- Steffen, T. M., Hacker, T. A., & Mollinger, L. (2002). Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds. *Physical Therapy*, *82*(2), 128-137. <https://doi.org/10.1093/ptj/82.2.128>
- Villafañe J. H. (2018). Exercise and osteoarthritis: an update. *Journal of exercise rehabilitation*, *14*(4), 538–539. <https://doi.org/10.12965/jer.1836352.176>
- World Health Organization. (2023). *Osteoarthritis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>

Knowledge, Attitudes, and Competencies of Professional Nurses in End-of-Life Care at a Tertiary Hospital in Chaiyaphum Province

Sineenad Khunkhwaen¹, Sureeporn Kruathanawit¹, AnanyaLalun², Yiam Khongruangrat³

¹Chaiyaphum Hospital

²Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

³Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Introduction: Nurses play a vital role in caring for end-of-life patients and their families. This care requires adequate knowledge, positive attitudes, and professional competencies to ensure the delivery of quality care that meets professional nursing standards.

Objective: To examine the knowledge, attitudes, and competencies of professional nurses in end-of-life care at a tertiary hospital in Chaiyaphum Province.

Methodology: This descriptive study involved 127 professional nurses working at a tertiary hospital in Chaiyaphum Province. Participants were selected using stratified random sampling. Data were collected using four instruments: a demographic questionnaire, a knowledge test on end-of-life care, an attitude questionnaire on end-of-life care, and a competency questionnaire for registered nurses in end-of-life care. The instruments demonstrated content validity indices ranging from 0.67 to 1.00 and reliability coefficients of 0.86, 0.94, and 0.83, respectively. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results: The findings showed that participants had (1) high levels of knowledge in end-of-life care ($M = 8.03$, $SD = 2.55$), (2) positive attitudes toward end-of-life care ($M = 3.88$, $SD = 0.44$), and (3) high levels of competency in end-of-life care ($M = 3.79$, $SD = 0.60$).

Conclusion: Professional nurses at the tertiary hospital in Chaiyaphum Province demonstrated high levels of knowledge, positive attitudes, and competency in end-of-life care.

Implications: Knowledge-sharing programs should be established between experienced and novice nurses to enhance end-of-life care competencies and promote a learning organization environment.

Keywords: End-of-life care, Nursing competency, Professional nurses

ความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

สินีนอก คุณแฉวน¹, สุรีพร เครือธนาวิทย์¹, อณัญญา ลาลุน², เยี่ยม คงเรืองราช³

¹โรงพยาบาลชัยภูมิ, ชัยภูมิ

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา

บทคัดย่อ

บทนำ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว โดยต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และสมรรถนะวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 127 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86, 0.94 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี 1) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวม อยู่ในระดับสูง (M=8.03, SD=2.55) 2) ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวม อยู่ในระดับสูง (M=3.88, SD=0.44) และ 3) สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.79, SD=0.60)

สรุปผล: พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้กับพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนส่งเสริมบรรยากาศขององค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, พยาบาลวิชาชีพ

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อณัญญา ลาลุน อีเมล: mininok.120422@gmail.com

วันที่รับ: 21 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 24 มีนาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 14 กรกฎาคม 2568

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิตหรือภาวะทุกข์ทรมานต่อชีวิต โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต บำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยดูแลตั้งแต่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอาจอยู่ได้นานหลายเดือน หรือหลายปีก่อนจะเสียชีวิต โดยไม่ใช่เพียงการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (End of Life care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่ามีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลือไม่เกิน 6 เดือนถึงจะเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่ามีประชากรทั่วโลก 56.8 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 67.1 และเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 28.2 และคาดว่าในแต่ละปีมีประชากร 40 ล้านคน ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยพบว่า ร้อยละ 78 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2020; Awany et al., 2022) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 110,908 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 145,584 ราย ในปี พ.ศ. 2566 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 139,206 รายต่อปี และมีจำนวนผู้ป่วยประคับประคองเสียชีวิต 84,073 รายต่อปี นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้การทำงานของอวัยวะสำคัญจะทรุดลงเรื่อย ๆ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดความทุกข์ทรมานตามมา จนนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (พิไลพร สุขเจริญ, 2563) ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว คอยให้คำปรึกษาดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่จุดเริ่มต้นตลอดจนถึงบั้นปลายของชีวิต (Schroeder & Lorenz, 2018) พยาบาลวิชาชีพจึงถูกคาดหวังจากผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน เสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเผชิญและสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ (อังคณา จงเจริญ และวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก, 2564) นอกจากนี้สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีความเหมาะสมครอบคลุมทั้งในด้านความรู้ ทักษะคิด ค่านิยม ทักษะการปฏิบัติ บุคลิกภาพ และการสร้างขวัญกำลังใจ นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพได้มาตรฐานวิชาชีพ (รสริน ยิ้มอยู่ และวาสนิ วิเศษฤทธิ์, 2564) พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนถึงภายหลังการเสียชีวิต โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ เป็นศูนย์การเรียนรู้ทางด้านสุขภาพที่หลากหลายสาขา โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่และเป็นกำลังสำคัญขององค์กร (สิริพิมพ์ ชูปาน, 2561) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เช่น หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม เป็นต้น ทำให้การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและญาติแตกต่างกัน ส่งผลให้มีมุมมอง ทักษะคิด และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพบางส่วนยังขาดความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัว เครียด ส่งผลต่อทัศนคติในการดูแลและความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ (นฤมล ศิริรัตน์พงศธร และคณะ, 2560) จึงอาจเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ยากต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (สิริพิมพ์ ชูปาน, 2561) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 613 คน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 127 คน ที่ได้รับการสุ่มและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร (Estimating a finite population mean) (Wayne, 1995) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Error) เท่ากับ .05 กำหนดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) เท่ากับ .29 ขนาดประชากร (N) เท่ากับ 613 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย (Missing data) อีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 127 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยจำแนกชั้นภูมิตามลักษณะของผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนี้มาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยังปฏิบัติงานอยู่ในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย และ 3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่ได้มาปฏิบัติงานในวันที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา รายได้ต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple choice) แบบ 4 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้ ความรู้ในระดับสูง (8-10 คะแนน) ความรู้ในระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และ ความรู้ในระดับต่ำ (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และ เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบ ให้ค่าคะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว การแปลความหมายใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ทัศนคติในระดับดี (3.68-5.00) ทัศนคติในระดับปานกลาง (2.34-3.67) และ ทัศนคติในระดับไม่ดี (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียว การแปลความหมายใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977) เป็น 3 ระดับ ดังนี้ สมรรถนะในระดับสูง (3.68-5.00) สมรรถนะในระดับปานกลาง (2.34-3.67) และ สมรรถนะในระดับต่ำ (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence, IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และแบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.94 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่โครงการวิจัย 031/2564 รับรองวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดต่าง ๆ แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นเอกสารเพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ และทำหนังสือถึงผู้บริหารโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย

2. นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการวิจัย โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาพัก ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยให้ความเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยขอเก็บแบบสอบถามคืนในช่วงเวลาเลิกงาน

4. นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทักษะคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.49 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 62.99 มีอายุเฉลี่ย 29.02 ปี (SD=2.99) อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 38 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 59.06 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีรายได้ในช่วง 15,000-25,000 บาท ร้อยละ 40.94 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 84.25 ตามลำดับ

2. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=8.03, SD=2.55) มีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 4 คะแนน และคะแนนสูงสุด 10 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.65 รองลงมาได้แก่ ระดับต่ำ ร้อยละ 16.54 และระดับปานกลาง ร้อยละ 11.81 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (n=127)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	91	71.65
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	15	11.81
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	21	16.54
(M=8.03, SD=2.55, Min=4, Max=10)		

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ควรเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 113 คน ร้อยละ 88.98 รองลงมาได้แก่ การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่จะอยู่ข้างเคียงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ จำนวน 112 คน ร้อยละ 88.19 และ การพยาบาลอย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต จำนวน 111 คน ร้อยละ 87.4 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ จิตวิญญาณทางการพยาบาลคือ เรื่องของชีวิตที่อยู่เบื้องหลังความตาย จำนวน 72 คน ร้อยละ 56.69 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ คำตอบถูกต้องของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายชื่อ (n=127)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีความเหมาะสมเฉพาะในสถานการณ์ที่แสดงว่าการดำเนินของโรคแย่ลงหรือเสื่อมถอย	89	70.08
2. มอร์ฟีนถูกใช้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบฤทธิ์การลดปวดกับยาแก้ปวดกับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid อื่น ๆ	106	83.46
3. ความรุนแรงของโรคบอกวิธีการจัดการความปวด	108	85.04
4. การบำบัดผสมผสานมีความสำคัญในการจัดการความปวด	102	80.31

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	ตอบถูกต้อง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่จะอยู่ข้างเคียงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ	112	88.19
6. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ควรเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล	113	88.98
7. การพยาบาลด้านจิตวิญญาณ คือส่วนหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล	102	80.31
8. การดูแลที่สำคัญในผู้ป่วยระยะท้ายคือการบรรเทาความเจ็บปวดด้านร่างกาย	105	82.68
9. จิตวิญญาณทางการพยาบาล คือเรื่องของชีวิตที่อยู่เบื้องหลังความตาย	72	56.69
10. การพยาบาลอย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต	111	87.40

3. ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีทศนคติโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.88$, $SD=0.44$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พยาบาลควรอนุญาตให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายมาอยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมีความสุข ($M=4.24$, $SD=0.72$) และ พยาบาลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ทำกิจกรรมที่ต้องการ เช่น การอธิษฐาน การสวดมนต์ การฟังเทศน์ ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ($M=4.24$, $SD=0.75$) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยใกล้ตายควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างดีที่สุด ($M=4.20$, $SD=0.69$) และ พยาบาลควรเอาใจใส่ดูแลต่อผู้ป่วยใกล้ตายอย่างใกล้ชิดไม่ละทิ้ง ($M=4.18$, $SD=0.65$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยใกล้ตายมักไม่ยอมรับความตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ($M=3.21$, $SD=0.82$) ซึ่งเท่ากับ ผู้ป่วยใกล้ตายมักแสดงอาการโกรธต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม ($M=3.21$, $SD=0.98$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=127)

ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	M	SD	ระดับ
1. ผู้ป่วยที่หมดหวังต่อการรักษาควรได้รับการบอกความจริง	3.88	0.59	ดี
2. ผู้ป่วยใกล้ตายมักไม่ยอมรับความตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง	3.21	0.82	ปานกลาง
3. เมื่อผู้ป่วยพูดถึงความกลัวตาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกรออกมาซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	4.03	0.70	ดี
4. พยาบาลควรเอาใจใส่ดูแลต่อผู้ป่วยใกล้ตายอย่างใกล้ชิดไม่ละทิ้ง	4.18	0.65	ดี
5. ผู้ป่วยใกล้ตายควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างดีที่สุด	4.20	0.69	ดี
6. ผู้ป่วยใกล้ตายมักแสดงอาการโกรธต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อม	3.21	0.98	ปานกลาง
7. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลังทราบวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลควรใจใส่และช่วยพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความเศร้า	3.93	0.85	ดี
8. พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้เตรียมสภาพจิตใจให้ยอมรับความจริงเพื่อเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิต	3.98	0.83	ดี
9. พยาบาล/ทีมสุขภาพไม่ควรพูดคุยเรื่องความตายของผู้ป่วยกับผู้ผู้ป่วยได้ยิน	3.56	0.91	ปานกลาง
10. พยาบาลควรให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายด้วยความนุ่มนวล รวดเร็วและไม่รบกวนผู้ป่วยเกินจำเป็น	4.13	0.78	ดี
11. การสัมผัสผู้ป่วยใกล้ตายเป็นสิ่งที่พยาบาลควรทำในการถ่ายทอดความรู้สึกเห็นใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น	4.04	0.74	ดี
12. พยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยใกล้ตายพ้นจากความทุกข์ทรมานโดยการหยุดเครื่องช่วยชีวิตทุกอย่าง	3.54	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	M	SD	ระดับ
13. พยาบาลควรอนุญาตให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ตายมาอยู่ใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมีความสุข	4.24	0.72	ดี
14. พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้อยู่ตามลำพังบ้าง	3.62	0.90	ปานกลาง
15. พยาบาลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ทำกิจกรรมที่ต้องการ เช่น การอธิษฐาน การสวดมนต์ การฟังเทศน์ ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	4.24	0.75	ดี
16. ญาติของผู้ป่วยใกล้ตายได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย	4.14	0.65	ดี
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.88	0.44	ดี

4. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.79, SD=0.60) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การแสดงออกโดยการให้เกียรติเคารพการตายของผู้ป่วย (M=4.10, SD=0.73) รองลงมาได้แก่ การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวในการตัดสินใจ (M=4.00, SD=0.69) และ การประสานงานให้สมาชิกในทีมพบปะกับผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ (M=3.98, SD=0.72) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ (M=3.46, SD=0.86) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายรายข้อ (n=127)

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	ระดับ
1. การจัดการความปวดด้วยวิธีการใช้ยา	3.97	0.67	สูง
2. การจัดการอาการปวดด้วยการไม่ใช้ยา	3.90	0.84	สูง
3. การจัดการอาการระบบทางเดินหายใจ	3.46	0.86	ปานกลาง
4. การจัดการอาการทางระบบทางเดินอาหาร	3.56	0.80	ปานกลาง
5. การจัดการอาการทางระบบประสาท/อาการทางจิต	3.52	0.99	ปานกลาง
6. การอธิบายเกี่ยวกับแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	3.80	1.05	สูง
7. การอธิบายเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพกับผู้ป่วยและครอบครัว	3.90	0.80	สูง
8. การประสานหรือจัดการให้มีการยุติการรักษาที่ยืดชีวิต	3.72	0.70	สูง
9. การระบุความต้องการทางอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว	3.51	1.11	ปานกลาง
10. การระบุความต้องการทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว	3.50	1.19	ปานกลาง
11. สนับสนุนช่วยเหลือภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียแก่ผู้ป่วยและครอบครัว	3.58	0.93	ปานกลาง
12. การระบุความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว	3.50	1.08	ปานกลาง
13. การอภิปรายเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วยและครอบครัว	3.84	0.75	สูง
14. ประสานงานและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม	3.93	0.73	สูง
15. การแสดงออกโดยการให้เกียรติเคารพการตายของผู้ป่วย	4.10	0.73	สูง
16. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณ	3.88	0.89	สูง
17. การจัดสภาพแวดล้อมให้สงบในช่วงเวลาของการตาย	3.73	0.82	สูง
18. การอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติด้านจิตวิญญาณตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของผู้ป่วยและครอบครัว	3.81	0.96	สูง
19. การส่งเสริมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.95	0.75	สูง
20. การวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับผู้ป่วย/ครอบครัวตั้งแต่เข้ารับการรักษา	3.96	0.72	สูง

ตารางที่ 4 (ต่อ)

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	ระดับ
21. การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวในการตัดสินใจ	4.00	0.69	สูง
22. การประสานงานให้สมาชิกในทีมพบปะกับผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ	3.98	0.72	สูง
23. การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อนร่วมงานให้สามารถจัดการกับความกังวลใจของตนเองในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	3.96	0.71	สูง
24. การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง	3.97	0.67	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.79	0.60	สูง

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ($M=8.03$, $SD=2.55$) โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การพยาบาลด้านจิตวิญญาณควรเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล การเอื้อให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่จะอยู่ข้างเคียงจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญ และ การพยาบาลอย่างมีคุณภาพตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวด รับรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล เกิดความตระหนักถึงบทบาทของครอบครัวในการร่วมดูแลผู้ป่วย และเกิดความเข้าใจในมิติทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จอนพะจง เฟ็งจาด และคณะ (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับ จิรวัดน์ ประคองพันธ์ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบประคับประคอง อยู่ในระดับมาก ($M=31.30$, $SD=4.67$) เช่นกัน

ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.88$, $SD=0.44$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ พยาบาลควรอนุญาตให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยใกล้ชิดตายมาอยู่ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและมีความสุข และ พยาบาลควรอนุญาตให้ผู้ป่วยใกล้ตายได้ทำกิจกรรมที่ต้องการ เช่น การอธิษฐาน การสวดมนต์ การฟังเทศน์ ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยใกล้ตายควรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลอย่างดีที่สุด และ พยาบาลควรเอาใจใส่ดูแลต่อผู้ป่วยใกล้ตายอย่างใกล้ชิดไม่ละทิ้ง ตามลำดับ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Park & Kang (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อทัศนคติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 214 คน ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.01$, $SD=0.33$) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheinberg-Andrews & Ganz (2022) ซึ่งศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลและการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลชาวอิสราเอล พบว่า พยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ตลอดจนประสบการณ์ของพยาบาลซึ่งมีความแตกต่างโดยเฉพาะความแตกต่างของช่วงอายุ จึงอาจทำให้พยาบาลมีมุมมองและประสบการณ์ที่ส่งผลต่อทัศนคติต่างกันได้

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.79$, $SD=0.60$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ถึงร้อยละ 84.25 และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย มีการประสานงานระหว่างผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้ข้อมูลต่อการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่เข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้มากที่สุด รวมถึงการจัดการความปวดของผู้ป่วยทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง เป็นไปตามบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งประกอบด้วยบทบาทผู้ประสานงาน บทบาทการพยาบาล บทบาทการดูแลเพื่อบรรเทาปวดทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และบทบาทการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทิพทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาของ นูรดีนี ดือระ และคณะ (2563) พบว่าการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาสุดท้าย ทั้งยังเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล โดยการดูแลนี้เริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาอย่างควบคู่กัน และเน้นการสนับสนุนทางจิตใจอย่างลึกซึ้งในผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ทั้งนี้สะท้อนถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ทั้งนี้ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของ อัญชนิ ศิริ (2565) ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเหตุผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 1 ปี ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ผลการวิจัยดังกล่าวมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำผลการวิจัยในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ด้านความรู้รายข้อที่ตอบถูกน้อย ด้านทัศนคติและด้านสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง ไปวางแผนในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.2 ควรมีการจัดประชุมพยาบาลพี่เลี้ยงหรือพยาบาลที่มีประสบการณ์เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ เพิ่มเติมความรู้และประสบการณ์ตลอดจนส่งเสริมบรรยากาศองค์การให้เป็นบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในมุมมองการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อช่วยอธิบายความเข้าใจหรือมุมมองของพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในการเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาลที่จบใหม่และพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลชัยภูมิ*. <http://gishealth.moph.go.th/healthmap/infopersonal.php?infopersonal.php?maincode=10702&id=204597>
- จอนณะจง เพ็งจาด, นภาพร พืรกวี, นงลักษณ์ อนันตอาจ และธิดาภรณ์ จันทร์ดา. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 17(3), 135-149.
- จิรวัดน์ ประคองพันธ์. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Creator/personDc/385359
- นฤมล ศิริรัตนพงศ์ธร, พรทิพา ฤงเงิน, ณิชฐพร มานะ และพัสนันท์พร คุรุขเมือง. (2560). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 221-228.
- นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.
- นุรดีนี ดือเราะ, วราภรณ์ คงสุวรรณ และ กันตพร ยอดไชย. (2563). ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 139-154.
- พิไลพร สุขเจริญ. (2563). การทบทวนองค์ความรู้อย่างเป็นระบบเรื่องคุณลักษณะเพื่อการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 45(2), 137-144.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/28e3ca2ae78a73a2b3d37a7d16f02d7d>
- รสริน ยี่มอยู่ และวาสิณี วิเศษฤทธิ. (2564). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 200-208.
- สิริพิมพ์ ชูปาน. (2561). พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 1-12.
- อังคณา จงเจริญ และวุฒิพงษ์ เชื้อมนอก. (2564). ความท้าทายของพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรม การดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 2-15.
- อัญชนิ ศิริ. (2565). *สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/cmpho_web/document/220310164688246

- Awny, M. M., Al-Touny, S. A., & Gaafar, S. E. M. (2022). Physicians' Knowledge, Attitude and Practice toward Ethical and Medical Issues of Palliative Care in Suez Canal University Hospital. *Indian journal of palliative care*, 28(4), 391–397.
https://doi.org/10.25259/IJPC_65_2021
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of educational objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. Longman.
- Park, H. jin, & Kang, E. H. (2020, February 29). Factors Influencing Nurses' Attitudes Toward Terminal Care. *Journal of Korean Critical Care Nursing. Korean Society of Critical Care Nursing*. <https://doi.org/10.34250/jkccn.2020.13.1.76>
- Scheinberg-Andrews, C. & Ganz, F. D. (2020). Israeli Nurses' Palliative Care Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Practices. *Oncology nursing forum*, 47(2), 213–221.
<https://doi.org/10.1188/20.ONF.213-221>
- Schroeder, K.& Lorenz, K. (2018). Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8.
- Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc., 177-178.
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Factors Associated with 28-Day Readmission among Patients with Schizophrenia: A Second Episode at Somdej Chaopraya Institute of Psychiatry

Somrudee Chumkaew¹, Warinda Athikanaporn¹, Panya Yunyongtrakul¹, Pornchanok Jumphet¹

¹Somdej Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

Abstract

Introduction: A growing number of schizophrenic patients are facing readmission problems. It affected the recovery of patients and reflected on the quality of treatment for schizophrenia patients.

Objective: To study factors associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Methodology: Retrospective analytical studies. The study conducted data from October 1, 2023 to September 30, 2024, collected data from the 28-day readmission analysis report. The sample group was 102 patients with readmission schizophrenia in 28 days. Selection was purposive sampling. The data collection tool is a data recording form readmission of schizophrenia patients. The content validity index was 0.87. Descriptive statistics and inferential statistics such as Chi-square test, Fisher's exact test, and Multiple logistics regression analysis were used for data analysis

Results: The finding found that female (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) and the number of times of treatment received 7 or more times (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) were statistically significantly associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Conclusion: Female and the number of times of treatment received 7 times or more. It was associated with 28-day readmission among patients with schizophrenia: a second episode.

Implications: Psychiatric nurses can use the results of this study to plan nursing to prevent readmission of schizophrenia patients within 28 days, second episode, with a focus on female patients and patients who have been treated 7 or more times.

Keywords: Readmission, Schizophrenia, Schizophrenia patients

Corresponding author: Somrudee Chumkaew, e-mail: nusomdee2511@gmail.com

Received: 12 March 2025 **Revised:** 25 August 2025 **Accepted:** 25 August 2025

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สมฤดี ชุมแก้ว¹, วฤณดา อธิคณาพร¹, ปัญญา ยืนยงตระกูล¹, พรชนก จุมพิต¹

¹สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วย และสะท้อนถึงคุณภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 รวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลา 28 วัน จำนวน 102 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Chi-square test, Fisher's exact test และ Multiple logistics regression analysis

ผลการวิจัย: พบว่า เพศหญิง (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: เพศหญิงและจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลจิตเวชสามารถนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป

คำสำคัญ: การกลับมารักษาซ้ำ, โรควิตกกังวล, ผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิต มีการดำเนินโรคเรื้อรัง มีความรุนแรง และทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง (Wang et al., 2016) ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 20 ล้านคน โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคจิตเภทเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก และผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-3 เท่า (World Health Organization: WHO, 2022) ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงบริการสาธารณสุข ประมาณ 500,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อบุคคล ครอบครัว การสูญเสียรายได้และต้นทุนทางการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (Chong et al., 2016) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม อาการของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้ 1) อาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน 2) อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์ที่เฉยเมย ขาดความสนใจและไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว และ 3) อาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน การคงความใส่ใจ มีความบกพร่อง ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในเมื่อมีอาการทางจิตสงบจิตแพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาพบแพทย์ตามนัด ปัญหาสำคัญประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการกลับมารักษาซ้ำในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งนอกจากจะสะท้อนถึงความไม่ต่อเนื่องในการรักษาแล้ว ยังเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจแก่ระบบสาธารณสุขและครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย (28 Days readmission) เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล เนื่องจากสะท้อนถึงความล้มเหลวในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Vigod et al., 2015) การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วันมีตั้งแต่ร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 20 ขึ้นอยู่กับบริบทของระบบสาธารณสุขและเกณฑ์การวัดผล (Donisi et al., 2016) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิขั้นสูง และเป็นศูนย์การดูแลด้านสุขภาพจิตขนาดใหญ่ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ชลบุรี และระยอง รวมถึงมีผู้เข้ารับบริการที่หลากหลายจากจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 1,875, 1,911 และ 1,904 คน ตามลำดับ และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจากจำหน่าย มีจำนวน 121, 138 และ 196 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 6.45, 7.22 และ 10.29 ตามลำดับ และเกินค่าเป้าหมายที่ทีมนำทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาได้กำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 10.0 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2566) ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของตัวผู้ป่วย และบ่งชี้ถึงคุณภาพในการดูแลรักษา

ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความซับซ้อนและหลากหลาย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน (Thongkam et al., 2016) การไม่มาตรวจตามนัดกับจิตแพทย์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน (Okumura et al., 2018; พิชญนันท์ นามวงศ์ และ วิญญู ชะนะกุล, 2561) การใช้สารเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเมทาแอมเฟตามีนและกัญชา (Rømer Thomsen et al., 2018) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ถึง 4.92 เท่า (ณัฐพล บำรุงพฤกษ์, 2564) ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมหงุดหงิดอาละวาด ก้าวร้าว ไม่รับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (Poor insight) ใช้สารเสพติด ไม่นอน มีอาการข้างเคียงจากยา

(อานีตา มุขตารี, 2563) เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทายยา ใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมีความเครียด ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน (พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล, 2561; กนกวรรณ บุญเสริม, 2559; อานีตา มุขตารี, 2563) ถึงแม้ว่ามีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้นและนำมาวางแผนแก้ปัญหาแล้ว แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ยังคงกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซ้ำอีก (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2566) สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจึงไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่ามีข้อจำกัดในการศึกษาในบริบทพื้นที่ที่มีความเฉพาะอย่างกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเป็นเมืองใหญ่ มีความหนาแน่นประชากรสูง ประชากรมีฐานะทางเศรษฐกิจที่หลากหลาย และเป็นพื้นที่ที่มีระบบการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นมาก รวมถึงมีความซับซ้อนของระบบการดูแลด้านสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาลักษณะและปัจจัยที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่กรุงเทพมหานคร การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วันในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของเขตกรุงเทพมหานคร จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 แต่ทั้งนี้พบว่ายังมีผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซ้ำอีก จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันในรอบที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำโดยคำนึงถึงปัจจัยที่แท้จริงในบริบทของสถาบันฯ นำไปสู่การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

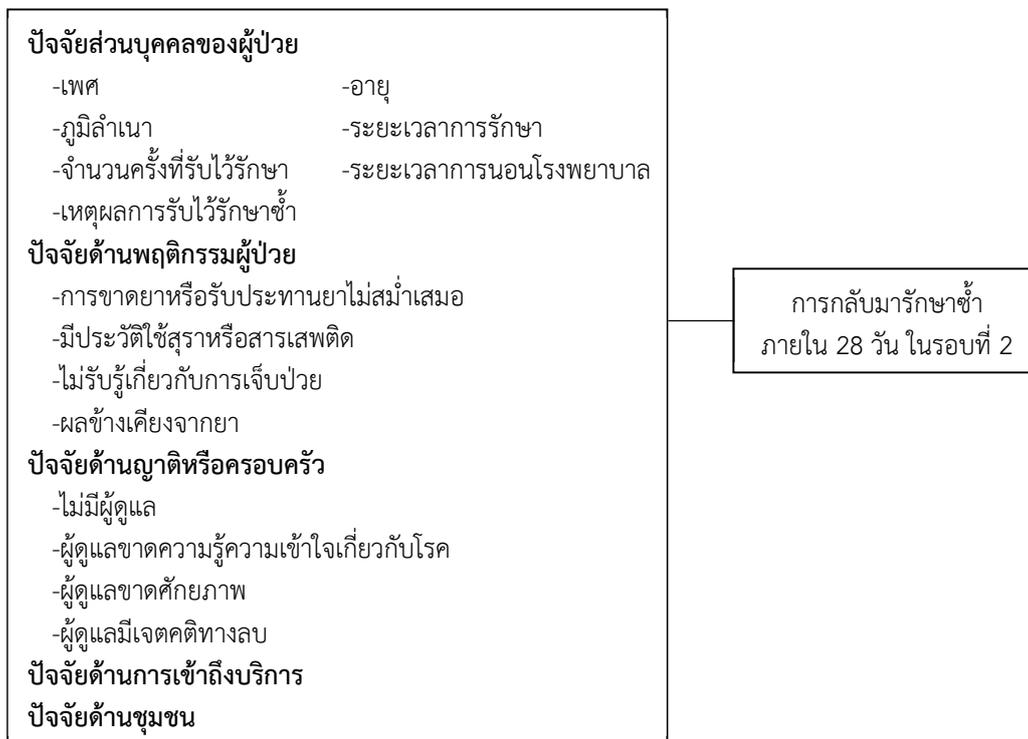
เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยของ พิชญนันท์ นามวงศ์ และวิญญู ชะนะกุล (2561) เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย ปัจจัยด้านญาติหรือครอบครัว ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 รายละเอียดดังภาพที่ 1

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical study) โดยข้อมูลที่ศึกษาเป็นข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วันทุกราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทั้งหมด จำนวน 166 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วันทุกราย ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทั้งหมด จำนวน 102 คน คัดเลือกจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 14-59 ปี
- 2) เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตทุกเลย
- 3) เป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมในโรงพยาบาลก่อนนัดหมายโดยไม่ได้วางแผน
- 4) แบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17)

บันทึกข้อมูลโดยทีมสหวิชาชีพที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยในรายนั้น ๆ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) การจำหน่ายครั้งก่อนหน้าเป็นการจำหน่ายเพื่อส่งต่อฉุกเฉินด้วยปัญหาโรคทางกาย (Refer)
- 2) ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาขึ้น เพื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต, 2568) ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค (จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน) ระยะเวลาการรักษา จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า เหตุผลการรับไว้รักษาของแพทย์ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประกอบด้วย ตัวเลือกดังนี้ การขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การเกิดผลข้างเคียงของยา การไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Poor insight) และ การใช้สุราหรือสารเสพติด 2) ด้านญาติหรือครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประกอบด้วยตัวเลือกดังนี้ มีปัญหาครอบครัว ไม่มีผู้ดูแล มีผู้ดูแลแต่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีผู้ดูแลแต่ขาดศักยภาพ และ ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ 3) ด้านปัญหาการเข้าถึงบริการ เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือ ไม่มี จำนวน 1 ข้อ และ 4) ด้านปัญหาในชุมชน เป็นแบบเลือกตอบ มี หรือ ไม่มี จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 2 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.87 จากนั้นนำไปทดลองใช้โดยให้ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกข้อมูล และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หนังสือรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 027/2567 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และจะถูกเก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์ที่ต้องผ่านการเข้ารหัสก่อนทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เข้าระบบได้เพียงผู้เดียว และจะเก็บข้อมูลไว้นาน 3 ปี หลังสิ้นสุดการศึกษาจะถูกทำลายทิ้งด้วยการลบข้อมูลอย่างถาวร ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยตลอดจนไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอันเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17)

2. คัดเลือกแบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17) แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ต้องการ ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 มีรายงานการเข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวน 166 คน ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 102 คน

3. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถานที่ซึ่งเป็นส่วนตัว ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล ภายหลังจากบันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยส่งคืนเอกสารให้ผู้รับผิดชอบ

4. บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยจิตเภท ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ สาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ตัวแปรที่ละคู่ (Bivariate analysis) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และกำหนดตัวแปรที่มีค่า p-value<.05 เพื่อนำเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistics regression analysis) ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.71 โดยมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี ร้อยละ 50.98 (M=36.93, SD=10.98) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 79.41 ระยะเวลาการรักษา 1-5 ปี ร้อยละ 45.10 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง ร้อยละ 52.94 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้ามากกว่า 28 วันขึ้นไป ร้อยละ 33.33 เหตุผลการรับไว้รักษาของแพทย์ด้วยอาการอาละวาด ก้าวร้าว ร้อยละ 72.55 และ พบผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ร้อยละ 22.55 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=102)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	64.71
หญิง	36	35.29
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี	52	50.98
35 ปีขึ้นไป	50	49.02
(M=36.93, SD=10.98, Median=34, Min=17, Max=59)		
ภูมิลำเนา (จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน)		
กรุงเทพมหานคร	81	79.41
ต่างจังหวัด	21	20.59
ระยะเวลาการรักษา		
1-5 ปี	46	45.10
6-10 ปี	24	23.53
11-15 ปี	21	20.59
มากกว่า 15 ปี	11	10.78
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา		
1-6 ครั้ง	54	52.94
7 ครั้งขึ้นไป	48	47.06
(M=8.08, SD=6.41, Median=6, Min=2, Max=28)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า		
1-7 วัน	12	11.76
8-14 วัน	16	15.69
15-21 วัน	21	20.59
22-28 วัน	19	18.63
มากกว่า 28 วันขึ้นไป	34	33.33
เหตุการณ์การรับไว้รักษาของแพทย์		
อาละวาด ก้าวร้าว	74	72.55
ญาติดูแลไม่ไหว	26	25.49
พยายามฆ่าตัวตาย	2	1.96
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2		
ไม่มี	79	77.45
มี	23	22.55

2. สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

สาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่า ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย มีสาเหตุจากขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 69.61 มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด ร้อยละ 54.90 และไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Poor insight) ร้อยละ 52.94 ด้านญาติหรือครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 72.55 ไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 23.53 และผู้ดูแลขาดศักยภาพ ร้อยละ 22.55 ด้านการเข้าถึงบริการ มีปัญหา ร้อยละ 14.71 โดยปัญหาที่พบ ได้แก่ บ้านไกล ร้อยละ 4.90 ไม่ว่างมาโรงพยาบาล ร้อยละ 4.90 และ ไม่มีค่าเดินทาง ร้อยละ 3.92 ส่วนด้านชุมชน พบว่า มีปัญหา (หวาดกลัว/กีดกัน/ปฏิเสธผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน) ร้อยละ 23.53 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (n=102)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านพฤติกรรมผู้ป่วย^m		
ขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	71	69.61
มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด	56	54.90
ไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	54	52.94
เกิดผลข้างเคียงจากยา	4	3.92
ด้านญาติหรือครอบครัว^m		
ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	74	72.55
ไม่มีผู้ดูแล	24	23.53
ผู้ดูแลขาดศักยภาพ	23	22.55
ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ	2	1.96
ด้านการเข้าถึงบริการ		
ไม่มีปัญหา	87	85.29
มีปัญหา	15	14.71
บ้านไกล	5	4.90
ไม่ว่างมาโรงพยาบาล	5	4.90
ไม่มีค่าเดินทาง	4	3.92
เดินทางลำบาก	1	0.98

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านชุมชน		
ไม่มีปัญหา	78	76.47
มีปัญหา (หวาดกลัว/กีดกัน/ปฏิเสธผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน)	24	23.53

^m=ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า เพศ (p -value<.05) ภูมิลำเนา (p -value<.01) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา (p -value<.01) มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ตัวแปรทีละคู่ (n=102)

ปัจจัย	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน				ค่าสถิติ	p-value
	รอบที่ 2 (n=23)		รอบที่ 1 (n=79)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					5.859 ^x	.015*
ชาย	10	15.15	56	84.85		
หญิง	13	36.11	23	63.89		
อายุ					2.409 ^x	.121
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี	15	28.85	37	71.15		
35 ปีขึ้นไป	8	16.00	42	84.00		
ภูมิลำเนา					7.699 ^f	.003**
กรุงเทพมหานคร	23	28.40	58	71.60		
ต่างจังหวัด	0	0.00	21	100.00		
ระยะเวลาการรักษา					1.044 ^f	.903
1-5 ปี	11	23.91	35	76.09		
6-10 ปี	6	25.00	18	75.00		
11-15 ปี	4	19.05	17	80.95		
16 ปีขึ้นไป	2	18.18	9	81.82		
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา					11.159 ^f	.007*
1-6 ครั้ง	9	16.67	45	83.33		
7 ครั้งขึ้นไป	14	29.17	34	70.83		
ระยะเวลาอนโรพยาบาลครั้งล่าสุด					2.918 ^f	.572
1-7 วัน	5	41.67	7	58.33		
8-14 วัน	3	18.75	13	81.25		
15-21 วัน	8	38.10	13	61.90		
22-28 วัน	6	31.58	13	68.42		
29 วันขึ้นไป	7	20.59	27	79.41		
เหตุผลการรับไว้รักษา					0.805 ^f	.693
อาละวาด ก้าวร้าว	17	22.97	57	77.03		
พยายามฆ่าตัวตาย	1	50.00	1	50.00		
ญาติดูแลไม่ไหว	5	19.23	21	80.77		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน				ค่าสถิติ	p-value
	รอบที่ 2 (n=23)		รอบที่ 1 (n=79)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย^m						
ขาดยาหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	14	19.72	57	80.28	1.072 ^x	.301
มีประวัติใช้สุรา/สารเสพติด	8	14.29	48	85.71	0.150 ^x	.699
ไม่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	13	24.07	41	75.93	0.153 ^x	.696
เกิดผลข้างเคียงจากยา	0	0.00	4	100.00	1.212 ^x	.271
ปัจจัยด้านญาติ/ ครอบครัว^m						
ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	18	24.32	56	75.68	0.486 ^x	.486
ไม่มีผู้ดูแล	3	12.50	21	87.50	1.815 ^x	.178
ผู้ดูแลขาดศักยภาพ	4	17.39	19	82.61	0.452 ^x	.501
ญาติมีเจตคติต่อผู้ป่วยทางลบ	1	50.00	1	50.00	0.880 ^x	.384
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ					2.366 ^f	.797
ไม่มีปัญหา	19	21.84	68	78.16		
มีปัญหา	4	26.67	11	73.33		
ปัจจัยด้านชุมชน					0.108 ^x	.742
ไม่มีปัญหา	17	21.79	61	78.21		
มีปัญหา	6	25.00	18	75.00		

^m=ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ, ^x=chi-square, ^f=fisher's exact test, *p-value<.05, **p-value<.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistics regression analysis) พบว่า เพศหญิง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 5.99 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44, p-value<.01) และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 4.36 เท่าเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23, p-value<.05) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ (n=102)

ปัจจัย	AOR	95% CI	p-value
เพศ			
ชาย (ref.)	1	1	
หญิง	5.99	1.85-19.44	.003**
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา			
1-6 ครั้ง (ref.)	1	1	
7 ครั้งขึ้นไป	4.36	1.33-14.23	.015*

Hosmer-Lemeshow Goodness of fit test; $\chi^2=2.89$ (p-value=.235), Nagelkerke $R^2=.175$

ref.=Reference variable, *p-value<.05, **p-value<.01

อภิปรายผล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิง มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 5.99 เท่าเมื่อเทียบกับเพศชาย (AOR=5.99, 95% CI=1.85-19.44) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจมีความไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากปัจจัยต่าง ๆ เช่นภาวะเครียด อยู่ในช่วงรอบประจำเดือน วัยหลังคลอด หรือวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งในช่วงที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้ไม่ดี ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อกลับมารักษาซ้ำ (Jesus Magueta et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cabello-Rangel et al. (2024) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช: การศึกษาแบบย้อนหลัง พบว่า ผู้หญิงมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 59.2 ซึ่งสูงกว่าเพศชาย ร้อยละ 40.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรินญพร ทิมกร (2568) ที่ศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดอาการกำเริบภายในช่วง 5 ปี มากกว่าเพศชาย 2.22 เท่า (OR=2.22, 95% CI=1.27-3.89)

จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 เป็น 4.36 เท่า เมื่อเทียบกับจำนวนครั้งที่รับไว้รักษา 1-6 ครั้ง (AOR=4.36, 95% CI=1.33-14.23) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาบ่อยครั้งมักเผชิญปัญหาในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การที่ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับประทานยา ทำให้หยุดรับประทานยาและขาดการรักษาต่อเนื่อง ผู้ดูแลมีความหวาดกลัว เบื่อหน่าย และท้อแท้ในการดูแล เป็นสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษายังเป็นตัวชี้วัดความรุนแรงของโรคและความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาบ่อยครั้งมักสะท้อนถึงการดำเนินโรคที่ไม่คงที่ และมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง (Wiersma et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ San et al. (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=1.29, 95% CI=1.21-1.36)

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากแบบรายงานที่ได้รับการทบทวนและวิเคราะห์ปัจจัยการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยตรง แต่เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนเท่านั้น ทำให้มีขอบเขตตัวแปรที่ศึกษาตามที่บันทึกไว้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชสามารถนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทภายใน 28 วัน ในรอบที่ 2 โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญในผู้ป่วยเพศหญิงและผู้ป่วยที่รับไว้รักษา 7 ครั้งขึ้นไป

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยนำผลการวิจัยไปออกแบบโปรแกรมกิจกรรมในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทุกมิติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมนำทางคลินิก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการและกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการ ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566*.
https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=467
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 24-36.
- ณัฐพล บำรุงพฤกษ์. (2564). *การกลับมาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในช่วงเวลาการปรับปรุงระบบบริการรักษาช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- พิชญนันท์ นามวงษ์ และวิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 1-11.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต. (2568). *แบบรายงานการวิเคราะห์ปัญหาการกลับมาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (CLT-FR-17)*. <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/17JcRUBCAVYFVCv7mfU14hl8j4UadVFQI>.
- สรินญพร หิมกร. (2568). การศึกษาปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกระบี่ ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 70(2), 215-230. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/275099>
- อานิตา มุขตารี. (2563). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.
- Cabello-Rangel, H., Estrada-Martínez, M., & Martínez-Torres, M. (2024). Factors Associated with Readmission within 30 Days of Hospital Discharge of Psychiatric Patients: Case-Control Study. *Actas españolas de psiquiatria*, 52(4), 405-411. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i4.1651>

- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Donisi, V., Tedeschi, F., Wahlbeck, K., Haaramo, P., & Amaddeo, F. (2016). Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC psychiatry*, *16*(1), 449. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1114-0>
- Jesus Magueta, S., Costa, A. L., Simões, G., Gomes, A. I., Madail Grego, C., & Garrido, P. (2024). Hormones and Psychosis: The Role of Estrogen in Schizophrenia. *European Psychiatry*, *67*(S1), S175–S176. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.386
- Okumura, Y., Sugiyama, N., & Noda, T. (2018). Timely follow-up visits after psychiatric hospitalization and readmission in schizophrenia and bipolar disorder in Japan. *Psychiatry research*, *270*, 490–495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.020>
- Rømer Thomsen, K., Thylstrup, B., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., Simonsen, E., & Hesse, M. (2018). Drug-related predictors of readmission for schizophrenia among patients admitted to treatment for drug use disorders. *Schizophrenia research*, *195*, 495–500. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.026>
- San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2012). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *17*(1), 2–9. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.687452>
- Thongkam, J., Sukmak, V., & Mayusiri, V. (2016). Predicting schizophrenia at risk of readmissions in the short- and long-term using decision tree model. *Asia-Pacific Journal of Science and Technology*, *21*(3), 91–103. <https://doi.org/10.14456/apst.2016.10>
- Vigod, S. N., Kurdyak, P. A., Seitz, D., Herrmann, N., Fung, K., Lin, E., Perlman, C., Taylor, V. H., Rochon, P. A., & Gruneir, A. (2015). READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *Journal of psychiatric research*, *61*, 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.12.003>
- Wang, X. Q., Petrini, M., & Morisky, D. E. (2016). Comparison of the Quality of Life, Perceived Stigma and Medication Adherence of Chinese with Schizophrenia: A Follow-Up Study. *Archives of psychiatric nursing*, *30*(1), 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.006>
- Wiersma, D., Nienhuis, F. J., Slooff, C. J., & Giel, R. (1998). Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophrenia bulletin*, *24*(1), 75–85. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315>
- World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Development of community participation model to reduce sodium consumption in Kahad Subdistrict, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province

Mayuree Ittikun¹

¹Kahad Subdistrict Health Promoting Hospital, Noen Sanga District, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: High sodium consumption is a major factor causing chronic diseases, and solutions should begin at the individual, household, and community levels, requiring cooperation from all sectors.

Objectives: 1) To study the factors influencing the behavior of reducing sodium consumption and 2) to develop a community participation model to reduce sodium consumption in Kahad Subdistrict, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province.

Methodology: This participatory action research study was conducted between August 2023 and December 2024. It consisted of 2 research phases: Phase 1 studied factors influencing sodium reduction behavior. The sample group was 208 people aged 35 and over. A multistage sampling method was used to collect data using a general information questionnaire, a knowledge test, a health belief questionnaire, a social support questionnaire, and a sodium reduction behavior questionnaire. Data were analyzed using stepwise multiple regression statistics. Phase 2 focused on developing a community participation model to reduce sodium consumption through 4 steps: (1) Planning, to develop the model by brainstorming meetings with 20 key informants, analyzed the data by Thematic analysis; (2) Action; (3) Observation; and (4) Reflection. The sample was 60 people aged 35 years and over. Data were collected using questionnaires. The statistics used were descriptive statistics, Paired sample t-test, and Independent t-test.

Results: The results showed that: 1) Perception of disease severity ($\beta=0.335$) Social support from health workers ($\beta=0.258$) Self-Awareness ($\beta=0.355$) Perception of the benefits of disease prevention and treatment ($\beta=-0.195$) and social support from the family ($\beta=0.159$) with the five variables being able to predict the behavior of reducing sodium consumption by 48.7%. 2) Community participation models to reduce sodium consumption in Kahad Sub-district, Noen Sanga District, Chaiyaphum Province include (1) Self-efficacy (2) Awareness (3) Family and team support, and (4) Evaluation diet control and other. After the trial of this model, it was found that the experimental group had an average knowledge of reducing sodium consumption, Health Beliefs about reducing sodium consumption, social support to promote behavior to reduce sodium consumption, and the behavior of reducing sodium consumption was higher than before the experiment and statistically significantly higher than that of the control group at the level of .05.

Implications: The developed model can be adopted by relevant agencies to promote sustainable sodium reduction behaviors across communities.

Keywords: Sodium consumption, Social support, Health Belief Model, Participation

Corresponding author: Mayuree Ittikun **E-mail:** ittikun.mayuree@gmail.com

Received: 12 August 2025 **Revised:** 21 August 2025 **Accepted:** 27 August 2025

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ

มะยूरี่ อธิกุล¹

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลกะหาด อำเภอนินสาง, จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: การบริโภคโซเดียมสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังซึ่งการแก้ปัญหาควรเริ่มตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และ 2) เพื่อพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงธันวาคม 2567 มีขั้นตอนการวิจัย 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 208 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นการวางแผน เพื่อพัฒนาแบบโดยการประชุมระดมสมอง ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (2) ขั้นการปฏิบัติ (3) ขั้นการสังเกต และ (4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Paired sample t-test, Independent t-test

ผลการวิจัย: พบว่า 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.335$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.258$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta=0.355$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ($\beta=-0.195$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta=0.159$) โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในตำบลกะหาด อำเภอนินสาง จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่โมเดล SAFE ประกอบด้วย (1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม (3) Family and team support การส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข และ (4) Evaluation diet control and other การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียมและอื่น ๆ หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมให้กับประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การบริโภคโซเดียม, แรงสนับสนุนทางสังคม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วม

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: มะยूरี่ อธิกุล อีเมล: ittikun.mayuree@gmail.com

วันที่รับ: 12 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ: 21 สิงหาคม 2568 วันที่ตอบรับ: 27 สิงหาคม 2568

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยได้กำหนดให้ลดการบริโภคโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 (ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริยา, 2566) การบริโภคโซเดียมเกินเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่าผู้ที่มีอายุ 30-79 ปี จำนวน 1.28 พันล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประมาณร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณร้อยละ 79 ของผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ และโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก (World Health Organization: WHO, 2023) และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น (ณัฐวิวรรณ พันธุ์มุง, 2562; ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565)

สถานการณ์การบริโภคโซเดียมในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 ด้วยวิธีการประเมินปีสภาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 2,388 รายพบว่าการบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ร้อยละ 67 ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สำหรับรายงานสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.11, 15.67 และ 16.39 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราตายเพิ่มขึ้นจาก 25.37 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 32.96 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าว มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ได้รับรองนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และมอบหมายให้กรมควบคุมโรคร่วมมือกับภาคีเครือข่ายจัดทำและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568 ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ การสร้างพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ การเพิ่มความรู้ความตระหนักและเสริมทักษะให้ประชาชน ผู้ผลิตผู้ประกอบการและบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ การเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และการนำสู่ปฏิบัติ และการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล โดยมีเป้าหมายลดการบริโภคโซเดียมลง ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

พฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่งผลกระทบต่อพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ชลธิชา บุญศิริ และคณะ, 2560) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเล็งเห็นความสำคัญในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การเพิ่มความรู้ความตระหนักและเสริมทักษะให้ประชาชน โดยการส่งเสริมให้มีการสร้างความตระหนัก การให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model: HBM) ของ Rosenstock et al. (1988) ที่ได้อธิบายไว้ว่าถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นมีความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่ารับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อลดการรับรู้อุปสรรค จะส่งผลดีต่อการมีพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น (วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกลรัตนภรณ์, 2565) นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยชักนำที่สำคัญในการกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้นเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้อย่างเข้มข้นเพื่อสร้างความเข้าใจในเรื่องของอันตรายจากการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูง เป็นวิธีที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ที่ดี (ชลธิชา บุญศิริ และคณะ, 2560)

การแก้ปัญหาการบริโภคโซเดียมควรอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน จำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งอาหารลดเค็ม ด้านสาธารณสุขควรต้องมีการสนับสนุนความรู้เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการลดการบริโภคโซเดียม (ธัญญาภรณ์ เรื่องสุพรรณ และพงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำยุทธศาสตร์ลดการบริโภคโซเดียมไปสู่การปฏิบัติระดับท้องถิ่น แต่อาจยังมีข้อจำกัดเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าการเลือกซื้ออาหารแบบสำเร็จมีมากขึ้น การดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ เช่น อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารจานด่วน จึงอาจจะเลยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมเพิ่มมากขึ้นโดยไม่รู้ตัว (ชลธิชา บุญศิริ และนงนุช วงศ์สว่าง, 2565) และยังพบว่าการบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสัมพันธ์กับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียมจึงเป็นงานที่ยากและท้าทาย

อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จากรายงาน 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2565-2567 พบร้อยละการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 19.17 ในปี พ.ศ. 2565 เป็น ร้อยละ 20.34 ในปี พ.ศ. 2567 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และจากอัตราการเพิ่มของโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและมีการดำเนินโครงการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเกิดขึ้นทุกปี แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ขาดการบูรณาการกับผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในภาคส่วนของชุมชน (ณัฐฉัตร พันธ์มิ่ง และคณะ, 2563) ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และการที่จะควบคุมการบริโภคโซเดียมจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของของชุมชน โดยการให้สมาชิกของครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (นวพร วุฒิธรรม และคณะ, 2562) ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนและชุมชนได้มีส่วนร่วมตระหนักและรับรู้ถึงอันตรายจากการบริโภคโซเดียมร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ กำหนดวิธีการวิจัยเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

1.1 รูปแบบ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 3,354 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 208 คน

3) การคำนวณขนาดตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีที่ทราบประชากร (Estimating a finite population mean) ของ Wayne (1995) โดยกำหนดประชากรทั้งหมดเท่ากับ 3,354 คน ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) เท่ากับ 0.36 อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (ประทุม เมืองเป้, 2565) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.05 และระดับนัยสำคัญที่ 0.05 จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 189 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 208 คน

4) การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) เป็นประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (2) เข้าร่วมโครงการได้จนสิ้นสุดโครงการ (3) สามารถอ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วยและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ (4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ขอลถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการศึกษา และ (2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

1.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล และโรคประจำตัว จำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดคะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ร้อยละของคะแนนรวม (Bloom, 1964) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock et al. (1988) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.33 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการลดบริโภคโซเดียม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง

แรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม จำนวน 15 ข้อ ที่พัฒนาขึ้น โดยใช้มาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ แปลผลโดยพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ย (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระดับปานกลาง และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกันในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียม ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม มีค่า Cronbach's Alpha Coefficients เท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านของอาสาสมัครซึ่งมีความเป็นส่วนตัว โดยอธิบายขั้นตอนและรายละเอียดการตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยจะตัดออกและไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียม โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) และ 4) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) และ 5) ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

2.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 2 แบ่งได้ดังนี้

1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key-informant) ในขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยคัดเลือกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) รวมจำนวน 20 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 10 คน คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ และ (2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) และขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ, 2562) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงปรับขนาดตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ (1) ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป (2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ (3) อ่านออกเขียนได้หรือมีญาติช่วย และ (4) ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และ (2) เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2.3 เครื่องมือการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมระดมสมอง สำหรับขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วยแนวคำถามตามประเด็นการสนทนาที่กำหนดขึ้นดังนี้ สถานการณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม การดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียม รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมที่คาดหวัง บุคคลหรือหน่วยงานใดที่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องและให้การช่วยเหลือ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม โดยมีอุปกรณ์บันทึกเสียง อุปกรณ์เครื่องเขียน กระดาษฟลิปชาร์ต (Flip chart) และสมุดจดบันทึกในการประชุมระดมสมอง

1.2) แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) ซึ่งเป็นเครื่องมือเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้พัฒนาขึ้น ตามโมเดล SAFE ซึ่งประกอบด้วย (1) Self-efficacy (ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง) (2) Awareness (ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม) (3) Family and team support (ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข) และ (4) Evaluation diet control and other (ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมและอื่น ๆ) ระยะเวลาในการทดลองตามรูปแบบ 12 สัปดาห์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart (1988) มีวงจรการปฏิบัติ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน (Planning) 2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) 3) ขั้นการสังเกต (Observing) และ 4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning) โดยใช้ข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ประกอบการประชุมเพื่อระดมความคิด (Brainstorming) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีขั้นตอนการสำรวจปัญหา (Exploring the problem) ขั้นตอนการสร้างความคิด (Generating Ideas) ร่วมกันนำเสนอข้อมูลแนวคิดต่าง ๆ และจัดกลุ่มแนวคิด (Idea grouping) และพัฒนารูปแบบ (Developing the solution) โดยนำแนวคิดที่คัดเลือกมาพัฒนาเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า เป็นการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ กลุ่มผู้รับบริการ และกลุ่มผู้ให้บริการ จากนั้นนำรูปแบบไปประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการในขั้นตอนถัดไป

2) ขั้นการปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมตามโมเดล SAFE ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2567 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการประชุมวางแผนให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยประสานงานกับบุคลากรและอาสาสมัครที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ทำกิจกรรมตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติจนเสร็จสิ้นกระบวนการ หลังจากทำกิจกรรมตามรูปแบบฯ เสร็จสิ้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบสอบถามเดิมอีกครั้ง

3) ขั้นการสังเกต (Observing) ดำเนินการโดยผู้วิจัย และรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์

4) ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) รวบรวมข้อมูลโดยการถอดบทเรียน สะท้อนผลและทบทวนผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ สรุปปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา เพื่อการวางแผนปฏิบัติการในรอบต่อไป

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

2.3) เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียมภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติวิเคราะห์ Independent t-test

2.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2566 เลขที่ 02/2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยแก่ผู้ร่วมวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้อย่างอิสระเมื่อเสร็จสิ้นและเผยแพร่แล้วจะทำลายข้อมูลภายในเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.67 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 33.17 ($M=52.45\pm 9.19$ ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.82 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 86.06 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.83 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 83.17 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.08 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 26.92 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.38 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.54

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.335$, $p\text{-value}<.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta=0.258$, $p\text{-value}<.001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta=0.355$, $p\text{-value}<.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ($\beta=-0.195$, $p\text{-value}=.002$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta=0.159$, $p\text{-value}=.012$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression analysis ($n=208$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	p-value
Constant	0.720	0.207	-	3.485**	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.190	0.031	0.335	6.123**	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.257	0.064	0.258	4.031**	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.201	0.036	0.355	5.626**	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	-0.099	0.031	-0.192	-3.152**	.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.169	0.067	0.159	2.524*	.012

$R=0.698$, $R^2=0.487$, $SEE=0.266$, $F=38.324$ ($p\text{-value}<.001$)

* $p\text{-value}<.05$, ** $p\text{-value}<.01$

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะฮาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ

2.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning) โดยใช้ข้อมูลการวิจัยในระยะที่ 1 ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ซึ่งได้รูปแบบ ตามโมเดล “SAFE” ดังนี้

1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นกิจกรรมที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองที่เหมาะสมซึ่งจะทำให้ตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้ด้วยความพยายามมากกว่า มีกิจกรรมดังนี้ (1) การให้ความรู้และส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ (2) การสังเกตตัวแบบ (3) การพูดชักจูงใจ และ (4) การสนับสนุนทางสรีระและอารมณ์

2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคโซเดียม เป็นกิจกรรมที่ 2 ดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง โดยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ

3) Family and team support ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เป็นกิจกรรมที่ 3 ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 3-6 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพครอบครัว เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง การเอาใจใส่ ช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สนับสนุนค่าใช้จ่ายและอื่น ๆ ในการปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมให้ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4) Evaluation diet control and other ประเมินพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเป็นกิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมเพื่อสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

2.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observing) ผู้วิจัยนำรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ และการติดตามสังเกตและบันทึกผลลัพธ์ของรูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า

1) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 53.23 ± 9.05 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.67 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 96.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.00 รายได้เฉลี่ย $6,716.67 \pm 5,198.94$ บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 93.33 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 50.70 ± 9.59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 90.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.33 รายได้เฉลี่ย $6,124.67 \pm 3,784.45$ บาทต่อเดือน สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.00 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.00 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง M (SD)	กลุ่มควบคุม M (SD)	M Diff.	95% CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.56 (1.52)	8.83 (1.73)	-0.27	-1.13-0.60	-0.619	.538
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.68 (0.36)	3.67 (0.44)	0.01	-0.20-0.22	0.109	.914
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.61 (0.59)	3.54 (0.68)	0.07	-0.26-0.40	0.406	.686
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.94 (0.38)	3.87 (0.63)	0.08	-0.19-0.34	0.563	.575
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.63 (0.58)	3.50 (0.42)	0.13	-0.14-0.39	0.957	.343
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.38 (0.79)	3.58 (0.75)	-0.19	-0.59-0.20	-0.968	.337
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.75 (0.53)	3.78 (0.78)	-0.02	-0.37-0.32	-0.145	.885
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.78 (0.60)	3.77 (0.87)	0.02	-0.37-0.40	0.086	.932

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.20 (0.16)	3.23 (0.18)	-0.04	-0.13-0.05	-0.859	.394
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.22 (0.23)	3.30 (0.31)	-0.08	-0.23-0.06	-1.173	.246
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.23 (0.24)	0.01	-0.11-0.13	0.136	.893
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.19 (0.27)	3.24 (0.32)	-0.05	-0.20-0.10	-0.650	.518
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.14 (0.23)	3.17 (0.32)	-0.02	-0.17-0.12	-0.343	.733
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.18 (0.13)	3.14 (0.34)	0.04	-0.09-0.17	0.624	.535

M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

2) การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียมสูง คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ($n=30$) และภายในกลุ่มควบคุม ($n=30$) โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มทดลอง						
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.56 (1.52)	12.26 (1.87)	3.70	2.88-4.52	9.280	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.68 (0.36)	4.23 (0.27)	0.55	0.39-0.70	7.246	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.61 (0.59)	4.28 (0.47)	0.67	0.43-0.91	5.696	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.94 (0.38)	4.24 (0.41)	0.30	0.13-0.47	3.674	.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.63 (0.58)	4.03 (0.55)	0.41	0.08-0.73	2.579	.015
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.38 (0.79)	4.38 (0.54)	1.00	0.61-1.39	5.287	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.75 (0.53)	4.29 (0.47)	0.54	0.32-0.76	4.988	<.001
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.78 (0.60)	4.14 (0.48)	0.35	0.09-0.61	2.816	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.20 (0.16)	3.78 (0.23)	0.58	0.47-0.69	10.869	<.001
กลุ่มควบคุม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.22 (0.23)	3.78 (0.38)	0.56	0.38-0.74	6.299	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.70 (0.46)	0.47	0.28-0.66	4.996	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.19 (0.27)	3.93 (0.37)	0.73	0.55-0.92	8.254	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.14 (0.23)	3.72 (0.36)	0.58	0.40-0.75	6.707	<.001
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.18 (0.13)	4.04 (0.30)	0.86	0.74-0.99	14.428	<.001

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
กลุ่มควบคุม						
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	8.83 (1.73)	8.53 (1.50)	-0.30	-1.27-0.67	-0.635	.531
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	3.67 (0.44)	3.63 (0.33)	-0.04	-0.23-0.14	-0.490	.628
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.54 (0.68)	3.51 (0.62)	-0.03	-0.37-0.30	-0.203	.841
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.87 (0.63)	3.73 (0.63)	-0.13	-0.47-0.20	-0.818	.420
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	3.50 (0.42)	3.41 (0.65)	-0.09	-0.38-0.20	-0.648	.522
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	3.58 (0.75)	3.53 (0.47)	-0.04	-0.35-0.26	-0.279	.782
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.78 (0.78)	3.73 (0.58)	-0.05	-0.41-0.31	-0.285	.778
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	3.77 (0.87)	3.85 (0.43)	0.08	-0.27-0.43	0.489	.629
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม	3.23 (0.18)	3.18 (0.32)	-0.06	-0.18-0.06	-0.999	.326
ลดการบริโภคโซเดียม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.30 (0.31)	3.23 (0.48)	-0.07	-0.30-0.15	-0.695	.493
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.23 (0.24)	3.09 (0.35)	-0.13	-0.30-0.03	-1.682	.103
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.24 (0.32)	3.20 (0.51)	-0.04	-0.27-0.18	-0.381	.706
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.17 (0.32)	3.18 (0.20)	0.02	-0.10-0.13	0.304	.763
พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม	3.14 (0.34)	3.07 (0.21)	-0.07	-0.22-0.08	-0.976	.337

*p-value<.05, **p-value<.01, M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

3) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30) ระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	M Diff.	95% CI	t	p-value
	M (SD)	M (SD)				
ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	12.26 (1.87)	8.53 (1.50)	3.73	2.80-4.66	8.045	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม	4.23 (0.27)	3.63 (0.33)	0.77	0.48-1.05	5.409	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.28 (0.47)	3.51 (0.62)	0.51	0.24-0.78	3.728	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.24 (0.41)	3.73 (0.63)	0.63	0.31-0.94	4.020	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	4.03 (0.55)	3.41 (0.65)	0.85	0.59-1.11	6.515	<.001
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค	4.38 (0.54)	3.53 (0.47)	0.57	0.29-0.84	4.139	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	4.29 (0.47)	3.73 (0.58)	0.29	0.06-0.53	2.493	.016
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง	4.14 (0.48)	3.85 (0.43)	0.60	0.45-0.75	7.770	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม	3.78 (0.23)	3.18 (0.32)	0.55	0.33-0.77	4.957	<.001
ลดการบริโภคโซเดียม						
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	3.78 (0.38)	3.23 (0.48)	0.61	0.40-0.82	5.788	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	3.70 (0.46)	3.09 (0.35)	0.73	0.49-0.96	6.287	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.93 (0.37)	3.20 (0.51)	0.53	0.38-0.69	6.893	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.72 (0.36)	3.18 (0.20)	0.60	0.46-0.75	8.405	<.001
พฤติกรรมลดการบริโภคอาหารโซเดียม	4.04 (0.30)	3.07 (0.21)	0.98	0.84-1.11	14.558	<.001

*p-value<.05, **p-value<.01, M Diff.=Mean Difference, 95% CI=95% Confidence Interval

2.3 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ในระยะนี้มีการจัดประชุมถอดบทเรียนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stake holder) เพื่อคืนข้อมูล สรุปและสะท้อนผลการดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ได้ข้อสรุปดังนี้

1) การวางแผนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำให้มีเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกันที่ชัดเจนและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ควรมีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบของคณะทำงานชุดเล็กที่เน้นผู้ปฏิบัติจริงและมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจน เช่น คณะทำงานชุมชนหรือแกนนำสุขภาพที่มีบทบาทในการติดตามต่อเนื่องโดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย หรือวิทยากรกระบวนการควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม

3) ทำความเข้าใจแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น การติดตามผลลัพธ์หรือการส่งเสริมความรู้หรือพฤติกรรมต่าง ๆ โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (Line application) หรือระบบ telemedicine (Telemedicine) แต่ควรมีการศึกษาความเหมาะสมและความพร้อมของผู้ใช้งานในพื้นที่เพื่อไม่ให้เกิดอุปสรรคในการใช้งานจริง

5) ควรมีการติดตามระยะสั้นและระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนใหม่ เช่น สังคมวัฒนธรรม องค์กรปกครองท้องถิ่นในการวิจัยวงรอบถัดไปและขยายผลรูปแบบฯ ไปสู่กลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอนินส่าง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม มีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยตัวแปรทั้ง 5 สามารถรวมพยากรณ์พฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม ได้ร้อยละ 48.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริทิพย์ ศาสวัตขวาลวงศ์ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมของประชาชน อำเภอนาทะโก จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียมที่เพิ่มขึ้นของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม เมื่องเป้ และวุฒิชัย จริยา (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมภากร หาญณรงค์ และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่เคยป่วยหรือเจ็บป่วยแต่ยังไม่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการรับรู้ประโยชน์ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมลดการบริโภคอาหารได้ นอกจากนี้ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ลดการบริโภคโซเดียมได้เหมาะสม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวให้ผู้ป่วยมีการลดการบริโภคโซเดียมเนื่องจากห่วงใยบุคคลในครอบครัวไม่อยากจะให้เกิดการสูญเสีย ดังนั้นการได้รับคำแนะนำหรือการเตือนจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอันตราย

จากการบริโภคโซเดียมเกิน จะช่วยในผู้ป่วยลดการบริโภคโซเดียมเป็นอย่างดีถ้าหากขาดการรับรู้เรื่องการบริโภคโซเดียมขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และหากเชื่อว่ารับประทานโซเดียมทำให้แข็งแรงจะทำให้ไม่สามารถลดการบริโภคโซเดียมได้ (กาญจนา มณีทัฬ และสมจิต แคนสีแก้ว, 2560) ดังนั้นการสร้างความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม เช่น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มเป็นแนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคโซเดียมมากเกินไป นอกจากนี้ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีจะช่วยในการลดปริมาณการบริโภคโซเดียมได้อย่างยั่งยืน

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ในตำบลกะหาด อำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โมเดล “SAFE” โดยมีองค์ประกอบ คือ (1) Self-efficacy ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ การสังเกตตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ หรือมีเดียต่าง ๆ (2) Awareness ส่งเสริมความตระหนักในการบริโภคอาหารโซเดียม ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (3) Family and team support ส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรม และ (4) Evaluation diet control and other ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารลดโซเดียมและอื่น ๆ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลพฤติกรรมและสะท้อนกลับให้ผู้ป่วยทราบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ภายหลังการทดลองปฏิบัติตามรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการบริโภคโซเดียม ตามโมเดล “SAFE” สามารถเพิ่มความรู้อ่านกระบวนการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงข้อดีข้อเสีย และผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จจากสื่อวีดิทัศน์หรือมีเดียต่าง ๆ และการพูดกระตุ้นชักจูงให้รับรู้ความสามารถตนเองลดการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเชื่อและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ (วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกรรัตนารณ, 2565) นอกจากนี้การดำเนินตามโมเดล SAFE ที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองและความตระหนักในการบริโภคอาหารโซเดียม รวมถึงการส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลพฤติกรรมการลดบริโภคโซเดียมและพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ยังสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 ยุทธศาสตร์ A (Awareness) การเพิ่มความรู้ความตระหนัก และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชน ผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ L (Legislation and environment reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำและยุทธศาสตร์ S (Surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามและประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการผลิตและผลลัพธ์ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางคนา แสงผล (2566) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการบริโภคเกลือและโซเดียม และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ มารตี ศิริพัฒน์ (2567) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างความรู้และพฤติกรรมการลดการบริโภคเกลือโซเดียมในประชาชนจังหวัด

นครพนม เมื่อนำรูปแบบและหลักสูตรอบรมไปใช้ในชุมชนพบว่าประชาชนมีความตระหนักรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา บุญศิริ และนนุช วงศ์สว่าง (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี พบว่าหลังการทดลองประชาชนมีความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมต่ำกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิเชียร สุวรรณามังกร (2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริการสุขภาพและการจัดหาอุปกรณ์การช่วยเหลือที่จำเป็นเพื่อช่วยในการประเมินระดับโซเดียมในร่างกาย ควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว และช่วยเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่คอยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชน

1.2 ผลงานวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำนายพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลการศึกษาดังกล่าวไปกำหนดนโยบายหรือกิจกรรมต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เช่น การกำหนดมาตรการชุมชนให้มีร้านอาหารสุขภาพลดเค็มในชุมชน และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันต่อไป

2. การวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดการบริโภคโซเดียม และควรดำเนินการวิจัยเชิงประเมินผลเพื่อติดตามผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมาชิกในครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและนำผลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสมและสมบูรณ์มากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

2.2 ควรพัฒนารูปแบบในกลุ่มผู้ประกอบการ ร้านอาหารต่าง ๆ รวมถึงแม่ครัวในโรงเรียน โรงพยาบาล ในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคโซเดียม เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ปี 2566*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1394120230302031321.pdf>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ANNUAL REPORT รายงานประจำปี 2567*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668120250117072316.pdf>
- กาญจนา มณีทัพบ และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอบางน้อย จังหวัดชอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 140-149.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ ปี 2560-2564.

<https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>

ชลธิชา บุญศิริ และนนช วงศ์สว่าง. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของประชาชน ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 10-17.

ชลธิชา บุญศิริ, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, พรณวดี พุฒวัฒน์ และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารลดโซเดียมต่อความรู้ และปริมาณโซเดียมในปัสสาวะของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(3), 105-119.

ณัฐฉัตร พันธ์มุง. (2562). การจัดทำยุทธศาสตร์การลดบริโภคเกลือและโซเดียม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 3-11.

ณัฐฉัตร พันธ์มุง, นิษฐา ศรีสวัสดิ์ และประภัสรา บุญทวี. (2563). การวิจัยทดลองการใช้ชุดมาตรการลดบริโภคเค็มในชุมชนต้นแบบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 39-48.

ธัญญาภรณ์ เรืองสุวรรณ และพงศ์เทพ สุธีรวิม. (2567). การแปลงยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมไปสู่การปฏิบัติระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาล ตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 31(3), 170-180.

นภาพร วุฒิชัยธรรม, รัตนา ช้อนทอง และชุตินญา สมประดิษฐ์. (2562). ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 309-318.

นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร์ และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.

ประทุม เมืองเป้. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอหนองไผ่จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].

มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5177/3/63062098.pdf>

ประทุม เมืองเป้ และวุฒิชัย จริญญา. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(1), 19-30.

มาร์ตี ศิริพัฒน์. (2567). พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในประชาชนจังหวัดนครพนม. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(1), 407-422.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ประชากรทะเบียนราษฎร์จำแนกรายอายุและเพศ*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/f83d0cd8b830706dab4cd3cb09afa584>

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ: อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68>

วันวิสา เวชประสิทธิ์ และธีรดา จงกลรัตนภรณ์. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มบุคคลวัยเกษียณและการสื่อสารณรงค์ลดบริโภคเค็ม. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 15(1), 53-71.

วิเชียร สุวรรณามังกร. (2566). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือและโซเดียมในเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 30(3), 140-148.

- สุรางคณา แสงผล. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 635-647.
- ศิรินทิพย์ ศาสตราจารย์วาลวงศ์. (2566). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคโซเดียมของประชาชน อำเภอท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์* [ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัมภกร หาญณรงค์, ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1964). *Taxonomy of Education Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York : David Mekey.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer* (3rd ed.). Victoria: Deakin University.
- Rosenstock, I, Strecher J, & Becker H. (1988). Social leaning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

The Effect of a Family Participation Program on Health Behavior Modification of Hypertension Risk Groups, MaeMoh District, Lampang Province

Narong Kasai¹, Nukoon Nusuk¹

¹MaeMoh District Public Health Office, Lampang

Abstract

Introduction: Hypertension (HT) is a significant health issue worldwide. Proper health care in at-risk groups through family participation. It can help change behavior to prevent high blood pressure.

Objectives: To study the effectiveness of a family participation program on health behavior modification of HT risk groups.

Methodology: This quasi-experimental study employed a two-group, pre-test and post-test design. The sample of 74 at risk HT was divided into a control group and an experimental group, each of 37 participants selected by simple random sampling. The research instruments were (1) a family participant program, (2) a tool to measure clinical outcomes, and (3) a data collection tool, including a knowledge test and health behavior questionnaire. The reliability coefficients are reported as 0.94 and 0.86, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, and inferential statistics; paired sample t-test, and independent t-test statistics.

Results: The results showed that after participating in the program, 1) the experimental group had a statistically significant higher average score of knowledge about HT and health behaviors of the HT risk group than before participating (p -value $<.001$) and significantly higher than the comparison group (p -value $<.01$), and 2) the experimental group had a statistically significant lower mean blood pressure lower than before participating (p -value $<.001$) and a statistically significant lower than the comparison group (p -value $<.001$).

Conclusion: The family participation program for health behavior modification effectively enabled individuals at risk for HT to modify their health behaviors and control their blood pressure.

Implications: Health workers can lead family participation programs to modify the health behavior of HT at risk groups. It can be applied to modify the behavior of other chronic disease risk groups.

Keywords: Family participation, Risk group, Hypertension, Health behavior

Corresponding author: Nukoon Nusuk E-mail: nukoonnusuk15@gmail.com

Received: 30 April 2025 Revised: 17 August 2025 Accepted: 24 August 2025

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

ณรงค์ ก่าสาย¹, นกุล หนูสุข¹

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก การดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมในกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) เครื่องวัดความดันโลหิต และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ Paired samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ภายหลังจากทดลอง 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p\text{-value} < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของครอบครัว, กลุ่มเสี่ยง, โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ โดยกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ประกอบด้วยผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ (Whelton & Carey, 2018) ซึ่งการระบุงกลุ่มเสี่ยงและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม สามารถช่วยป้องกันโรคนี้นี้ไม่ให้เกิดขึ้น มีความสำคัญต่อการลดอัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดจากความดันโลหิตสูง (Kearney et al., 2005) และหากไม่ดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงอาจนำไปสู่ผลกระทบที่ร้ายแรงต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และความเสียหายต่ออวัยวะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง นอกจากนี้การเกิดโรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อสังคมในแง่ของการขาดแรงงานและการเพิ่มภาระทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุข (Mills et al., 2015)

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า มีผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก โดยร้อยละ 46 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้นี้ มีเพียงร้อยละ 42 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และสามารถควบคุมโรคได้เพียง ร้อยละ 21 โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความร้ายแรง และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 มีอัตราป่วย 14,618.0, 15,109.6 และ 15,638.2 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ทั้งนี้จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 18.69 โดยพบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,346.82, 1,080.77, 1,070.51, 1,032.91 และ 1,132.91 ตามลำดับ จะเห็นว่าปี พ.ศ. 2560-2563 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จึงได้กำหนดนโยบายส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง อันประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านกิจกรรมทางกาย และการส่งเสริมการบริโภคอาหารโซเดียมต่ำ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ (พ.ศ. 2560-2564) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จังหวัดลำปาง ได้ดำเนินโครงการคัดกรองความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และให้การตรวจสุขภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพในชุมชน โรงเรียนและสถานที่ทำงาน ซึ่งช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจสุขภาพได้ง่ายขึ้น และจากข้อมูลการดำเนินงานคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2565-2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5,919 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 614 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 1,558.73 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม จำนวน 6,024 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 585 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 1,495.44 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะสม จำนวน 6,055 ราย ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 657 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 1,703.09 ต่อแสนประชากร (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับ

ตนเอง (Self-regulation) และการดูแลตัวเอง (Self-care) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ และการศึกษาของ เกสรววรรณ ประดับพจน์ และ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอว ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังพบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีการปฏิบัติตนที่ดีต่อสุขภาพ (Ho et al., 2022) โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Shared Care) ประกอบด้วยแนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร (Communication) การตัดสินใจ (Decision-making) และการกระทำร่วมกัน (Reciprocity) (Sebern, 2005) การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการสนับสนุน การดูแล และการมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิดจากครอบครัวมีส่วนช่วยให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ง่ายและยั่งยืน ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบมีส่วนร่วม (Shared Care) ของ Sebern (2005) เพื่อนำไปสู่การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

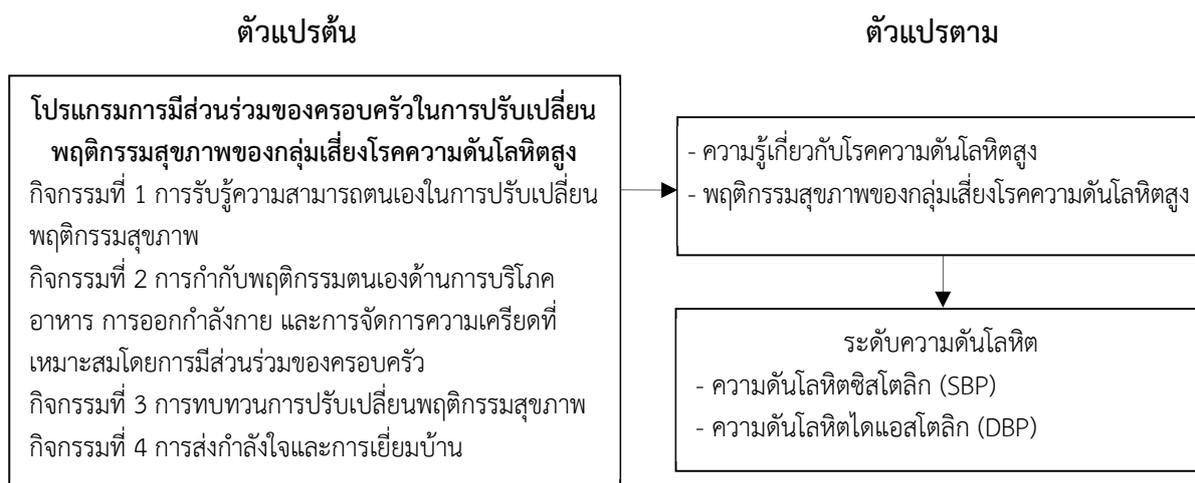
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และการดูแลตัวเอง (Self-care) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Shared Care) (Sebern, 2005) เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร (Communication)

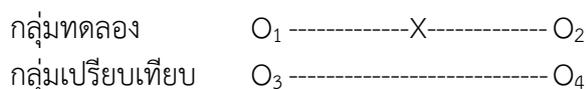
การตัดสินใจ (Decision-making) และการกระทำร่วมกัน (Reciprocity) ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure: SBP) และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure: DBP) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ในลักษณะการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 74 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยมีแบบแผนการทดลอง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบแผนการทดลอง

O₁, O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต (Pre-test) ก่อนการทดลอง

O₂, O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต (Post-test) หลังการทดลอง

X หมายถึง โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง จำนวน 12,419 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งได้รับการสุ่มและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1977) อำนาจการทดสอบ (Power, 1- β err prob) เท่ากับ 0.90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α err prob) เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง รวม 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 37 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้ก่อน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าสี่ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้ลำดับที่สอง กำหนดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอรวก จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์พร้อมจัดทำรายชื่อ (Sampling frame) เพื่อทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

- 1) เพศชายหรือหญิง ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) 130-139 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) 80-89 mmHg และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 3) มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- 4) มีสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งฟังพวาอาศัยได้
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ขณะเข้าร่วมการวิจัยมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไต และโรคเบาหวาน
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่โปรแกรมกำหนด
- 3) ขอดอนตัวออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และการดูแลตัวเอง (Self-care) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Shared Care) (Sebern, 2005) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 สัปดาห์ โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษาให้เข้าใจง่าย ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย การบรรยายความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ประกอบสไลด์ เอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ธงโภชนาการและโมเดลอาหาร โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้เกิดการสังเกตตนเองด้วยวิธีการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมสุขภาพที่เคยทำสำเร็จในอดีต และจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี พร้อมทั้งกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน เช่น ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เป็นต้น ทำให้เกิดการสังเกตตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อโรคใดบ้าง และกิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2) กิจกรรมที่ 2 การกำกับพฤติกรรมตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรมการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่คาดหวังและการกำกับพฤติกรรมตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยการนำเป้าหมายที่คาดหวังร่วมวางแผนกับครอบครัวที่บ้าน ในด้านการปรุงอาหารและการเลือกรับประทานอาหารแต่ละมื้อ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน รวมถึงการให้กำลังใจและมอบแผ่นพับความห่วงใยจากผู้วิจัย

3) กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองภายในกลุ่ม กิจกรรมกระตุ้นให้ทบทวนปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลตนเอง

4) กิจกรรมที่ 4 การส่งกำลังใจและการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 นาที-1 ชั่วโมงโดยประมาณ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมบทบาทของครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสอบถามปัญหาอุปสรรคและแนะนำวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งการส่งเสริมให้กำลังใจ

2. เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ กัลยา คงถาวร (2562) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระดับความดันโลหิต จำนวนคำถามทั้งหมด 7 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้ 0-11 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79.99) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และ 16-20 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ และ

ด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความเชิงบวก ให้ค่าคะแนน 3, 2, 1 และ 0 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบ ให้ค่าคะแนน 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ 0-28 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับต่ำ 29-56 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง และ 57-84 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่รัตนโกสินทร์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.94 และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2567-082 เลขที่โครงการวิจัย 084/2567 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2567 โดยผู้วิจัยมีการคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล มีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยประสานงานและขอความร่วมมือจากคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าสี่ เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกอรวก เพื่อกำหนดเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการชี้แจงผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการทดลอง การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 37 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 37 คน

1.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงข้อมูลรายละเอียดโปรแกรมการทดลอง รวมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ ลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้

1.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1.5 นัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลอง และนัดหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8

2. ระยะการทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 3 ชั่วโมง

2) กิจกรรมที่ 2 การกำกับพฤติกรรมตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม ประมาณ 3 ชั่วโมง

3) กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 3 ชั่วโมง

4) กิจกรรมที่ 4 การส่งกำลังใจและการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 นาที-1 ชั่วโมงโดยประมาณ

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับบริการดูแลสุขภาพตามกระบวนการปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8

3.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ให้กับกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองในภายหลัง

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Paired samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ และสถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (Normal distribution) ($p\text{-value} > .05$)

4. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.46 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-42 ปี (M=39.22, SD=3.35) ร้อยละ 81.08 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.86 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.27 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.65 และมีรายได้รวมเฉลี่ย 1,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 67.57 (M=4,686, SD=3,748.27) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.86 มีอายุอยู่ระหว่าง 35-42 ปี (M=40.11, SD=3.59) ร้อยละ 72.97 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.76 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 67.57 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.16 และมีรายได้รวมเฉลี่ย 1,000-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.38 (M=4,143, SD=2,080.13) ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=37)		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.230 ^c	0.632
ชาย	15	40.54	13	35.14		
หญิง	22	59.46	24	64.86		
ช่วงอายุ (ปี)					1.276 ^f	0.259
35-42 ปี	30	81.08	27	72.97		
43-50 ปี	6	16.22	10	27.03		
51-58 ปี	1	2.70	0	0.00		
	(M=39.22, SD=3.35)		(M=40.11, SD=3.59)			
สถานภาพ					1.820 ^c	0.611
โสด	7	18.92	10	27.03		
สมรส	24	64.86	21	56.75		
หม้าย	6	16.22	6	16.22		
ระดับการศึกษาสูงสุด					6.105 ^f	0.107
ประถมศึกษา	26	70.27	25	67.57		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	16.22	8	21.62		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	13.51	4	10.81		
อาชีพหลัก					1.953 ^f	0.744
เกษตรกร	18	48.64	23	62.15		
ค้าขาย	4	10.81	3	8.11		
รับจ้าง	6	16.22	6	16.22		
แม่บ้าน	3	8.11	2	5.41		
อื่น ๆ	6	16.22	3	8.11		
รายได้รวมเฉลี่ย (บาท/เดือน)					3.355 ^f	0.187
1,000-5,000	25	67.57	29	78.38		
5,001-10,000	9	24.32	8	21.62		
10,001-15,000	3	8.11	0	0.00		
	(M=4,686, SD=3,748.27)		(M=4,143, SD=2,080.13)			

^c=chi-square test, ^f=fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=37)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
	ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	16.27	1.95	16.43			
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	40.69	4.83	41.09	6.02	-0.293	72	.771
ระดับความดันโลหิต							
ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	139.59	5.47	139.56	5.13	1.637	72	.106
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	81.40	7.74	82.05	4.96	-0.873	72	.386

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) หลังการทดลองและก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n=37)							
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	16.27	1.95	17.32	1.82	3.670	36	<.001**
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	40.69	4.83	50.00	7.65	6.283	36	<.001**
ระดับความดันโลหิต							
ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	139.59	5.47	127.48	7.62	-9.296	36	<.001**
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	81.40	7.74	75.16	4.82	-4.870	36	<.001**

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปรศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=37)							
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	16.43	2.35	16.43	2.23	.000	36	1.000
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	41.09	6.02	41.54	6.62	0.658	36	.515
ระดับความดันโลหิต							
ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	139.56	5.13	139.86	5.65	1.830	36	.076
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	82.05	4.96	79.83	7.70	-1.833	36	.075

*p-value<.05, **p-value<.01

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.01) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	(n=37)		(n=37)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	17.32	1.82	16.43	2.23	2.930	72	.005**
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	50.00	7.65	41.54	6.62	5.207	72	<.001**
ระดับความดันโลหิต							
ความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	127.48	7.62	139.86	5.65	-8.568	72	<.001**
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP)	75.16	4.82	79.83	7.70	-6.053	72	<.001**

*p-value<.05, **p-value<.01

อภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้นำแนวคิด 3 Self ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) และการดูแลตัวเอง (Self-care) (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ร่วมกับ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (Shared Care) (Sebern, 2005) ซึ่งมีกิจกรรมการบรรยายความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงพร้อมสื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย กิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง นอกจากนี้การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ที่สะท้อนถึงความสำเร็จที่ผ่านมา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bandura, 1986) นอกจากนี้กิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนตนเอง วิเคราะห์ปัญหา ช่วยให้เกิดกระบวนการกำกับตนเองซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มทดลอง และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและกระตุ้นการตัดสินใจในการปฏิบัติตนได้ตามเป้าหมาย (Ho et al., 2022, Sebern, 2005) จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำราญ กาศสุวรรณ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร่องเข้ อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม 3.30 คะแนน ($p\text{-value} < .001$) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปราณประวีตร (2558) ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำปาง จังหวัดกระบี่ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

2. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง กิจกรรมการสะท้อนตนเองและการวิเคราะห์ปัญหา ช่วยให้เกิดกระบวนการกำกับตนเอง ร่วมกับกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสรารวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอำเภอรพทศคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภายหลังการทดลองระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และความดันไดแอสโตลิก (DBP) ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภักยานี ทนันทชัย และอาทิตยา วัจนสินธ์ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นถึงกลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าเนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองมีกระบวนการตั้งเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ เช่น การติดตามตนเองการประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง ทำให้มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงสุขภาพตนเองในทางที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

1.2 ควรมีการถ่ายทอดแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกมิติ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มประเด็นการติดตามผลระดับความดันโลหิตระยะยาว เพื่อติดตามความยั่งยืนของผลลัพธ์

2.2 ควรทำการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเชิงลึกและองค์ความรู้ใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญและคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัยและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กัลยา คงถาวร. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองตาคง อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี.

http://pongnamron.thaiddns.com:8001/doc/wichakan/Research/Research_2562HTPongnamron.pdf

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564. https://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/NCDAnnual_Report2564.pdf

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปี 2566. <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>

เกสรารวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยพยาบาลนครพนม*, 8(5), 148-161.

ประหยัด ซ่อไม้ และอารยา ปราณประวีตร. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์*, 10(1), 1-10.

ภักยานี ทนชัย และอาทิตยา วัจนสินธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากห้วยอ้อย จังหวัดแพร่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 12(2), 101-114.

- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD): ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2567*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/9702fa28cd2ec73ecc6af89d14f46874>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). *ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD): โรคความดันโลหิตสูง*. <https://hdc.moph.go.th/lpg/public/standard-subcatalog/b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b>
- สำราญ กาศสุวรรณ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลร่องเข้ อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลแพร่*, 30(2), 27-42.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)*. <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Thailand%20National%20NCD%20plan%202017-2021.pdf>
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 Self ด้วยหลัก PROMISE*. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B.S. (1964). *Taxonomy of Education Objectives, Handbook 1: Cognitive Domain*. New York : David Mekey.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- Ho, Y. L., Mahirah, D., Ho, C. Z., & Thumboo, J. (2022). The role of the family in health promotion: a scoping review of models and mechanisms. *Health promotion international*, 37(6), daac119. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac119>
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*, 365(9455), 217-223.
- Mills, K. T., Bundy, J. D., Kelly, T. N., Reed, J., Kearney, P. M., Reynolds, K., ... & He, J. (2015). Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 132(suppl_3), A16828-A16828.
- Sebern M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of advanced nursing*, 52(2), 170-179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x>
- Whelton, P. K., & Carey, R. M. (2018). The 2017 American College of Cardiology/American Heart Association clinical practice guideline for high blood pressure in adults. *JAMA cardiology*, 3(4), 352-353.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Potential for Promoting Early Childhood Development with the Local Wisdom of Parents in Kok Sung Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province

Yuphadi Sa-nguanphong¹

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum

Abstract

Introduction: Parents play a crucial role in promoting early childhood development by incorporating local wisdom into their parenting practices. Appropriate knowledge and attitude will help promote the potential to promote early childhood development.

Objectives: 1) To study the level of knowledge, attitude, and potential for promoting early childhood development with the local wisdom of parents, and 2) to study the relationship between knowledge and attitude with the potential to promote early childhood development with the local wisdom of parents

Methodology: This descriptive correlational research was conducted on a population of 40 parents of early childhood children. The research instruments include a general information questionnaire for parents, a general information test for children, an attitude questionnaire, and a potential questionnaire for promoting child development. Which had content validity with an item-objective congruence (IOC) of 0.67-1.00 and reliability coefficients of 0.80, 0.84, and 0.88, respectively. The statistics used in data analysis were descriptive statistics and inferential statistics with Pearson's correlation.

Result: The results showed that: 1) the level of knowledge ($M=22.20$, $SD=0.48$), the level of attitude ($M=3.34$, $SD=0.43$) and the level of potential to promote early childhood development with parents' local wisdom ($M=3.13$, $SD=0.38$) were moderate, and 2) knowledge ($r=0.42$, $p\text{-value}<.001$) and attitude ($r=0.51$, $p\text{-value}<.001$) were positively correlated with the potential to promote early childhood development with parents' local wisdom. Statistically significant.

Conclusion: The level of knowledge, attitude, and potential to promote early childhood development with local wisdom of parents is moderate, and knowledge and attitude are related to the potential to promote early childhood development with local wisdom of parents.

Implication: Parents should be trained to increase their knowledge and build a good attitude in order to develop their parents' potential to promote children's development with local wisdom through creative play in daily life.

Keywords: Potential, Parents, Development, Early childhood, Local wisdom

Corresponding author: Yuphadi Sa-nguanphong E-mail: tiktik_9922@hotmail.com

Received: 20 May 2025 Revised: 26 August 2025 Accepted: 28 August 2025

ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ยุกตี สวงพงษ์¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงดู ความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยจำนวน 40 คน ด้วยวิธีการเก็บทั้งหมด เครื่องมือใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ปกครอง ข้อมูลทั่วไปเด็ก แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความตรงเชิงเนื้อหา ร้อยละ 0.67-1.00 และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.80, 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Pearson's correlation

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ระดับความรู้ ($M=22.20$, $SD=0.48$) ระดับทัศนคติ ($M=3.34$, $SD=0.43$) และระดับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ($M=3.13$, $SD=0.38$) อยู่ในระดับปานกลาง 2) ความรู้ ($r=0.42$, $p\text{-value}<.001$) และทัศนคติ ($r=0.51$, $p\text{-value}<.001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง อย่างน้อยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง และความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ: ผู้ปกครองควรได้รับการอบรมเพิ่มความรู้และสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านการเล่นในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์

คำสำคัญ: ศักยภาพ, ผู้ปกครอง, พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–พ.ศ.2570) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) ได้กำหนดหมุดหมายการพัฒนาประเทศไว้ทั้งหมด 13 หมุดหมาย โดยมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับเด็กปฐมวัย ตามหมุดหมายที่ 12 คือการพัฒนาผู้ปกครองเด็กให้มีความรู้และทักษะการดูแลที่เหมาะสม มีจิตวิทยาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการของสมองและกระบวนการเรียนรู้แก่เด็ก ควบคู่กับการพัฒนาด้านร่างกายอย่างรอบด้านก่อนเด็กเข้าสู่วัยเรียน รวมทั้งการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการดูแลปกป้องเด็กให้มีพัฒนาการแบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย และทิศทางการพัฒนาบนพื้นฐานของหลักแนวคิดที่สำคัญตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ผ่านการกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างมีเหตุผล ตามศักยภาพของทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความสมดุลในมิติต่าง ๆ ในการพึ่งตนเองได้อย่างมั่นคง

ปัจจุบันพัฒนาการของเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มล่าช้าในทุก ๆ ด้าน จากการสำรวจของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2560 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ค้นพบเด็กไทย 4 ช่วงวัย ที่มีพัฒนาการล่าช้าในภาพรวมระดับประเทศ คือ เด็กอายุ 9 เดือน มีพัฒนาการล่าช้า ในด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุด ร้อยละ 40.17 เด็กอายุ 18 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด ร้อยละ 45.75 เด็กอายุ 30 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการเข้าใจภาษามากที่สุด ร้อยละ 83.05 และเด็กอายุ 48 เดือน มีพัฒนาการล่าช้าในด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ร้อยละ 63.36 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากเด็กขาดโอกาสการได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมที่เหมาะสมจากผู้ปกครอง จากสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปมีการนำสื่อดิจิทัล เช่น โทรศัพท์มือถือและแท็บเล็ต มาใช้ในการสื่อสารมากขึ้น มีโทรทัศน์เพื่อการบันเทิงในครอบครัว ปล่อยให้เด็กเล่นสื่อดิจิทัล ดูโทรทัศน์ด้วยตนเองโดยผู้ปกครองไม่ได้ชี้แนะ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานการสำรวจข้อมูลเด็ก ภายใต้ความร่วมมือของคณะกรรมการนโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัย ปี 2564-2565 พบว่า สถานการณ์ระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ยของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 9 (2563) มีค่าเฉลี่ย 102.88 โดยจังหวัดบุรีรัมย์ นครราชสีมา สุรินทร์ และชัยภูมิ มีค่าเฉลี่ย 100.28, 99.82, 98.55 และ 97.97 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดชัยภูมิมีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำสุด โดยเด็กปฐมวัยในจังหวัดชัยภูมิ มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (IQ<90) ร้อยละ 30.97 มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 20.35 มีปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพจิต (The Strength and Difficulties Questionnaire: SDQ) ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 15.93 และระดับมีปัญหา ร้อยละ 17.99 (สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ องค์การมหาชน, 2566)

ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา เป็นรากฐานสำคัญต่อการเรียนรู้ในอนาคตของเด็ก การเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างรวดเร็วในบริบทของประเทศไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อที่เหมาะสมประหยัดมากที่สุด สำหรับเด็ก คือ วัสดุที่ได้จากธรรมชาติ และจากเศษวัสดุต่าง ๆ และวัสดุที่ได้จากเศษวัสดุเหลือใช้ต่าง ๆ ได้แก่ เศษผ้า ผาขวด กลองนม ลูกกระดาด ฯลฯ นอกจากช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายแล้วยังช่วยอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ ช่วยรักษาวัฒนธรรมของเล่นจากภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยให้คงอยู่ต่อไป นอกจากการทำของเล่นจากวัสดุพื้นบ้านแล้วยังมีกิจกรรมการเล่นต่าง ๆ เช่น การร้องเพลงกล่อมเด็ก การเล่านิทาน เป็นต้น รวมทั้งกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่สะท้อนถึงสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ เป็นสายสัมพันธ์กับเด็กได้ใช้เวลาว่างที่มีคุณภาพส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ปกครองให้มีสุขภาพที่ดี (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

ผู้ปกครองมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กถือเป็นบุคคลใกล้ชิดเด็กมากที่สุด สามารถสังเกตและเข้าใจพฤติกรรมของเด็กได้ดีที่สุด การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดกิจกรรมที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้ของเล่นจากวัสดุธรรมชาติ การเล่านิทานพื้นบ้าน หรือการสอนทักษะชีวิตจากประสบการณ์จริง ในกิจวัตรประจำวัน สามารถช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการแบบองค์รวมอย่างเหมาะสมตามวัย จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ช่วยให้เห็นถึงบทบาทของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืนเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ปกครองเด็กมีความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นอย่างไร
2. ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครองหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ระดับทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และระดับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้ประยุกต์แนวคิดของ Parry (1996) เกี่ยวกับศักยภาพของผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ (knowledge) 2) ด้านทัศนคติ (attitude) และ 3) ด้านพฤติกรรม (behavior) ผู้ปกครองสามารถนำเอาศักยภาพทั้ง 3 ด้าน มาส่งเสริมพัฒนาการเด็กแบบองค์รวมให้เติบโตตามสุขภาวะของเด็กปฐมวัยที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา (World Health Organization: WHO, 2020) โดยเชื่อว่าความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองจะมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง สามารถแสดงความเชื่อมโยงได้ตามกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย (อายุ 2-6 ปี) ที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลโคกสูง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปีการศึกษา 2567 จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโคกสูง จำนวน 25 คน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านห้วยยาง จำนวน 15 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กปฐมวัย อายุ 2-6 ปี และอาศัยอยู่ในตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. ผู้ปกครองสามารถสื่อสารได้ ดูแลเด็กนานมากกว่า 3 เดือน เพื่อสามารถรับทราบข้อมูลและดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรงหรือความพิการ ไม่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ไม่มีความคิดเห็นด้านการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ปกครองไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ปกครองและเด็กย้ายที่อยู่อาศัยออกจากตำบลโคกสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานะของผู้ปกครองกับเด็ก การศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ส่งเสริมพัฒนาการ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สุขภาพฟัน การเจริญเติบโต ประกอบด้วย น้ำหนักเทียบกับอายุ (Weight for Age: W/A, ส่วนสูงเทียบกับอายุ (Height for Age: H/A) และ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (Weight for Hight: W/H) และพัฒนาการเด็กตามวัย ประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor: FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and social: PS)

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์-จิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา รวมจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ให้ค่าคะแนนของคำตอบ คือ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบใช่ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบใช่ได้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้ 1 คะแนน คะแนนที่ได้นำไปจัดกลุ่ม โดยใช้รูปแบบของ Bloom (1964) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (24-30 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนร้อยละ 60-79 (18-23 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-17 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์-จิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา รวมจำนวน 30 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย โดยให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ทัศนคติระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67-5.00 ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.66 และ ทัศนคติระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์-จิตใจ ด้านสังคม และด้านสติปัญญา รวมจำนวน 30 มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ พฤติกรรมระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67-5.00 พฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.66 และ พฤติกรรมระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในชุมชนบ้านห้วยต้อน ตำบลห้วยต้อน อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง มีค่า KR-20 (Kuder-Richardson) เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามทัศนคติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และแบบสอบถามศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 เลขที่ HE 66-1-002 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงผู้อำนวยการด้านการศึกษาตำบลโคกสูง และนายกเทศบาลตำบลโคกสูง
2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ประสานงานกับครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 ศูนย์ ทำหนังสือถึงผู้ปกครองเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มี 5 ตอน ดำเนินการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประมาณ 30 นาทีต่อชุด เก็บข้อมูลในสถานที่ส่วนตัว
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's 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 ($r=0.01-0.19$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 40 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.00 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 80.00 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 60.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.00 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวข้ามรุ่น ร้อยละ 75.00 รายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 75.00 ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 75.00 สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 87.50 แหล่งประโยชน์หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การเล่นตามประเพณี/กิจกรรมประจำวัน ของเล่นจากวัสดุธรรมชาติ อาหารพื้นบ้าน เพลงกล่อมเด็ก นิทานพื้นบ้าน และ สมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 75.00, 62.00, 45.00, 40.00, 30.00 และ 25.00 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

เด็กปฐมวัยอายุ (2-6 ปี) จำนวน 40 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 82.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 สุขภาพปกติ ร้อยละ 85 การเจริญเติบโต พบว่า น้ำหนักเทียบกับอายุ (W/A) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 75.00 ส่วนสูงเทียบกับอายุ (H/A) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.00 และ น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (W/H) ส่วนใหญ่สมส่วน ร้อยละ 72.50 และพัฒนาการเด็กตามวัยซึ่งประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM พบว่า ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ผ่าน ร้อยละ 95.00 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ผ่าน ร้อยละ 75.00 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ผ่าน ร้อยละ 80.00 ด้านการใช้ภาษา (EL) ผ่าน ร้อยละ 67.50 และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) ผ่าน ร้อยละ 87.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (N=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การเจริญเติบโต		
น้ำหนักเทียบกับอายุ (W/A)		
ปกติ	30	75.00
ค่อนข้างมากกว่าเกณฑ์	3	7.50
ค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์	7	17.50
ส่วนสูงเทียบกับอายุ (H/A)		
ปกติ	28	70.00
ค่อนข้างสูงกว่าเกณฑ์	4	10.00
ต่ำกว่าเกณฑ์	8	20.00
น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง (W/H)		
สมส่วน	29	72.50
ท้วม	5	12.50
ค่อนข้างผอม	6	15.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการ			
ด้านการเคลื่อนไหว (GM)			
	ผ่าน	38	95.00
	ไม่ผ่าน	2	5.00
ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM)			
	ผ่าน	30	75.00
	ไม่ผ่าน	10	25.00
ด้านการเข้าใจภาษา (RL)			
	ผ่าน	32	80.00
	ไม่ผ่าน	8	20.00
ด้านการใช้ภาษา (EL)			
	ผ่าน	27	67.50
	ไม่ผ่าน	13	32.50
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS)			
	ผ่าน	35	87.50
	ไม่ผ่าน	5	12.50

3. ระดับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=22.20$, $SD=0.48$) ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.34$, $SD=0.43$) และศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.13$, $SD=0.38$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง (N=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD	ระดับ
ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง	22.20	0.48	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	25.50	0.32	สูง
ด้านอารมณ์-จิตใจ	21.00	0.51	ปานกลาง
ด้านสังคม	22.50	0.19	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา	19.50	0.28	ปานกลาง
ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง	3.34	0.43	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	3.50	0.39	ปานกลาง
ด้านอารมณ์-จิตใจ	3.25	0.29	ปานกลาง
ด้านสังคม	3.75	0.86	ดี
ด้านสติปัญญา	2.85	0.66	ปานกลาง
ศักยภาพด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง	3.13	0.38	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	3.50	0.71	ปานกลาง
ด้านอารมณ์-จิตใจ	3.00	0.53	ปานกลาง
ด้านสังคม	3.25	0.54	ปานกลาง
ด้านสติปัญญา	2.75	0.21	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ($r=0.42$, $p\text{-value}<.001$) และ ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ($r=0.51$, $p\text{-value}<.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง (N=40)

ตัวแปรที่ศึกษา	ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง		
	r	p-value	ระดับ
ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง	0.42	<.001*	ปานกลาง
ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง	0.51	<.001*	ปานกลาง

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

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ระดับทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และระดับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ตำบลโคกสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ระดับความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=22.20$, $SD=0.48$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่ชนบท มีอายุเป็นผู้ดูแลหลัก อายุในช่วง 50-59 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ ทำให้ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิน จันโทมา (2567) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M=11.28$, $SD=2.33$) ด้านระดับทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.34$, $SD=0.43$) อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองครอบครัวในพื้นที่ชนบทมักประสบข้อจำกัดด้านรายได้ เวลา และทรัพยากร ส่งผลให้ผู้ปกครองให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อเลี้ยงชีพมากกว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อีกทั้งยังขาดโอกาสเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการยังไม่เข้มแข็งนัก นอกจากนี้ค่านิยมและวัฒนธรรมในชนบทที่ฝากเลี้ยงเด็กกับผู้สูงอายุหรือสมาชิกครอบครัวมากกว่าการใช้วิธีการสมัยใหม่ เช่น การอ่านนิทานหรือการเล่นเชิงสร้างสรรค์ ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ทัศนคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จักรพันธ์ศิริบริรักษ์ และปราภากร ทัดติยกุล (2567) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่า มีทัศนคติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.10 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างของพื้นที่ศึกษาซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเมือง รวมถึงรายได้เฉลี่ยครอบครัวที่ส่วนใหญ่มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน และผู้ดูแลส่วนใหญ่

เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 68.40 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นซึ่งพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนชนบท ผู้ปกครองมีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท ร้อยละ 75.00 และไม่เพียงพอต่อผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 75.00 และผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นยาย ร้อยละ 60.00 จึงส่งผลให้มีทัศนคติและค่านิยมแตกต่างกัน ในส่วนศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.13$, $SD=0.38$) อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นยาย ทำให้ยังคงมีการสืบสานและใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นบางส่วนในการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น การใช้เพลงกล่อมเด็ก นิทานพื้นบ้าน และการปลูกฝังคุณค่าทางวัฒนธรรม แต่ในขณะที่เดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้มีแนวโน้มลดลง และไม่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และผู้ปกครองยังไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่นำความรู้มาส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เท่าที่ควร จึงทำให้ศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเจียม (2564) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.00

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง และทัศนคติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง กับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ($r=0.42$, $p\text{-value}<.001$) และทัศนคติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ($r=0.51$, $p\text{-value}<.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ปกครอง สะท้อนถึงผู้ปกครองที่มีความรู้และทัศนคติด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ดี จะสามารถนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการเลี้ยงดูส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่ในชุมชนชนบทที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมักเป็นผู้สูงอายุโดยเฉพาะคุณยาย ซึ่งได้รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นอันเป็นองค์ความรู้ที่เกิดจากการสั่งสมความรู้และประสบการณ์ของคนในท้องถิ่นที่มีการถ่ายทอดกันมาจนเป็นวิถีชีวิตจากรุ่นสู่รุ่น และมีลักษณะเป็นอัตลักษณ์ของแต่ละท้องถิ่น (อรุณี หรดาล, 2562) จึงทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิน จันทมา (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองและทัศนคติเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ปกครองควรได้รับการอบรมเพิ่มความรู้และสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ผ่านการเล่นในชีวิตประจำวันอย่างสร้างสรรค์

1.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างเครือข่ายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ ดังนั้นทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ เพื่อเด็กจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อสะท้อนผลการวิจัยตามบริบทที่ชัดเจน

2.2 การนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไป เช่น สร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านสติปัญญาและกล้ามเนื้อมัดเล็กด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560*. <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/KMDenver60.pdf>
- จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์ และปรการ ทัดติยกุล. (2567). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 63(3), 81-92.
- ภาคิน จันโหมมา. (2567). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยจิตวิทยาเชิงบวกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพิษณุโลก* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. NU thesis. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/6512/3/ParkinJantoma.pdf>
- สถาบันข้อมูลขนาดใหญ่ องค์กรมหาชน. (2566). *ข้อมูล IQ-EQ ปี 64-65 สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. <https://youthlink.gbdi.cloud/dataset/iq-eq-64-65/resource/5351f883-4a57-4f5b-a10a-a5d3fd06d7f9>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 – 2570)*. <https://www.nesdc.go.th/the-national-economic-and-social-development-plan/the-thirteenth-plan-2023-2027/>
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *หลักสูตรปฐมวัย พุทธศักราช 2560*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพัตรา บุญเจียม. (2564). พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13(2), 7-22.
- อรุณี หรดาล. (2562). ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย. สักทอง : *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส.)*, 25(2), 1-11.
- Bartz, A. E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. (4th ed.). 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.
- Parry, S. B. (1996). The quest for competencies. *Training*, 33(7), 48–56.
- World Health Organization. (2020). *Basic documents*. (49th ed.). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339554/9789240000513-eng.pdf>

The Role of Nurses in Using Digital Technology to Promote Human Papillomavirus Vaccination Among Adolescents

Wiriya Sila¹, Surachet Kukumsai¹, Napatwarin Phoosawat¹

¹Chaoprayayommarat Hospital, Suphanburi

Abstract

Introduction: In the digital age, where technology is developing rapidly. The use of digital technology in health promotion has become an important tool to help increase the efficiency of medical services. In particular, health promotion among adolescents, who are the main target group for the prevention of cervical cancer and other cancers related to human papillomavirus (HPV). Nurses are health providers who play a close role with patients. Digital technology can be used to promote knowledge, understanding, and decision-making in HPV vaccination effectively.

Objectives: To present important knowledge about HPV vaccines in adolescents. Nurses play a crucial role in utilizing digital technology to encourage HPV vaccination among teenagers.

Key contents: The HPV vaccine is highly effective in preventing high-risk strains of HPV infection. Especially strains 16 and 18, which are the main causes of cervical cancer and can reduce the risk of developing the disease by up to 90 percent if received according to the program. An important nurse's role in the application of digital technology to promote HPV vaccination among adolescents. Online consultation and support Digital appointment management and reminders, and post-vaccination follow-up. However, there are still challenges in terms of inequality in access to technology. Data Privacy and Security Development of content appropriate to the cultural context and evaluation of effectiveness.

Conclusion: The HPV vaccine can prevent high-risk HPV infection and can reduce the risk of developing the disease. Digital technology is a potential tool to support access to vaccines. Nurses play an important role in applying such technology to promote vaccination among adolescents under the challenges in the current social context.

Implications: Nurses should develop digital technology and online communication skills. Create engaging and easy-to-understand content for adolescents, develop an online appointment system to facilitate it, and use technology to monitor and evaluate results to continuously improve the strategy of promoting cervical cancer vaccination.

Keywords: Adolescents, Digital technology, HPV vaccine, Nursing role

Corresponding author: Wiriya Sila E-mail: anfield.wia@gmail.com

Received: 29 April 2025 Revised: 13 August 2025 Accepted: 23 August 2025

บทบาทพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริม การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

วิริยา ศิลา¹, สุรเชษฐ์ กุคำใส¹, นกัศวริน พูลสวัสดิ์¹

¹โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

บทนำ: ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีกำลังพัฒนาอย่างรวดเร็ว การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพที่มีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วย สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น บทบาทของพยาบาล และความท้าทายในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

สาระสำคัญ: วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์เสี่ยงสูง โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก และสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคได้ถึงร้อยละ 90 หากได้รับครบตามโปรแกรม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การให้ความรู้ผ่านแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียที่วัยรุ่นนิยมใช้ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผ่านช่องทางออนไลน์ การจัดการนัดหมายและการแจ้งเตือนด้วยระบบดิจิทัล และการติดตามผลหลังการฉีดวัคซีน อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในด้านความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล การพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม และการประเมินประสิทธิผล

สรุป: วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์เสี่ยงสูงและสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคได้ เทคโนโลยีดิจิทัลนับเป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการสนับสนุนการเข้าถึงวัคซีน โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดังกล่าวเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนในกลุ่มวัยรุ่น ภายใต้ความท้าทายในบริบทสังคมปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลและการสื่อสารออนไลน์ สร้างเนื้อหาที่น่าสนใจและเข้าใจง่ายสำหรับวัยรุ่น พัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์เพื่ออำนวยความสะดวก และใช้เทคโนโลยีในการติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงกลยุทธ์การส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: วัยรุ่น, เทคโนโลยีดิจิทัล, วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก, บทบาทพยาบาล

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในเพศหญิง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 604,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 342,000 รายต่อปี (World Health Organization: WHO, 2020) จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบมีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในผู้หญิง มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 8,662 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้หญิงไทยจำนวน 4,576 รายต่อปี (International Agency for Research on Cancer: IARC, 2022) สาเหตุหลักของโรคนี้นี้คือการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี (Human Papillomavirus: HPV) ซึ่งแพร่กระจายผ่านการมีเพศสัมพันธ์ และพบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยง วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV Vaccine) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70 การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก จึงเป็นมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพสูง โดยสามารถลดความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 90 หากได้รับวัคซีนครบตามกำหนด โดยเฉพาะการฉีดในช่วงวัยรุ่นอายุ 11-12 ปี ก่อนเริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC, 2024)

กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงความสำคัญของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และกำหนดนโยบายส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อย่างไรก็ตาม อัตราการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในวัยรุ่นไทยยังต่ำ โดยในปี 2565 พบว่าความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเด็กนักเรียนหญิงชั้น ป.5 มีเพียงร้อยละ 24.13 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและวัคซีน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทศนคติและความเชื่อ บริบททางวัฒนธรรมและศาสนา ค่าใช้จ่ายและการเข้าถึงบริการ และการได้รับข้อมูลและการสื่อสาร (Shetty et al., 2019; Abdelalim et al., 2023; Galvin et al., 2023)

การส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชพีวี โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลในฐานะบุคลากรสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนและมีทักษะในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้วัยรุ่นได้รับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการสื่อสาร ซึ่งจากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ปี 2566 พบว่า กลุ่มอายุ 15-17 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด ร้อยละ 99.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 99.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่นไทย จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการผ่านช่องทางดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาอัตราการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ยังต่ำ และเพิ่มการตระหนักถึงความสำคัญของวัคซีนในกลุ่มนี้

จากผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) ของวัยรุ่นทั่วโลก พบว่าวัยรุ่นนิยมใช้แพลตฟอร์ม เช่น ตี๊กต็อก (TikTok) และอินสตาแกรม (Instagram) เป็นช่องทางหลักในการรับข้อมูล รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Pew Research Center, 2022) พยาบาลสามารถใช้ประโยชน์จากแพลตฟอร์มเหล่านี้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เช่น การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์และความปลอดภัยของวัคซีน รวมถึงแก้ไขความเข้าใจผิดที่อาจเกิดจากข้อมูลเท็จในโลกออนไลน์ นอกจากนี้การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันด้านสุขภาพ และระบบการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ยังสามารถนำมาใช้เพื่อให้คำแนะนำ ติดตามอาการ และสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นเข้ารับวัคซีนได้อย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2564)

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น บทบาทของพยาบาล และความท้าทายในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV Vaccine) เป็นวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (HPV) ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มะเร็งช่องคลอด มะเร็งทวารหนัก และโรคหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อจากสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 70 หากได้รับวัคซีนครบตามโปรแกรมที่กำหนด สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 90 (CDC, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ในประเทศที่มีอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 50% ในกลุ่มวัยรุ่นหญิง สามารถลดการติดเชื้อเอชพีวี สายพันธุ์ 16 และ 18 ลงได้ร้อยละ 83 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 66 ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี (Drolet et al., 2019)

ชนิดและการบริหารวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ปัจจุบันประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก 3 ชนิด แบ่งตามจำนวนสายพันธุ์ ได้แก่ วัคซีนชนิดสองสายพันธุ์ สี่สายพันธุ์ และเก้าสายพันธุ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

1. วัคซีนชนิดสองสายพันธุ์ (Bivalent HPV Vaccine) ครอบคลุมสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก ใช้สำหรับเพศหญิงเท่านั้น โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 0.5 มิลลิลิตร 3 เข็ม คือ 0, 1 และ 6 เดือน

2. วัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ (Quadrivalent HPV Vaccine) ครอบคลุมสายพันธุ์ 6, 11, 16 และ 18 สามารถใช้ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 0.5 มิลลิลิตร 3 เข็ม คือ 0, 2 และ 6 เดือน

3. วัคซีนชนิดเก้าสายพันธุ์ (Nonavalent HPV Vaccine) ครอบคลุมสายพันธุ์ 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 และ 58 ใช้ได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 0.5 มิลลิลิตร 3 เข็ม คือ 0, 2 และ 6 เดือน

กรณีเริ่มฉีดในอายุต่ำกว่า 15 ปี และไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง สามารถให้เพียง 2 เข็ม โดยห่างกัน 6-12 เดือน อย่างไรก็ตาม หากเริ่มฉีดหลังอายุ 15 ปี หรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ต้องฉีดครบ 3 เข็มตามแนวทางที่กำหนด

อาการข้างเคียงของการฉีดวัคซีน วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความปลอดภัยสูง ผลข้างเคียงที่พบส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและเกิดขึ้นชั่วคราว เช่น อาการปวด บวม แดงร้อนบริเวณที่ฉีด และมีไข้ต่ำ ควรสังเกตอาการหลังฉีดทุกครั้งอย่างน้อย 15 นาที (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

บทบาทของพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

ในยุคดิจิทัล การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพยาบาลได้ขยายขอบเขตจากการบันทึกข้อมูลทางคลินิก ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพผ่านช่องทางออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเชี่ยวชาญในการเข้าถึงข้อมูลจากโลกออนไลน์อย่างกว้างขวาง พยาบาลในปัจจุบันจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและใช้เครื่องมือสื่อสารดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ เว็บไซต์ และ

สื่อสังคมออนไลน์ การส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยมักดำเนินการผ่านโรงเรียน โดยให้ข้อมูลผ่านแผ่นพับหรือการบรรยาย ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของวัยรุ่น อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความเข้าใจผิดของเยาวชน ขาดสารเท็จในโซเชียลมีเดีย ข้อจำกัดด้านระบบบริการสุขภาพ และทัศนคติของผู้ปกครอง ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความลังเลในการรับวัคซีน จึงควรมีการพัฒนาแนวทางใหม่โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเข้าถึงวัยรุ่นอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มการยอมรับและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น โดยสามารถจำแนกบทบาทออกเป็น 4 ด้านหลัก ดังนี้

1. การให้ความรู้ผ่านแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย ในปัจจุบัน วัยรุ่นนิยมใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลหลักด้านสุขภาพ พยาบาลจึงสามารถใช้ช่องทางนี้ในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับไวรัสเอชพีวี และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยออกแบบเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น เช่น วิดีโอสั้นความยาว 15-30 วินาทีบนแพลตฟอร์มติ๊กต็อก (TikTok) หรืออินสตาแกรมรีลส์ (Instagram Reels) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่เป็นทางการ และมีภาพกราฟิกที่ดึงดูดความสนใจ การใช้มีม (Meme) หรือเพลงที่กำลังได้รับความนิยม สามารถช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและการแชร์เนื้อหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ สามารถจัดทำแคมเปญรณรงค์ออนไลน์ร่วมกับโรงเรียนและชุมชน เพื่อกระตุ้นให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ข้อมูล และสร้างการตระหนักรู้ในวงกว้าง รวมทั้งจัดกิจกรรมไลฟ์สดบนเฟซบุ๊ก (Facebook) หรืออินสตาแกรม (Instagram) เพื่อตอบคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบเรียลไทม์ ช่วยลดช่องว่างระหว่างวัยรุ่นกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่งเสริมความไว้วางใจ และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองมากขึ้น จากการศึกษาของ ชอย และคณะ (Choi et al., 2023) เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ออกแบบอย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติเชิงบวกต่อวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ

2. การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผ่านช่องทางออนไลน์ พยาบาลสามารถใช้แพลตฟอร์มเทเลเมดิซีน (Telemedicine) การพยาบาลทางไกล (Telenursing) และแอปพลิเคชันแชท เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ทั้งในเรื่องผลข้างเคียงและสุขภาพทางเพศ ช่องทางออนไลน์ช่วยให้วัยรุ่นสอบถามข้อมูลได้อย่างเป็นส่วนตัวโดยไม่ต้องพบแบบเผชิญหน้า พร้อมให้คำแนะนำแบบเรียลไทม์ (Real times) ผ่านวิดีโอคอล (Video call) หรือข้อความ และส่งลิงก์ข้อมูลเพิ่มเติม จากการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยบริวเวอร์ และคณะ (Brewer et al., 2017) พบว่า การประชาสัมพันธ์ที่เน้นความชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับความสำคัญของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนมากกว่าการสนทนาทั่วไป พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้หลักการนี้ในการให้คำปรึกษาออนไลน์ โดยการสื่อสารที่ชัดเจน ตรงประเด็น และให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน วิธีการนี้ยังช่วยให้พยาบาลขยายการเข้าถึงวัยรุ่นในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การศึกษาของโอตะ และคณะ (Ota et al., 2022) พบว่าการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มยอดนิยมในเอเชีย ช่วยเพิ่มความตั้งใจในการฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการใช้ข้อความสั้น ภาพอินโฟกราฟิก และสติ๊กเกอร์ที่น่าสนใจ อีกทั้งพยาบาลสามารถพัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะกลุ่ม เช่น สำหรับวัยรุ่นชายที่มักถูกละเลยในการรณรงค์ แม้ว่าจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีเท่าเทียมกับเพศหญิง จากผลการศึกษาของฟอนทีนอต และคณะ (Fontenot et al., 2020) พบว่า แอปพลิเคชันที่ออกแบบเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งเนื้อหา ภาษา และรูปแบบ สามารถเพิ่มความรู้และความตั้งใจรับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดการนัดหมายและการแจ้งเตือนด้วยระบบดิจิทัล (Digital) พยาบาลมีบทบาทในการจัดการระบบนัดหมายการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบจองคิวออนไลน์ หรือการ

ส่งข้อความเตือนผ่านเอสเอ็มเอส (SMS) และแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อแจ้งกำหนดการฉีดวัคซีน ระบบนี้ช่วยลดการลืมนัดหมายและเพิ่มอัตราการรับวัคซีนครบโดส แอตคินสัน และคณะ (Atkinson et al., 2019) ได้ศึกษาประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนและการฉีดวัคซีนครบโดส พบว่า การใช้ระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติผ่านเอสเอ็มเอส (SMS) หรือแอปพลิเคชัน (Application) มีประสิทธิภาพเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนครบโดสได้ร้อยละ 17-29 โดยเฉพาะเมื่อมีการส่งข้อความเตือนซ้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฌันทรดี ยิง และทองศิริราช (Chandeying & Thongseiratch, 2023) ได้ศึกษารูปแบบการให้ความรู้และการเตือนความจำเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า การใช้ทั้งสองวิธีร่วมกันมีประสิทธิผลสูงสุด โดยสามารถเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนได้ร้อยละ 15-25 นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบนัดหมาย (MOPH Appointment) และระบบแจ้งเตือน (MOPH Alerting) โดยเชื่อมต่อกับแอปพลิเคชันหมอพร้อม สามารถจองนัดหมาย เลื่อน หรือยกเลิกนัดด้วยตนเอง รวมถึงรับข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติจากหน่วยบริการ ซึ่งจะช่วยลดการขาดนัดและเพิ่มความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการวัคซีน (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4. การติดตามผลและให้การดูแลหลังการฉีดวัคซีน พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อติดตามอาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เช่น การให้วัยรุ่นบันทึกอาการผ่านแอปพลิเคชัน (Application) และให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันแชท (Chat) หรือวิดีโอคอล (Video call) โดยไทเทิลแมน และคณะ (Teitelman et al., 2020) ได้พัฒนาแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (HPV Vaccine) ให้ครบโดสในกลุ่มผู้หญิงวัยรุ่น ซึ่งแอปพลิเคชันไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลและเตือนการนัดหมาย แต่ยังมีระบบติดตามอาการข้างเคียงและให้คำแนะนำในการจัดการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชัน มีอัตราการฉีดวัคซีนครบโดสสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 27 และมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงน้อยกว่า ในประเทศไทย ระบบบริการของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการติดตามผลหลังการฉีดวัคซีนอย่างเป็นระบบ และบันทึกข้อมูลใน MOPH Claims เพื่อบันทึกประวัติการฉีดวัคซีน และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด เพื่อความถูกต้องและความปลอดภัยของผู้รับบริการ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ความท้าทายในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นเป็นเครื่องมือสำคัญที่มีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในการขับเคลื่อนการเข้าถึงวัคซีนในยุคดิจิทัล เนื่องจากสามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างตรงจุด และตอบสนองต่อพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในบริบทนี้ยังคงเผชิญกับความท้าทายที่หลากหลาย ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่าวัยรุ่นและผู้ปกครองจำนวนมากยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีและกลไกการป้องกันของวัคซีน หลายครอบครัวไม่ทราบว่าไวรัสเอชพีวี สามารถติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ และมีความเข้าใจผิดว่าการฉีดวัคซีนไม่จำเป็นหากยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ข้อมูลเท็จและความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับวัคซีนสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เกิดความสับสนและความลังเลใจในการตัดสินใจรับวัคซีน ข้อมูลเท็จเหล่านี้จึงเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข การให้ข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อดิจิทัลสามารถช่วยลดความเข้าใจผิดและเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ แต่ต้องออกแบบเนื้อหาที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและหลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน (Choi et al., 2023)

2. ด้านทัศนคติและวัฒนธรรม ความท้าทายทางทัศนคติและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง โดยเฉพาะในสังคมไทยและสังคมเอเชียที่มีค่านิยมอนุรักษ์นิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ การสื่อสารเกี่ยวกับวัคซีนที่มีความเชื่อมโยงกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อน โดยเฉพาะในสังคมที่ไม่เปิดกว้างในการพูดคุยเรื่องเพศ วิทยุรณรงค์รู้สึกอึดอัดที่จะซักถามข้อสงสัย และผู้ปกครองหลายคนรู้สึกลำบากใจในการอธิบายความสำคัญของวัคซีนกับบุตรหลาน เทคโนโลยีดิจิทัลจึงสามารถช่วยลดอุปสรรคได้ โดยการให้ข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ที่เป็นส่วนตัว เช่น เว็บไซต์ที่ตอบคำถามพื้นฐาน แอปพลิเคชันให้ความรู้ หรือการปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันแชทที่เป็นความลับ อุ และคณะ (Ou et al., 2023) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขบนอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mHealth) ที่มุ่งเป้าหมายไปที่ผู้ปกครองและเยาวชนในการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า การให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล นอกจากนี้ การศึกษายังพบว่า การสื่อสารที่เน้นประโยชน์ด้านการป้องกันมะเร็งโดยไม่เน้นประเด็นเรื่องเพศมากเกินไปอาจช่วยลดความอึดอัดและเพิ่มการยอมรับวัคซีนในวัฒนธรรมที่อนุรักษ์นิยม

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งในแง่ของการเข้าถึงวัคซีนที่ยากลำบากโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือประเทศรายได้ต่ำ Brunini และคณะ (Bruni et al., 2021) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการนำวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาใช้ทั่วโลกและการประเมินความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนระดับชาติโดยองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟระหว่างปี 2010-2019 พบว่าความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ โดยสาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ การกระจายวัคซีน และระบบโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายยังเป็นอุปสรรคสำคัญ เนื่องจากวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในบางประเทศยังมีราคาสูงและไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้ล้วนต้องการแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง เพื่อเพิ่มอัตราการรับวัคซีนในกลุ่มวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มักมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามและประเมินผลโปรแกรมการฉีดวัคซีน อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล

4. ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แม้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและเป็นช่องทางที่มีศักยภาพสูงในการเข้าถึงวัยรุ่น แต่การนำมาประยุกต์ใช้ยังเผชิญความท้าทายหลายประการ ดังนี้

4.1 ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี (Digital Divide) แม้ว่าอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตในวัยรุ่นจะสูง แต่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ดิจิทัลในบางกลุ่ม โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยลาตุลิปเป และคณะ (Latulippe et al., 2020) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพสังคมและสุขภาพดิจิทัล (eHealth) พบว่าปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงกลับเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัลได้น้อยที่สุด

4.2 ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูล การเก็บข้อมูลสุขภาพและข้อมูลส่วนบุคคลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital technology) ต้องมีมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เพียงพอ ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล รวมถึงความโปร่งใสในการจัดการข้อมูลสุขภาพดิจิทัล เพื่อสร้างความไว้วางใจจากผู้ให้บริการ โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ละเอียดอ่อน เช่น สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น (WHO, 2021)

4.3 การพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสม การออกแบบเนื้อหาดิจิทัลที่เหมาะสมกับวัยรุ่น ทั้งในแง่ของ ภาษา รูปแบบ และบริบททางวัฒนธรรม เป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากต้องสร้างความสมดุลระหว่างการ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องทางวิชาการและการสื่อสารที่น่าสนใจสำหรับกลุ่มเป้าหมาย โดยแซนดิ และคณะ (Sandi et al., 2025) ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้ความรู้ดิจิทัลต่อความรู้เรื่องไวรัส เอชพีวี ความตั้งใจรับวัคซีน และอัตราการฉีดวัคซีนในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่าการออกแบบเนื้อหาที่ คำนึงถึงวัฒนธรรม ความสนใจ และระดับการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผล ของการให้ความรู้ดิจิทัล

4.4 การประเมินประสิทธิผล การวัดผลและประเมินประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการ ส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อ การตัดสินใจรับวัคซีน และอาจยากในการกำหนดว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือปัจจัย อื่น โดยแอตคินสัน และคณะ (Atkinson et al., 2019) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ วิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนและการฉีดวัคซีนครบ โดส พบว่าแม้จะมีหลักฐานที่ชี้ให้เห็นประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัล แต่ยังมีข้อจำกัดในการวิจัย เช่น ความ หลากหลายของวิธีการวัดผล การขาดการติดตามผลระยะยาว และการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มค่าทาง เศรษฐศาสตร์

บทสรุป

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นถือเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข การฉีดวัคซีนป้องกัน มะเร็งปากมดลูก เป็นมาตรการหลักที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดความเสี่ยงต่อโรค อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในวัยรุ่นยังคงต่ำเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และข้อจำกัดด้านระบบบริการ เทคโนโลยีดิจิทัลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการเข้าถึง ข้อมูลและบริการ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ในหลากหลายรูปแบบเพื่อเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น การให้ความรู้ผ่าน แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียที่วัยรุ่นนิยมใช้ เช่น ดิจิทัล อินสตาแกรม และไลน์ ทำให้สามารถเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการนำเสนอเนื้อหาที่กระชับ เข้าใจง่าย และมีความน่าสนใจ นอกจากนี้การให้คำปรึกษาและสนับสนุนผ่านช่องทางออนไลน์ช่วยให้วัยรุ่นสามารถซักถามข้อสงสัยและได้รับ ข้อมูลที่ต้องการในเรื่องที่อาจรู้สึกอึดอัดหากต้องพูดคุยแบบเผชิญหน้า อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ยังเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยี ความเป็นส่วนตัวและ ความปลอดภัยของข้อมูล การพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม และการประเมินประสิทธิผล ของเทคโนโลยี รวมถึงทัศนคติของสังคมที่มีความละเอียดอ่อนต่อการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจกระทบ ต่อการยอมรับวัคซีน ดังนั้น พยาบาลควรเสริมสร้างทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการสื่อสารที่เหมาะสม กับวัยรุ่น การออกแบบเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและสอดคล้องกับค่านิยมสังคม จึงเป็นแนวทางสำคัญเพื่อเพิ่มการ ยอมรับและเพิ่มอัตราการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มวัยรุ่นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนัก พยาบาลควร สร้างเนื้อหาที่น่าสนใจและเหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น คลิปวิดีโอสั้นบนติ๊กต็อก (TikTok) หรืออินสตาแกรม (Instagram) ที่อธิบายประโยชน์ของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างสนุกสนานและเข้าใจง่าย การใช้

แฮชแท็ก (Hashtag) ยอดนิยมหรือร่วมมือกับอินฟลูเอนเซอร์ (Influencer) ด้านสุขภาพจะช่วยขยายการเข้าถึง นอกจากนี้ การจัดไลฟ์สด (Live) หรือห้องสนทนาออนไลน์ (Chat online) เพื่อตอบคำถามจะช่วยลดความกังวลและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาแอปพลิเคชัน ควรมีระบบการทำงานที่ครบถ้วน เช่น การให้ข้อมูลวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การแจ้งเตือนนัดหมาย ระบบนัดหมายออนไลน์ ช่องทางปรึกษาพยาบาลโดยตรง และการติดตามผล เป็นต้น เทคโนโลยีนี้จะลดอุปสรรคด้านเวลาและสถานที่ ทำให้วัยรุ่นและผู้ปกครองเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น

3. พยาบาลควรพัฒนาศักยภาพในการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบดิจิทัล เช่น แบบสอบถามออนไลน์ หรือแอปพลิเคชัน เพื่อติดตามอัตราการฉีดวัคซีนและอาการข้างเคียงของการฉีดวัคซีน ข้อมูลเหล่านี้ช่วยปรับปรุงกลยุทธ์การสื่อสารและบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการใช้งานระบบแจ้งเตือนและนัดหมาย บน "หมอพร้อม Station".

https://mohprompt.moph.go.th/mpc/wp-content/uploads/2022/08/Howto_AlertAppointment_on_Mohpromptstation.pdf

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ปีงบประมาณ 2568. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1640920241117045317.pdf>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) สำหรับนักศึกษาหญิง ปีงบประมาณ 2568. <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1722220250709093427.pdf>

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การป้องกันมะเร็งปากมดลูกปฐมภูมิ. <https://www.rtcog.or.th/photo/cpg/GY-63-016-1.pdf>

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเอชพีวีในเด็กนักเรียนหญิงชั้น ป.5 ปีการศึกษา 2565. <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/163944c7bb609801325653aa36cc71a4>

สภาการพยาบาล. (2564). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing). https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). สรุปผลที่สำคัญการใช้ไอซีทีของเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2566. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240731153627_28521.pdf

Abdelaliam, S. M. F., Kuaia, A. M., Hadadi, A. A., Alhujayri, A. K., Al Anazi, A. A., Hajar, A. A., AlShareda, R. S., & Amri, S. M. (2023). Knowledge and attitudes toward human papillomavirus and vaccination: A survey among nursing students in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(12), 1766. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121766>

- Atkinson, K. M., Wilson, K., Murphy, M. S., El-Halabi, S., Kahale, L. A., Laflamme, L. L., & El-Khatib, Z. (2019). Effectiveness of digital technologies at improving vaccine uptake and series completion—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Vaccine*, *37*(23), 3050-3060. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.063>
- Brewer, N. T., Hall, M. E., Malo, T. L., Gilkey, M. B., Quinn, B., & Lathren, C. (2017). Announcements versus conversations to improve HPV vaccination coverage: A randomized trial. *Pediatrics*, *139*(1), e20161764. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1764>
- Bruni, L., Saura-Lázaro, A., Montoliu, A., Brotons, M., Alemany, L., Diallo, M. S., ... & de Sanjosé, S. (2021). HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010–2019. *Preventive Medicine*, *144*, 106399. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *HPV vaccination*. <https://www.cdc.gov/hpv/vaccines/index.html>
- Chandeying, N., & Thongseiratch, T. (2023). Systematic review and meta-analysis comparing educational and reminder digital interventions for promoting HPV vaccination uptake. *NPJ Digital Medicine*, *6*(1), 162. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00912-w>
- Choi, J., Tamí-Maury, I., Cuccaro, P., Kim, S., & Markham, C. (2023). Digital health interventions to improve adolescent HPV vaccination: A systematic review. *Vaccines*, *11*(2), 249. <https://doi.org/10.3390/vaccines11020249>
- Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., & HPV Vaccination Impact Study Group. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, *394*(10197), 497–509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30298-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30298-3)
- Fontenot, H. B., White, B. P., Rosenberger, J. G., Lacasse, H., Rutirasiri, C., Mayer, K. H., & Zimet, G. (2020). Mobile app strategy to facilitate human papillomavirus vaccination among young men who have sex with men: Pilot intervention study. *Journal of medical Internet research*, *22*(11), e22878. <https://doi.org/10.2196/22878>
- Galvin, A. M., Garg, A., Griner, S. B., Moore, J. D., & Thompson, E. L. (2023). Health literacy correlates to HPV vaccination among US adults ages 27-45. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, *38*(1), 349–356. <https://doi.org/10.1007/s13187-021-02123-x>
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *Global cancer observatory: Cancer today globocan 2022: Thailand*. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>
- Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2020). Integration of conversion factors for the development of an inclusive eHealth tool with caregivers of functionally dependent older persons: social justice design. *JMIR human factors*, *7*(3), e18120. <https://doi.org/10.2196/18120>

- Ota, Y., Nomura, K., Fujita, N., Suzuki, T., Kamatsuka, M., Sakata, N., Nagashima, K., Hirayama, J., Fujita, N., Shiga, K., Oyama, N., & Terada, Y. (2022). Influence of LINE-assisted provision of information about human papillomavirus and cervical cancer prevention on HPV vaccine intention: A randomized controlled trial. *Vaccines*, *10*(12), 2005. <https://doi.org/10.3390/vaccines10122005>
- Ou, L., Chen, A. C., & Amresh, A. (2023). The effectiveness of mHealth interventions targeting parents and youth in human papillomavirus vaccination: Systematic review. *JMIR pediatrics and parenting*, *6*, e47334. <https://doi.org/10.2196/47334>
- Pew Research Center. (2022). *Teens, social media and technology 2022*. <https://www.pewresearch.org/internet/2022/08/10/teens-social-media-and-technology-2022/>
- Sandi, Y. D. L., Yang, L. Y., Andarini, E., Maryam, D., & Wu, L. M. (2025). Effectiveness of digital education on human papillomavirus knowledge, vaccination Intent and completion rates in adolescents and young adults: A meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, *81*(4), 2199–2213. <https://doi.org/10.1111/jan.16575>
- Shetty, S., Prabhu, S., Shetty, V., & Shetty, A. K. (2019). Knowledge, attitudes and factors associated with acceptability of human papillomavirus vaccination among undergraduate medical, dental and nursing students in South India. *Human vaccines & immunotherapeutics*, *15*(7-8), 1656–1665. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1565260>
- Teitelman, A. M., Gregory, E. F., Jayasinghe, J., Wermers, Z., Koo, J. H., Morone, J. F., Leri, D. C., Davis, A., & Feemster, K. A. (2020). Vaccipack, a mobile app to promote human papillomavirus vaccine uptake among adolescents aged 11 to 14 years: Development and usability study. *JMIR nursing*, *3*(1), e19503. <https://doi.org/10.2196/19503>
- World Health Organization. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/g4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>



คำแนะนำในการเตรียมบทความต้นฉบับ

วารสารวิชาการพยาบาลและสาธารณสุข (Academic Journal of Nursing and Public health) จะดำเนินการเผยแพร่บทความองค์ความรู้ บทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อเรื่องภาษาไทย และบทความภาษาไทยด้วย โดยจะเผยแพร่องค์ความรู้ในขอบข่ายสาขาวิชาดังต่อไปนี้ 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 วุฒิสโร บรรณาธิการวารสาร 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 ตั้งค้ำระยะห่างระหว่างขอบกระดาษด้านบน 2.54 เซนติเมตรและด้านล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 2.54 เซนติเมตร ด้านขวา 2.54 เซนติเมตร การพิมพ์เว้นวรรคข้อความ พิมพ์เว้นวรรคตัวเลข ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เว้นวรรค 1 ตัวอักษร ความยาวไม่เกิน 14 หน้ากระดาษ การจัดรูปแบบหน้ากระดาษให้ตัวหนังสือให้ชิดขอบทั้งสองด้านในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า 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 (,) คั่นระหว่างคำสำคัญเป็นการระบุคำสำคัญหลักในเรื่องงานวิจัย ต้องเป็นคำศัพท์ที่สามารถใช้ในการสืบค้นหรืออ้างอิงได้

4.5 บทนำ บอกความสำคัญหรือที่มาของปัญหาที่นำไปสู่การศึกษาวิจัย และควรเขียนให้เห็นถึง Gap of knowledge ในสิ่งที่ยังไม่ได้ศึกษาหรือสิ่งที่กำลังต่อยอดพัฒนาเพื่อนำไปสู่องค์ความรู้ใหม่

4.6 วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อความที่ชัดเจนและกระชับเกี่ยวกับเป้าหมายและจุดมุ่งหมายเฉพาะของการศึกษาวิจัยโดยระบุถึงสิ่งที่นักวิจัยตั้งใจจะศึกษาหรือบรรลุสิ่งที่ความหวังว่าจะได้เรียนรู้หรือค้นพบผ่านการวิจัย

4.7 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เป็นการคาดเดาคำตอบการวิจัยไว้ล่วงหน้า ควรระบุให้มีความชัดเจนและสามารถวัดผลได้

4.8 กรอบแนวคิดการวิจัย ผู้วิจัยควรเขียนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ตัวแปรอิสระ) และตัวแปรตาม ที่ใช้ศึกษาโดยมาจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาเขียนเป็นแผนภาพเชื่อมโยงเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

4.9 ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายรายละเอียดดังนี้

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

2) **เครื่องมือวิจัย** เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

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

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

5) **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ควรระบุช่วงเวลาเก็บข้อมูลทั้งหมด การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างอย่างไร เก็บข้อมูลอย่างไร มีกิจกรรมอะไรบ้าง ระยะเวลาตอบคำถาม และวิธีขอรับแบบสอบถามคืน เขียนเป็นขั้นตอนตามลำดับ

6) **การวิเคราะห์ข้อมูล** ควรระบุสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินั้น ๆ



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

4.11 อภิปรายผล อภิปรายผลตามสรุปผลการวิจัยที่กำหนดไว้เป็นข้อๆ ตามวัตถุประสงค์ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้หรือไม่และมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลงานของผู้อื่นอย่างไร ควรอ้างทฤษฎีหรือผลการวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบเพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิมรวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์

4.12 ข้อเสนอแนะ

1) **การนำผลการวิจัยไปใช้** กล่าวถึงการนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้อง 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 ที่เอื้อเพื่อเอกสาร ข้อมูลและสถานที่ที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำโครงการวิจัยนี้

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) วัตถุประสงค์เป็นการเขียนเพื่อให้ทราบว่า การเขียนบทความครั้งนี้ต้องการให้ผู้อ่านทราบเรื่องอะไรบ้าง และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาของบทความ 2) ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการเขียนสิ่งที่ผู้เขียนต้องการจะบอกกล่าวให้ผู้อ่านทราบและเข้าใจตรงกัน เพื่อเป็นกรอบในการอ่าน 3) นิยามศัพท์หรือคำจำกัดความเป็นการเขียนระบุไว้เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านกรณีที่คำเหล่านั้นผู้เขียนใช้ในความหมายที่แตกต่างจากความหมายทั่วไปหรือเป็นคำที่ผู้อ่านอาจจะไม่เข้าใจ



4. วัตถุประสงค์เป็นการแสดงเจตนาของผู้เขียนที่ต้องการสื่อสารอะไรให้ผู้อ่านรับทราบ
5. เนื้อเรื่องจะเป็นการเขียนรายละเอียดของประเด็นตามที่ผู้เขียนได้วางโครงเรื่องไว้ 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. การเขียน อ้างอิงในเนื้อหา ตามรูปแบบ APA 7th Edition

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

1.1 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 ชูช่วย (2565) พบว่า...
- ผู้แต่ง 2 คน: วินัย กล้าจางค์ และวิชัย อัจฉาญ (2564) แสดงให้เห็นว่า...
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ (2563) สรุปว่า...

1.2 การอ้างอิงแบบวงเล็บ (Parenthetical citation)

เป็นการระบุทั้งชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ในวงเล็บ ท้ายข้อความที่อ้างถึง

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

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

ตัวอย่างภาษาไทย:

- ผู้แต่ง 1 คน: ... (สุชาติ ชูช่วย, 2565).
- ผู้แต่ง 2 คน: ... (วินัย กล้าจางค์ และวิชัย อัจฉาญ, 2564).
- ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป: ... (สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563).



1.3 การอ้างอิงงานหลายชิ้นในวงเล็บเดียวกัน

เรียงลำดับตามอักษรของชื่อผู้แต่ง คั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;)

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

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

ตัวอย่างภาษาไทย:

การศึกษาหลายชิ้นแสดงผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกัน (สุชาติ ชูช่วย, 2565; วินัย กล้าจำนงค์ และวิชัย อาจหาญ, 2564; สมศักดิ์ แก้ววิรัตน์ และคณะ, 2563)

1.4 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:

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

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

1.5 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.)

ข้อแนะนำเพิ่มเติมสำหรับการอ้างอิงในเนื้อหา

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. การเขียน เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ตามรูปแบบ APA 7th Edition

1. การเรียงลำดับ: เรียงตามลำดับอักษรของผู้แต่ง
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)

2.1 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.

2.2 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.

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



2.4 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>

2.5 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:

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

2.6 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:

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

2.7 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:

ธนวัฒน์ สุขสมบูรณ์. (2563). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าออนไลน์ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

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



2.8 การเขียนอ้างอิงจากการประชุมวิชาการ (Proceeding)

รูปแบบ:

ผู้แต่ง. (ปี, วัน เดือน). ชื่อบทความ. ใน *ชื่อการประชุม* (หน้า xx-xx). หน่วยงานที่จัดประชุม. URL

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ:

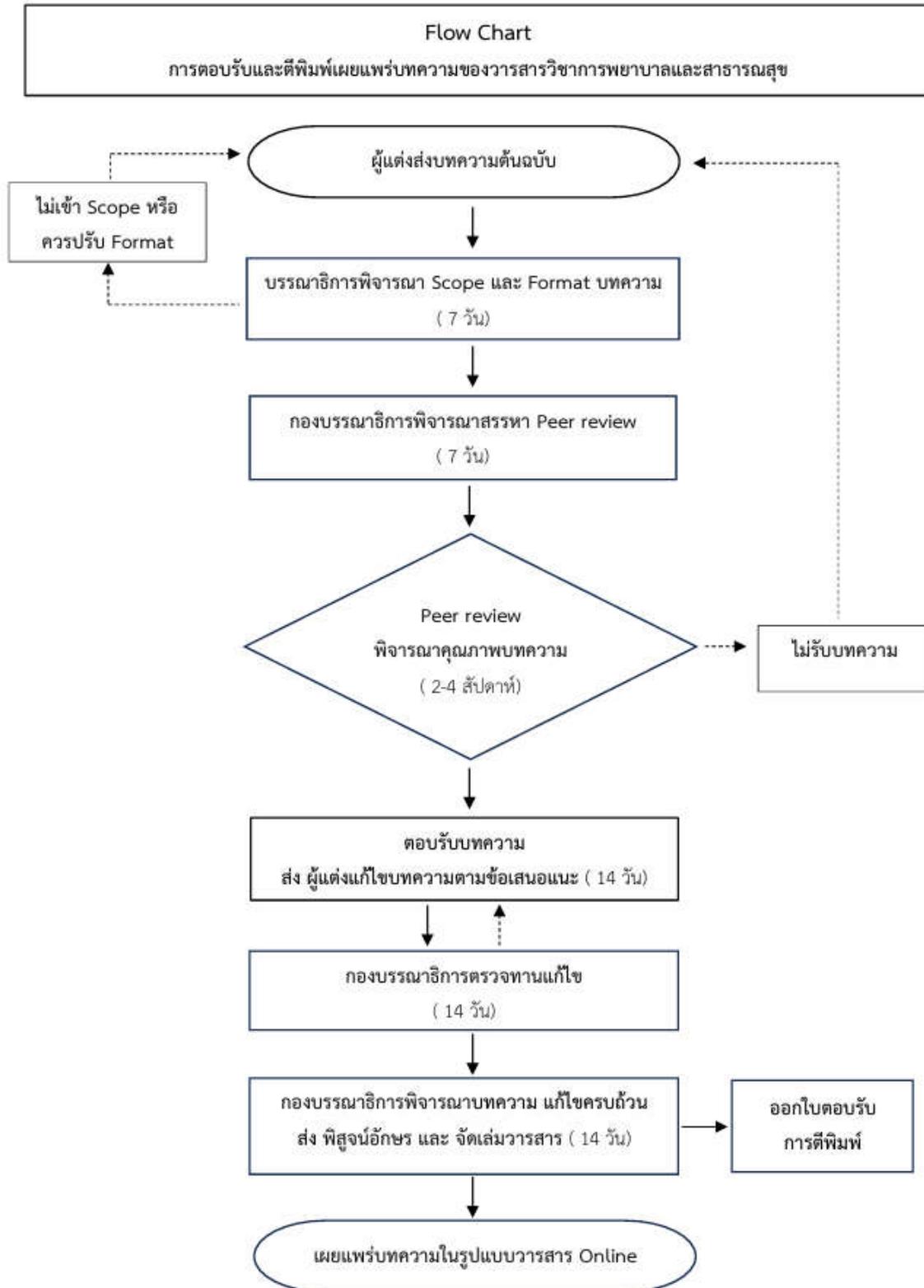
Johnson, A. (2020, December 15). Digital mental health promotion in the new normal. In *Proceedings of the 5th International Conference on Mental Health* (pp. 45–52). World Mental Health Association. <https://wmhconference.org/proceedings2020>

ตัวอย่างภาษาไทย:

อนันต์ พัฒนกุล. (2564, 15 ธันวาคม). การส่งเสริมสุขภาพจิตในยุคดิจิทัล. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติสุขภาพจิต ครั้งที่ 5* (หน้า 45–52). กรมสุขภาพจิต. <https://mhconference.go.th/proceedings2021>

ข้อแนะนำเพิ่มเติม

1. DOI และ URL: หากมี DOI ให้ใช้ DOI แทน URL โดยเขียนในรูปแบบ <https://doi.org/xxxxxxx> (ไม่เขียน "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 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2568)