

# วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2564

|             |                                                        |
|-------------|--------------------------------------------------------|
| ชื่อหนังสือ | วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น           |
| เจ้าของ     | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| ISSN        | 2287-0075                                              |
| พิมพ์ที่    | บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)           |
| ปีที่พิมพ์  | พ.ศ. 2564                                              |

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัย เพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและต่างประเทศ
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

## กำหนดการเผยแพร่

ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. และ ต.ค.-ธ.ค.)

## ฝ่ายจัดการ

ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

นายนิพัทธ์ สีสุปลาด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

## สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ถนนมิตรภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: chdkku2560@gmail.com

Website: <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal>

### หมายเหตุ

- 1) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร จะต้องผ่านการตรวจสอบความซ้ำซ้อน โดยมีค่าความซ้ำซ้อนรวมไม่เกินร้อยละ 20 และค่าความซ้ำซ้อนเฉพาะบทความไม่เกินร้อยละ 3
- 2) บทความที่ผ่านการตรวจความซ้ำซ้อน จะได้รับการประเมินคุณภาพบทความ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewers) ภายนอกหน่วยงานของผู้พิมพ์ จำนวน 2 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้พิมพ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

## กองบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

### บรรณาธิการ

|                       |                                                        |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|
| รศ.ดร. มานพ คงะโต     | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| รศ.พญ. วรวิสา ลู่วิระ | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |

### กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

|                                         |                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| ดร. กาญจนา นิยมสุนทร                    | วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก                    |
| ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์              | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                                    |
| ดร. ชนิษฐา พูมา                         | คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน<br>วิทยาเขตสกลนคร |
| ผศ.ดร. ถิรณัฐ วรโธสง                    | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร                     |
| ดร. ดวงใจ วิชัย                         | คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ                   |
| ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว                   | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น                             |
| ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง | คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี                |
| ดร. นฤกร อติพร                          | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย                                       |
| ดร. นฤมล จันทร์มา                       | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์                  |
| ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร                | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                                     |
| ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มั่งคละศิริ            | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม                                      |
| ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์                 | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ                 |
| ผศ.ดร. พลภากร สืบสำราญ                  | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี            |
| ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล     | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล                             |

|                                     |                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ดร. ภัชชนก รัตนกรปรีดา              | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา |
| ดร. รชยา ยุกต์งษ์                   | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี     |
| ดร. ราณี วงศ์คงเดช                  | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                |
| ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสียา วงศ์อุปปา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล        |
| ดร. วรุฒิ ชมพูนาน                   | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น        |
| ผศ.ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว     | วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา   |
| ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา                  | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี         |
| ดร. วรพล หนู่นุ่น                   | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา |
| ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชัย          | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น              |
| ดร. ศิราณี ศรีหามาศ                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น                  |
| ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน            | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม           |
| ดร. สุทิน ชนบุญ                     | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น        |
| ดร. สุภัทราภรณ์ ทองจิตร             | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี     |
| ดร. อุมาร เคนศิลา                   | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี         |

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

|                                        |                                                        |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธิษฐดา พิมพ์พวง | คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี |
| ผศ.ดร. วรณา ภาจำปา                     | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี              |
| ดร. จักรสันต์ เลยหยุด                  | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น                        |
| ดร. ราณี วงศ์คงเดช                     | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                     |
| ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์                | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น                  |
| ดร. เกศรา แสนศิริทวีสุข                | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี             |
| ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน               | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                |
| ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร                  | โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี                            |
| ดร. สุทิน ชนบุญ                        | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น             |
| ผศ.ดร. ธีรนุช วรโธสง                   | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร     |
| ดร. วรุฒิ ชมพูนาน                      | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น             |
| ดร. อุมาร เคนศิลา                      | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี              |

|                             |                                                             |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ผศ.ดร. พลากร สืบสำราญ       | วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข<br>มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพนนตร     | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม                          |
| ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร        | วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก         |
| ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์  | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                         |
| ดร. สุภัทรวาณ ทองจิตร       | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี               |
| ดร. วรุฒิ ชมพูนาน           | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น                  |
| ดร. ขนิษฐา สุนาคราช         | โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา     |
| ดร. ณัฐกฤตดา พุ่มวงศ์       | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์                           |
| ดร. สุพัตรา สุขาวะ          | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี                  |
| ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม                           |
| ดร. รชยา ยิกุลสังข์         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี               |
| ดร. นฏกร อิตุพร             | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย                            |



## บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2564 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

สำหรับท่านที่สนใจติดตามสถานการณ์การพัฒนาดังความรู้ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถนำองค์ความรู้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาในแต่ละพื้นที่ จะทำให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และท่านผู้อ่านสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ บทความต่าง ๆ ที่สะดวกรวดเร็ว สามารถนำไปอ้างอิง และพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน สังคม และประเทศชาติ สามารถเข้าไปศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <http://chd.kku.ac.th/index.php/journal> หรือ <http://chdkkujournal.com/index.php>

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ





## สารบัญ

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน<br>ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี                   | 111 |
| <i>ศักดิ์กร สุวรรณเจริญ, พีระพันธ์ ประทุมพร,<br/>กฤตปักษ์ ตันตือมรกุล, สุวัฒนา เกิดม่วง, ธัชพล เมธารักษ์กุล</i>     |     |
| การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค<br>ในจังหวัดสุพรรณบุรี                                             | 125 |
| <i>มนูญ ศุภยสิทธิ์, สุวัฒนา เกิดม่วง,<br/>ประพันธ์ ไยบุญมี, ชัญญาภรณ์ โชคทวีวัฒน์</i>                               |     |
| พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่ง<br>ของจังหวัดกาฬสินธุ์                                          | 139 |
| <i>สุจิตตา ฤทธิ์มนตรี, โสภิตา ดาวสดใส,<br/>ขวัญสุดา บุญทศ, นภาพร ปรีกุล</i>                                         |     |
| ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง<br>ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา | 155 |
| <i>ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด</i>                                                                                       |     |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<br>ในเขตพื้นที่อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี              | 167 |
| <i>สุภามาส ตามบุญ, อรุณี ไชยฤทธิ์</i>                                                                               |     |



## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ ทักษะคติ<br>และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์                                  | 179 |
| กมลชนก เชา, ปรียเนตร วิไลรัตน์, องอาจ มณีใหม่,<br>เชมณัฐ รัตน์วรวงศ์, กัญญ์วรา อบอุ่น, นราภรณ์ จันทร์วงศ์,<br>อัจฉราภรณ์ พูลเทียบรัตน์ |     |
| ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด                                                                                | 193 |
| พูนรัตน์ ลียติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา                                                                                                   |     |
| ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี                                            | 207 |
| ชุตिकाญจน์ ฉัตรรุ่ง, เรวดี โพธิ์รัง, สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว                                                                               |     |



# พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

ศักดิ์กร สุวรรณเจริญ\*, พีระพันธ์ ประทุมพร\*,  
กฤตปภัช ดันตอมรกุล\*\*, สุวัฒนา เกิดม่วง\*, ธัชพล เมธารัฐกุล\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 396 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชัน Google form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 16.78 ปี (S.D. = 1.025) กลุ่มตัวอย่างใช้โทรศัพท์มือถือเข้าสื่อสังคมออนไลน์ 3 อันดับแรก คือ Facebook, Instagram และ Youtube ส่วนใหญ่เข้าใช้งานมากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านความบันเทิงมากที่สุด ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เชิงบวก ได้แก่ การทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด ช่วยค้นหาข้อมูลประกอบการเรียน ในขณะที่ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เชิงลบ ได้แก่ ทำให้รู้สึกกลัวสายตา ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณ คอ ไหล่ ปวดข้อมือ นิ้วล็อกเมื่อใช้เป็นเวลานาน สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.764$ ,  $p<0.01$ )

**คำสำคัญ:** ผลกระทบ, พฤติกรรม, สื่อสังคมออนไลน์

\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

\*\* คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Corresponding author: Sakdikorn Suwanchareon Email: sakdikorn@phcsuphan.ac.th

Received 09/03/2021

Revised 30/04/2021

Accepted 12/05/2021

## **BEHAVIORS AND EFFECTS OF USE SOCIAL MEDIA AMONG SENIOR HIGH SCHOOL STUDENTS, SUPHANBURI**

*Sakdikorn Suwanchareon\*, Peerapun Pratoomporn\*,  
Kritpaphat Tantiamornkul\*\*, Suwattana Kerdmuang\*, Touchchapol Mataradchakul\*\**

### **ABSTRACT**

This descriptive research study was to examine the relationship between behaviors and the impact of using social media among senior high school students, Suphanburi. A total of 369 high school students in the selected school, Suphanburi, were selected by simple random sampling. Data was collected by submitting online questionnaires in Google form application. The data were analyzed with the use of descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results showed that the sample was female (68.70%). The average age was 16.78 years (S.D. = 1.025). They used their mobile phones to access social media; the top 3 popular online social media was Facebook, Instagram, and Youtube. Most of them accessed social media every day for more than 3 hours. They had the most entertainment behaviors on social media. The effects of positive social media use included relaxation, stress reduction, and help finding academic resources. Whereas its negative effects included eye strain, eye cylinder pain, muscle aches in the neck and shoulder, wrist pain, and locking fingers after prolonged use. The relationship between behaviors and the effects of using social media was statistically significance correlated to social media use ( $r = 0.764$ ,  $p < 0.01$ ).

**Keywords:** behaviors, effects, social media

---

\* Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

\*\* School of Medical Sciences, University of Phayao

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์ในปัจจุบัน กลุ่มวัยรุ่นในยุคเทคโนโลยีดิจิทัลแสดงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ (Cyberbullying) และนำมาซึ่งปัญหาการทะเลาะวิวาทกันในชีวิตจริง หรือแม้แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) มากเกินไป ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาพฤติกรรม และผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นและวัยรุ่น หากมีพฤติกรรมการเล่นมากเกินไปย่อมเกิดผลกระทบตามมา มีอาการปวดหัวร้อยละ 78.57 ปวดข้อมือ ร้อยละ 67.77 การเรียนแย่ลง 36.26 ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ร้อยละ 48.26 ด้านสังคมเกิดจากพฤติกรรมก้มหน้าจากการเล่นสมาร์ทโฟน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวลดลงร้อยละ 36.60<sup>2</sup> ด้านอุบัติเหตุมีเด็กร้อยละ 28 หกล้ม สะดุด จากการเล่นสมาร์ทโฟนโดยไม่มองทาง มีวัยรุ่นร้อยละ 34 ใช้สมาร์ทโฟนขณะขับรถทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการเล่น<sup>3,4</sup> และยังพบว่า วัยรุ่นไทยอายุ 10-19 ปี มีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าจำนวนเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสมจนเกิดปัญหาการติดเกมส์และพนันออนไลน์<sup>2,5</sup>

ผลสำรวจของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รายงานว่าในปี 2560

ช่วง 3 เดือนแรก พบผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาพฤติกรรมและอาการเสพติดเกมอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวชอย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง รวมจำนวน 53 คน มีโรคร่วมทางจิตเวชด้วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาพฤติกรรมการโกหก ขโมยเงิน เล่นการพนัน หนีเรียนไม่ยอมไปโรงเรียน และหนีออกจากบ้าน<sup>6</sup> จากผลสำรวจข้างต้น เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัลทำให้สื่อสังคมออนไลน์ได้เข้ามามีบทบาทกับชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่รอบครวญน้อยลง รับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกเร็วขึ้น อันส่งผลต่อการใช้ชีวิต กระบวนการคิด ภาวะทางอารมณ์ การยับยั้งชั่งใจ และการตัดสินใจโดยพลการ<sup>7,8</sup>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ พบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปของภาคกลาง มีข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือสูงที่สุดของประเทศไทย<sup>5</sup> ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหนึ่งในสถิติข้อมูลการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือของภาคกลาง และจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กอายุ 6-18 ปี ของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัญหาหลัก คือ เด็กติดสื่อสังคมออนไลน์ ติดเกม ติดมือถือ (ความถี่ในการเล่นเกม คือ ทุกวัน) มีจำนวน 522 คน คิดเป็นร้อยละ 0.44 ของจำนวนเด็กทั้งหมด รองลงมาคือ เด็กติด

ยาเสพติด จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 0.27 และติดเหล้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 318 คน คิดเป็นร้อยละ 0.27 และสถานการณ์ปัญหาของเด็ก พบว่า ปัญหาเด็ก ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 0.07<sup>9</sup>

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจเบื้องต้น (Pilot Study) พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จากนักเรียนจำนวน 85 คน พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ 3 อันดับ ที่เข้าใช้งานมากที่สุด คือ Youtube ร้อยละ 98.37 รองลงมา เป็น Facebook ร้อยละ 90.8 และ Instagram ร้อยละ 89.6 ช่วงเวลาที่ใช้งานมากที่สุด คือ 18.01 – 22.00 ร้อยละ 86.4 มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 10 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 52.3 ระยะเวลาที่ใช้ 1-3 ชั่วโมงต่อครั้ง ร้อยละ 66.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์บ่อยที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน ร้อยละ 94.7 กิจกรรมที่ทำในสื่อสังคมออนไลน์ สนทนากับเพื่อน / แชท ร้อยละ 93.8 ทางด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านกิจกรรม คือ นอนดึกขึ้น และตื่นสายกว่าเดิม ร้อยละ 85.6 รับประทานไม่เป็นเวลา / ไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 56.8 ใช้เวลาอยู่กับตัวเองมากขึ้น ร้อยละ 74.6 รู้สึกปวดตา ปวดหัว เมื่อยมือ ปวดไหล่ เวลาเล่นนาน ๆ ร้อยละ 72.3 และออกกำลังกาย

น้อยลง ร้อยละ 60.58 ทางด้านผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตด้านการศึกษา คือ นั่งเล่น Facebook, Line, Instagram ขณะเรียน หนังสือ ร้อยละ 86.7 ทำการบ้านงานที่รับมอบหมายต่าง ๆ เสรีซ้ำ ร้อยละ 56.38

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ จะเป็นการศึกษาถึงผลกระทบเชิงลบ<sup>2-5</sup> ซึ่ง การศึกษาถึงผลกระทบจากพฤติกรรมการใช้ สื่อสังคมออนไลน์ที่ครอบคลุมทั้งเชิงบวก และลบ ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่มากนัก การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาพฤติกรรมและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคม ออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษา ผลกระทบทั้งเชิงบวกและลบเพื่อเป็นข้อมูล ให้กับโรงเรียน คณะผู้บริหารและครู ในการ กำหนดนโยบายและแนวทางในการควบคุม ป้องกันพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ ส่งผลกระทบต่อนักเรียนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบ จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้การใช้สื่อ



สังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษา  
ตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

### **สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)**

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสุพรรณบุรี

### **วิธีการศึกษา (Method)**

#### **รูปแบบการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,316 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 396 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970)<sup>10</sup> คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามสัดส่วนของนักเรียนแต่ละชั้นปี

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามแบบระบุ

คำตอบที่ต้องการลงในช่องว่าง และแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Gupta (2018)<sup>11</sup> ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ จนถึงไม่เคยปฏิบัติ รวมทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเรียนรู้/การศึกษา 2) ด้านการเข้าสังคม 3) ด้านความบันเทิง และ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาของ Abbas & et al (2019)<sup>12</sup> ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มีผลกระทบเป็นประจำ จนถึงไม่มีผลกระทบ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบเชิงบวก และ 2) ผลกระทบเชิงลบ

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) พบว่ามีค่าระหว่าง .67 ถึง 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไปทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha

coefficient) มีค่าเท่ากับ .891 และ .918 ตามลำดับ

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชัน Google form มีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่ตอบกลับ จำนวน 396 คิดอัตราการตอบแบบสอบถาม (Response Rate) ได้ร้อยละ 100

### **จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์**

การวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-S 2563/039 เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2563 โดยในแบบสอบถาม Google form จะมีคำชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจน หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิ์ที่ตอบปฏิเสธได้ สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถที่จะสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับ

ผลกระทบต่อการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น 5 ข้อ ได้แก่ 1) คู่ของตัวแปรมีความเกี่ยวข้องกัน (Related Pairs) 2) ลักษณะของตัวแปร (Scale of Measurement) 3) ตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 4) ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) และ 5) มีความสม่ำเสมอของความแปรปรวนข้อมูล (Homoscedasticity)<sup>13</sup> โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนนความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)<sup>14</sup> ดังนี้ 1)  $r > 0.50$  ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ระดับสูง 2)  $r$  ระหว่าง 0.30-0.49 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ 3)  $r$  ระหว่าง 0.10-0.29 มีความสัมพันธ์ระดับน้อย

### **ผลการศึกษา (Results)**

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.70 มีอายุเฉลี่ย 16.76 ปี (S.D.= 1.025) กำลังศึกษาอยู่แผนการเรียนวิทย์-คณิต ร้อยละ 72.00 ส่วนใหญ่ นักเรียน ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเสียค่าชำระค่าบริการอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 100-

500 บาท ร้อยละ 48.70 (S.D.=322.90) เกือบทั้งหมดใช้โทรศัพท์มือถือ/สมาร์ทโฟน เข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 92.70 สื่อสังคมออนไลน์ที่นิยม 3 อันดับแรก คือ Facebook ร้อยละ 30.30 รองลงมา Instagram ร้อยละ 25.00 และ Youtube ร้อยละ 15.70 ส่วนใหญ่เข้าใช้งานทุกวัน ร้อยละ 96.50 โดยระยะเวลาในการเข้าใช้งานสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ช่วงเวลา 17.01–21.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 28.00 สถานที่ที่ชอบใช้ส่วนใหญ่ คือ ที่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 91.80 รองลงมาคือโรงเรียน ร้อยละ 84.84 และห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 31.81 ตามลำดับ

2. ข้อมูลพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปฏิบัติเป็นประจำถึงบ่อยครั้งในทุกด้าน โดยด้านความบันเทิง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (S.D.=0.51) ด้านการเรียน/การศึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 (S.D.=0.51) (S.D.=0.59) และด้านการเข้าสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (S.D.=0.64) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 396)

| พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ | ร้อยละ    |           |                |              |        | $\bar{x}$ | S.D. |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|--------------|--------|-----------|------|
|                                | เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | เกือบบ่อยครั้ง | เป็นบางครั้ง | ไม่เคย |           |      |
| 1. ด้านความบันเทิง             | 64.00     | 29.50     | 5.40           | 1.10         | 0.00   | 4.56      | 0.51 |
| 2. ด้านการเรียน/การศึกษา       | 38.70     | 39.90     | 14.70          | 6.10         | 0.50   | 4.10      | 0.59 |
| 3. ด้านข้อมูลข่าวสาร           | 35.30     | 38.80     | 17.30          | 8.60         | 0.10   | 4.00      | 0.73 |
| 4. ด้านการเข้าสังคม            | 34.90     | 40.00     | 15.70          | 8.90         | 0.50   | 3.99      | 0.64 |

3. ข้อมูลผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีผลกระทบเป็นประจำถึงบ่อยครั้ง สำหรับผลกระทบเชิงบวก พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.61) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร จากสื่อสังคมออนไลน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 (S.D.=0.67) รองลงมาคือ สื่อสังคมออนไลน์ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 (S.D.=0.76) และสื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูล ความรู้ เพื่อใช้ในการ

ประกอบการเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 (S.D.=0.72) ตามลำดับ

สำหรับผลกระทบเชิงลบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.=0.83) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลา มากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 (S.D.=1.03) รองลงมาคือ ในช่วงวันหยุด เสาร์-อาทิตย์ ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D.=1.01) รู้สึกล้าส่ายตา ปวดกระบอกตา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณ คอ ไหล่ ปวดข้อมือ นิ้วล็อก เมื่อใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 (S.D.=1.23) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 396)

| ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์                     | ร้อยละ    |           |                |              |       | $\bar{x}$ | S.D. |
|------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------|--------------|-------|-----------|------|
|                                                      | เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | เกือบบ่อยครั้ง | เป็นบางครั้ง | ไม่มี |           |      |
| 1.ผลกระทบเชิงบวก                                     | 41.60     | 39.10     | 13.70          | 4.40         | 1.30  | 4.15      | 0.61 |
| 1.1 สามารถรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร จากสื่อสังคมออนไลน์   | 53.50     | 38.90     | 6.10           | 1.50         | 0.00  | 4.44      | 0.67 |
| 1.2 สื่อสังคมออนไลน์ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด | 58.10     | 30.60     | 8.60           | 2.80         | 0.00  | 4.43      | 0.76 |

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 396) (ต่อ)

| ผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์                                                               | ร้อยละ    |           |                |              |       | $\bar{x}$ | S.D. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------|--------------|-------|-----------|------|
|                                                                                                | เป็นประจำ | บ่อยครั้ง | เกือบบ่อยครั้ง | เป็นบางครั้ง | ไม่มี |           |      |
| 1.3 สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้สามารถค้นหาข้อมูล ความรู้ เพื่อใช้ในการประกอบการเรียน               | 50.50     | 36.90     | 11.60          | 1.00         | 0.00  | 4.36      | 0.72 |
| 2. ผลกระทบเชิงลบ                                                                               | 21.80     | 20.50     | 17.90          | 22.00        | 17.80 | 3.06      | 0.83 |
| 2.1 ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลามากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน                                           | 58.10     | 22.70     | 9.30           | 8.30         | 1.50  | 4.27      | 1.03 |
| 2.2 ในช่วงวันหยุดใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการใช้สื่อสังคมออนไลน์                                  | 38.10     | 32.30     | 20.50          | 7.30         | 1.80  | 3.97      | 1.01 |
| 2.3 รู้สึกล้าสายนปวดกระบอกตา ปวดคอ ไหล่ ปวดข้อมือ นิ้วล็อค เมื่อใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน | 21.20     | 25.80     | 23.70          | 21.70        | 7.60  | 3.31      | 1.23 |

\*\* นำเสนอเฉพาะข้อที่มีค่าเฉลี่ย 3 อันดับแรก

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่ง

จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันมีค่าตั้งแต่ 0.177–0.663 โดยพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้แก่ ด้านการเรียน การศึกษา ด้านการเข้า

สังคม ด้านความบันเทิง ด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ต่อผลจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการเข้าสังคม ( $r=0.663$ ) พฤติกรรมด้านการเรียน/การศึกษา ( $r=0.616$ ) พฤติกรรมด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r=0.567$ ) และพฤติกรรมด้านความ

บันเทิง ( $r=0.524$ ) มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมด้านการเข้าสังคม ( $r=0.380$ ) ด้านการเรียน/การศึกษา ( $r=0.276$ ) ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r=0.225$ ) และด้านความบันเทิง ( $r=0.177$ ) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับผลกระทบเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ )

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์และผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ( $n = 396$ )

| ตัวแปร                     | ผลกระทบเชิงบวก |                   | ผลกระทบเชิงลบ |                   |
|----------------------------|----------------|-------------------|---------------|-------------------|
|                            | r              | ระดับความสัมพันธ์ | r             | ระดับความสัมพันธ์ |
| 1. ด้านการเรียน / การศึกษา | 0.616*         | สูง               | 0.276*        | ต่ำ               |
| 2. ด้านการเข้าสังคม        | 0.663*         | สูง               | 0.380*        | ปานกลาง           |
| 3. ด้านความบันเทิง         | 0.524*         | สูง               | 0.177*        | ต่ำ               |
| 4. ด้านข้อมูลข่าวสาร       | 0.567*         | สูง               | 0.225*        | ต่ำ               |
| <b>รวม</b>                 | <b>0.764*</b>  | <b>สูง</b>        | <b>0.356*</b> | <b>ปานกลาง</b>    |

\* $p<0.01$

### วิจารณ์ (Discussions)

การทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ด้านการเรียน การศึกษา ด้านการเข้าสังคม ด้านความบันเทิง ด้านข้อมูลข่าวสาร มี

ความสัมพันธ์ต่อผลจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สามารถเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายผ่านทางโทรศัพท์มือถือ/สมาร์ตโฟน จึงสามารถส่งผลกระทบได้ทั้งเชิงบวกและลบ เช่น ด้านสุขภาพ ใช้ในการ

ประกอบการเรียน การหาข้อมูลในการงาน การแสดงออกถึงตัวตน การติดต่อสื่อสารระหว่างกัน การรับชมสื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เป็นต้น<sup>1-6</sup> อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่กำลังให้ความสนใจในการใช้อินเตอร์เน็ตที่อยู่ในกระแสความนิยมในปัจจุบัน ซึ่งหากใครไม่มีเครือข่ายสังคมออนไลน์นี้อาจถือว่าไม่ทันสมัย โดยเฉพาะ กลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย<sup>5</sup> ซึ่งสามารถอธิบายเป็นรายด้านได้ว่า พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านการเรียน/การศึกษา มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) สอดคล้องกับ Kaya, Bicen (2016)<sup>15</sup> ที่พบว่า นักเรียนสามารถสื่อสารผ่าน Facebook เพื่อขอคำปรึกษาครูหลังเลิกเรียน และสอดคล้องกับ Gupta (2018)<sup>11</sup> ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนในอินเดียสามารถแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ด้านวิชาการ การเข้าสังคม ความบันเทิงและข้อมูลข่าวสาร ซึ่งในด้านวิชาการ นักเรียนใช้เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทำงาน/โครงการที่ได้รับมอบหมาย สอดคล้องกับ Abbas et al. (2019)<sup>12</sup> ที่พบว่า นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในปากีสถานมีพฤติกรรมการใช้โซเชียลมีเดียในเชิงบวกด้านการศึกษา เช่น การรับข้อมูล ช่วยให้ค้นหาข้อมูล ความรู้ เพื่อใช้ในการประกอบการเรียน และลดค่าใช้จ่ายในการซื้อหนังสือ อีกทั้งยัง สอดคล้องกับ

Rattanathamrongpun et al. (2015)<sup>16</sup> ที่พบว่า นักเรียนและนักศึกษาในอำเภอแกลง จังหวัดระยอง มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านวิชาการ และด้านการสื่อสาร

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านการเข้าสังคม มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Abbas et al. (2019)<sup>12</sup> ที่พบว่า นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในปากีสถาน มีพฤติกรรมการใช้โซเชียลมีเดียในเชิงบวกด้านการเข้าสังคม เช่น ช่วยปรับปรุงบุคคลในการเข้าสังคม และทักษะการสื่อสาร และสอดคล้องกับ Meşe, Gökçe (2019)<sup>17</sup> ที่พบว่า นักศึกษาในระดับปริญญาตรี ใช้ WhatsApp และ Instagram เพื่อความบันเทิงและการติดต่อสื่อสาร สำหรับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านความบันเทิง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) พบว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับ Mustafa, Ibrahim (2016)<sup>18</sup> ที่นักเรียนในซาอุดีอาระเบีย มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายทางสังคมในเชิงบวก ได้แก่ การแบ่งปันความเพลิดเพลิน และความบันเทิง และสอดคล้องกับ Abbas et al. (2019)<sup>12</sup> ที่พบว่านักศึกษาของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในปากีสถาน มีพฤติกรรมการใช้โซเชียลมีเดียในเชิงบวกด้านความบันเทิง เช่น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด

ในส่วนของการพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลกระทบเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) พบว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับ Hamin, Wijitthamaroj (2014)<sup>19</sup> ที่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 15-44 ปี ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อติดตามข่าวสาร/งาน ทำให้ทราบข่าวสารรวดเร็วมากที่สุด และยังสอดคล้องกับ Suparakornsakul (2017)<sup>20</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาในรายวิชาปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับคอมพิวเตอร์ พบว่าข้อดีของผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ไม่ตกข่าว

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เพื่อความบันเทิง ( $\bar{X} = 4.56$ ; S.D. = 0.51) และเกิดผลกระทบเชิงบวกจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากกว่าเชิงลบ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคม

ออนไลน์ พบว่าพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.764$ ,  $p < 0.01$ )

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นในด้านผลกระทบทั้งในเชิงบวกและเชิงลบในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียน และควรขยายผลการศึกษากิจกรรมและผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มนักศึกษา กลุ่มคนวัยทำงาน หรือกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักเรียนส่งผลทั้งทางบวกและทางลบ การศึกษาครั้งนี้พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิงมากที่สุด ผู้ปกครองครูผู้สอน ควรมีการดูแลและให้คำแนะนำในการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้สอดคล้องสภาพแวดล้อมและเท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ของสังคม

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Wonganantnont P. Excessive internet usage behavioral in adolescents.

Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014; 15(2): 173-178. [in Thai].



2. Suwancharoen S, Thamma- in S, Kerdmuang S, Pinitchan O, Chumchai P. Behaviors and effects of smartphone usage among high school students, Nonthaburi province. **NJPH** 2019; 29(3): 107-117. [in Thai].
3. Lampetch S. Behavior and impact of using social network of secondary school students in Nonthaburi province. **Suthiparithat** 2016; 30(93): 116-130. [in Thai].
4. Thongjuepong P. Factors and effects of smart phone addiction to job performance momo- phobia and conflict with others. **JISB** 2016; 2(3): 40-54. [in Thai].
5. Sukhonthamalee N, Kerdmuang S, Suwancharoen S, Chatrung C, Tangwongkit T. Game addiction and factors related to health behaviors among junior high school students in the selected school, Nonthaburi province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(1): 69-87. [in Thai].
6. Wanchaitanawong W, Choopun K. A survey of internet utilization and impacts of internet utilization on students of Boromarajonnani College of Nursing, Chiang Mai. **Journal of Nursing and Education** 2017; 7(3): 124-132. [in Thai].
7. Charoenwanit S. Cyber bullying: impacts and preventions in adolescents. **Thai Science and Technology Journal** 2017; 25(4): 639-648. [in Thai].
8. Gofin R, Avitzour M. Traditional versus internet bullying in junior high school students, Mater. **Child Health J** 2012; 16: 1625-1635.
9. Chupradit S, Kienngam N, Mhahawan C. Comparison of self-esteem of upper secondary school students with different game playing behavior. **Varidian E-Journal Silpakorn University** 2018; 11(2): 1657-1671. [in Thai].
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. **Edu Psychol Meas** 1970; 30(3): 607-610.
11. Gupta S. Social networking usage questionnaire: development and validation in an Indian higher education context. **Turkish Online J. Distance Educ** 2018; 19(4): 214-222.
12. Abbas J, Aman J, Nurunnabi M, Bano S. The impact of social media on learning behavior for sustainable education: evidence of students from

- selected universities in Pakistan. **Sustainability** 2019; 11(6): 1-23.
13. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. **Multivariate data analysis**. (7<sup>th</sup> ed.). NJ, Pearson Prentice Hall; 2014.
  14. Cohen J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1988.
  15. Kaya T, Bicen H. The effects of social media on students' behaviors; Facebook as a case study. **Computers in Human Behavior** 2016; 59(2016): 374-379.
  16. Rattanathamrongpun T, Klinhom L, Pimdee P. A study of behavior and impact of using online social network Chulabhorn ( Ladkwang) Technical College students. **Journal of Industrial Education** 2015; 14(2): 305-311. [in Thai].
  17. MeSe C, Gökçe SA. The use of social networks among university students. **Educational Research and Reviews** 2019; 14(6): 190-199.
  18. Mustafa E, Ibrahim AJ. Social networking, knowledge sharing, and student learning: The case of university students. **Computers & Education** 2016; 99: 14-27.
  19. Hamin A, Wijitthamaroj P. Social media consumption behaviors and opinion towards results of experiencing social media in Bangkok metropolitan. **RJSH** 2014; 9-10 (16-17): 120-140. [in Thai].
  20. Suparakornsakul Y. Phetchabun high school student's behaviors in using online social networks and their impact. **Humanities & Social Sciences** 2017; 8(2): 53-71. [in Thai].

## การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี

มนูญ ศุภย์สิทธิ์\*, สุวัฒนา เกิดม่วง\*\*,  
ประพันธ์ ไยบุญมี\*\*\*, ชัญญาภรณ์ โชคทวีวัฒน์\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีพหุระยะ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2560-2563 โดยการสร้างรูปแบบเพื่อเป็นต้นฉบับ แล้วนำไปใช้กับสภาพจริงในพื้นที่ 10 อำเภอ จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค 173 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผู้ป่วยวัณโรค 120 คน และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุก 346 คน ในอำเภอสองพี่น้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม หลังการใช้รูปแบบ พบว่า 1) อัตราการเปลี่ยนของเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำลดลงจาก 72.3 เป็น 69.4 ต่อแสนประชากร 2) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำลดลงจาก 85.4 เป็น 82.7 ต่อแสนประชากร 3) ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.7 เป็น 66.4 4) ความครอบคลุมการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยการเอกซเรย์ปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.4 เป็น 76.0 และ 5) ความพึงพอใจต่อการพัฒนาแบบการดำเนินงาน ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแบบ, งานป้องกันและควบคุมวัณโรค, วัณโรค

\*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

\*\*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

\*\*\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง

Corresponding Author: Manoon Soonsit Email: manoon09@gmail.com

Received 01/04/2021

Revised 05/05/2021

Accepted 19/05/2021

## **DEVELOPMENT OF PREVENTION AND CONTROL ON TUBERCULOSIS OPERATION MODEL IN SUPHANBURI PROVINCE**

*Manoon Soonsit\*, Suwattana Kerdmuang\*\*,  
Prapun Yaiboonmee\*\*\*, Chanyaporn Choattaweewat\**

### **ABSTRACT**

This research and development study aimed to develop and examine the effectiveness of the model of prevention and control on Tuberculosis (TB) operation, multi-phase in Mix Method designed was employed in 4 phases during 2017-2020 by developing a prototype and was implemented in 10 districts, Suphanburi. Assessment of satisfaction before and after using the developed model in 173 TB workers, 120 TB patients, and 346 active-screening TB risk groups were randomized in Song Phi Nong district. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and Paired t-test.

Results showed that the developed model is appropriate. After using of the model, it was found that 1) the sputum replacement rate of new and recurrent pulmonary TB patients decreased from 72.3 to 69.4 per 100,000 population 2) the success rate of treatment for new and recurrent TB patients decreased from 85.4 to 82.7 per 100,000 population 3) coverage for treatment of new and recurrent TB patients increased from 55.7% to 66.4% 4) coverage of screening among at-risk people with pulmonary X-ray increased from 6.4% to 76.0%, and 5) satisfaction among healthcare workers, patients, and TB risk groups, had an average score increased statistically significant than before using the model ( $p < .05$ ).

**Keywords:** model development, prevention and control on tuberculosis, tuberculosis

---

\*Suphanburi Provincial Public Health Office

\*\*Sirindhorn College of Public Health Suphanburi

\*\*\*Song Phi Nong District Health Office

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ในระดับโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคของโลก (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) สูงถึง 10.4 ล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน เป็นผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน (ร้อยละ 10) โดยเสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดว่าจะมี 6 แสนคน โดยพบว่า ร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน<sup>1,2</sup> องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย โดยมีผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสำเร็จร้อยละ 82.9<sup>3,4</sup>

ถึงแม้ว่าที่ผ่านมาจะมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน<sup>5-8</sup> แต่จากปัจจัยหลายประการทำให้ประเทศไทยมีอัตราป่วย วัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า<sup>7</sup> ซึ่งในปี 2561 มีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคถึง 53 ต่อแสนประชากร สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่เข้าถึงการรักษาหรือล่าช้า ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน นับเป็นความท้าทายต่อการจะบรรลุเป้าหมายการควบคุมการแพร่ระบาด

ของวัณโรคของ Sustainable Development Goal (SDGs) และยุทธศาสตร์ The End TB Strategy ขององค์การอนามัยโลก<sup>3,4</sup>

สถานการณ์วัณโรค จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2558-2560 มีความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ 57.9, 56.7 และ 55.7 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ปี 2560 ที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ส่วนอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 85.7, 84.9 และ 85.4 ตามลำดับ ใกล้เคียงค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 85) มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาร้อยละ 8.9, 10.5 และ 12.0 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5 ถึงแม้จังหวัดสุพรรณบุรีจะมี 5 มาตรการในการป้องกันและควบคุมวัณโรค แต่อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ยังไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด<sup>9,10</sup>

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมาย มีต้นแบบมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ขั้นตอนการดำเนินงานสำคัญประกอบด้วย 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน และกำหนดรูปแบบสมมติฐาน 2) การสร้าง / พัฒนารูปแบบฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการดำเนินงาน 3) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ และทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้าง 4) การปรับปรุง

รูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น เพื่อให้สามารถเผยแพร่ต่อไปปรับใช้กับการดำเนินงานได้<sup>11</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน บุคลากรวิชาชีพ ภาครัฐเครือข่ายต่าง ๆ และระบบบริการสุขภาพและการบริหารจัดการที่ดี มีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค<sup>5-7,9,12</sup> จึงจำเป็นต้องหาวิธีการดำเนินงานที่คาดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยการกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาการดำเนินงานควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี ให้สอดคล้องกับปัญหาและภายใต้บริบทของพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้วิธีวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพของ WHO<sup>13</sup> และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Creighton<sup>14</sup> เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ เพื่อให้สามารถดำเนินการด้านควบคุมโรคได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลและประเมินรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี

#### วิธีการศึกษา (Method)

1. วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานวิธีพหุระยะ (Multi - Phase in Mix Method)<sup>11</sup> ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ปี (ปี พ.ศ.2560-2563) โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การเจ็บป่วยและการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค** (ระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2560) ศึกษาข้อมูลและสถิติจากฐานข้อมูล TBCM online ในปี พ.ศ. 2558-2560 แผนงานโครงการและแผนยุทธศาสตร์โรคระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560-2564 รายงานผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ** (ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2560 – มกราคม 2561) ประยุกต์ใช้แนวคิด The WHO Six Building Blocks of Health System<sup>13</sup> (6 องค์ประกอบย่อย) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Creighton<sup>14</sup> (3 ขั้นตอน) เพื่อกำหนดรูปแบบเบื้องต้น และศึกษาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ**

3.1 ทดสอบต้นแบบโดยนำไปทดลองในพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – พฤศจิกายน 2561)

3.2 ทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้างในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 10 อำเภอ

(ระหว่างเดือนธันวาคม 2561 - มิถุนายน 2563) ดังนี้

3.2.1 กลุ่มผู้ปฏิบัติงานหลัก ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมี ผู้รับผิดชอบงานโรคของหน่วยงาน เป็น ผู้ประสานการดำเนินงาน มีหน้าที่ 1) สร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรค 2) ประสานงาน ผู้ร่วมดำเนินการ 3) กำหนดรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมโยงหน่วยบริการทุกระดับ และชุมชน 4) จัดบริการดูแลผู้ป่วยตาม มาตรฐาน 5) จัดระบบการค้นหาผู้ป่วยโรค รายใหม่ เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกใน ชุมชน โดยขอสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6) สร้าง หรือพัฒนานวัตกรรมบริการ และ 7) กำกับ ติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการ ดำเนินงาน

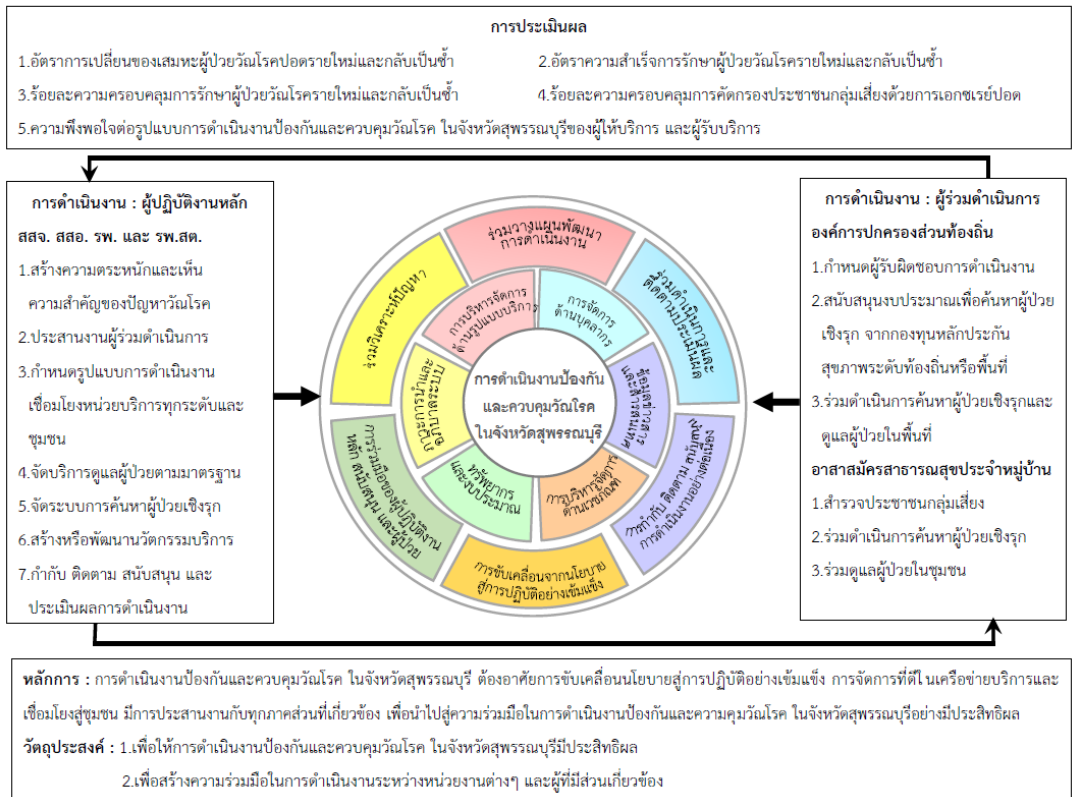
3.2.2 กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย 1) บุคลากรขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่ 1.1) กำหนด

ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน 1.2) พิจารณา สนับสนุนงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และ 1.3) ร่วมดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และ 2) อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่ 2.1) สำรวจประชาชนกลุ่มเสี่ยง 2.2) ร่วม ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก และ 2.3) ร่วม ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3.2.3 การประเมินผลรูปแบบการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ใน จังหวัดสุพรรณบุรี ดังนี้ 1) อัตราการเปลี่ยน ของเสมหะผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ 2) อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 3) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วย โรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 4) ร้อยละ ความครอบคลุมการคัดกรองประชาชนกลุ่ม เสี่ยงด้วยการเอ็กซเรย์ปอด และ 5) ความพึง พอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคในจังหวัดสุพรรณบุรีของผู้ ให้บริการ และผู้รับบริการ

**ระยะที่ 4 รับรองรูปแบบโดยการ สัมมนา อ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship)** จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 คน (ระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม 2563) ได้สรุปรูปแบบ ฯ ดังแผนภาพที่ 1

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี

## 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วย

2.1 ระยะการศึกษาสภาพการณ์  
ปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 20 คน เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค และงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

2.2 ระยะทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้าง ประกอบด้วย

### 2.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน

การอบรมเชิงปฏิบัติการในระยะนี้ มีจำนวน 51 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมวัณโรค และงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 10 อำเภอ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 แห่ง จากนั้นนำรูปแบบดังกล่าวไปจัดทำเป็นนโยบายเพื่อเป็น



แนวทางในการดำเนินงานกับประชากรผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 173 คน

2.2.2 ประชากรผู้ป่วยโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจากฐานข้อมูล TBCM online ปี พ.ศ. 2562 ทั้ง 10 อำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 979 คน

2.2.3 ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกจากฐานข้อมูล TBCM online ปี พ.ศ. 2562 ทั้ง 10 อำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 72,135 คน

2.2.4 การประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970)<sup>15</sup> โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในการเลือกจับฉลากเลือกอำเภอ จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามสัดส่วนของผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกในโรงพยาบาล / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละตำบล ในอำเภอสองพี่น้อง (25 แห่ง) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรค จำนวน 120 คน และ
- 2) กลุ่มเสี่ยงโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุก จำนวน 346 คน สำหรับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคทั้ง 10 อำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 173 คน

2.3 ระยะเวลาปรับปรุงรูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น การรับรองรูปแบบโดยการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน ที่มีประสบการณ์หรือทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ไม่ต่ำกว่า 2 ปี โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

### 3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม

3.2 แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเหมาะสมด้านแนวคิด องค์ประกอบวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน การประเมินผล และปัจจัยสู่ความสำเร็จของรูปแบบฯ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 14 ข้อ โดยแปลความหมายคะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ<sup>16</sup>

3.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ปฏิบัติงานผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรค ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

### 4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

4.1 ระยะเวลาศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน และกำหนดรูปแบบสมมติฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสารต่าง ๆ โดยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอข้อมูล เอกสารกับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง

4.2 ระยะเวลาสร้าง / พัฒนาร่างรูปแบบฯและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 แห่ง

4.3 ระยะเวลาศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ได้แก่ 1) ขั้นการทดสอบต้นแบบในขั้นทดลองใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) ขั้นการทดสอบกับสภาพจริงในวงกว้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ข้อมูลจากฐานข้อมูล TBCM online และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุก ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค ณ โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณคนละ 15 นาที โดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้รูปแบบฯ ระหว่างเดือนธันวาคม 2561- มกราคม 2562 และหลังการใช้รูปแบบระหว่างเดือนตุลาคม -พฤศจิกายน 2562

4.4 ระยะเวลาปรับปรุงรูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ

## 5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา พบว่า มีค่าระหว่าง .75 ถึง .93 จากนั้นนำแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบไปทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าระหว่าง .90 ถึง .95

## 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ระยะเวลาที่ 1 และระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6.2 ระยะเวลาที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล TBCM online ปี พ.ศ. 2562 ด้วยการวิเคราะห์อัตรา สำหรับความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

6.3 ระยะเวลาที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรอง

เลขที่ COA 005/61 รับรองเมื่อวันที่ 30  
มกราคม 2561

## ผลการศึกษา (Results)

### 1. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

นำร่างรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ ผลการประเมินพบว่า มีความเหมาะสมของร่างรูปแบบฯ ระดับมาก ในด้านวัตถุประสงค์ ด้านแนวคิด ด้านองค์ประกอบ และด้านการดำเนินการ

### 2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

2.1 หลังจากได้ร่างรูปแบบฯ แล้วได้ทดลองใช้เป็นระยะเวลา 8 เดือน และประเมินความพึงพอใจการนำร่างรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ

จากนั้นได้สนทนากลุ่ม เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบฯ ให้สมบูรณ์ขึ้น ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า หลังจากทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอสองพี่น้องแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังคงใช้รูปแบบเดิม แต่มีการดำเนินงานเพิ่มเติม ดังนี้

2.1.1 ด้านการบริหารจัดการด้านรูปแบบบริการ 1) ให้หน่วยบริการพิจารณาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติมจากที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามความเหมาะสมของพื้นที่ และ 2) ให้มีการประเมิน

ความเสี่ยงต่อการล้มเหลวของการรักษาพยาบาล และเร่งดำเนินการแก้ไข

#### 2.1.2 ด้านระบบข้อมูล

ข่าวสารและสารสนเทศ 1) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการชี้แจงแนวทางการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม TBCM Online เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของข้อมูล

#### 2.1.3 ด้านภาวะการนำและการอภิบาลระบบ

1) ให้มีการประชุมมอบแนวทางการดำเนินงานในระดับจังหวัด และ 2) ให้มีการรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการบริหารและประเมินผลระดับจังหวัดทุกเดือน

2.2 หลังจากได้รูปแบบฯ ที่สมบูรณ์แล้ว ได้นำไปใช้จริงในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นระยะเวลา 10 เดือน พบว่าอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำลดลง นอกนั้นดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ ดังตารางที่ 1

2.3 ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังตารางที่ 2

2.4 ผลการรับรองรูปแบบโดยการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี

| รายการประสิทธิภาพของรูปแบบฯ                                     | ปี 2560<br>(ก่อนใช้<br>รูปแบบ) | ปี 2562<br>(หลังทดลอง<br>ใช้รูปแบบ) |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. อัตราการเปลี่ยนของเสมหะของผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ | 72.3<br>(n=469)                | 69.4<br>(n=585)                     |
| 2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ    | 85.4<br>(n=776)                | 82.7<br>(n=979)                     |
| 3. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ       | 55.7<br>(n=1,460)              | 66.4<br>(n=1,323)                   |
| 4. ความครอบคลุมการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยการเอกซเรย์ปอด | 6.4<br>(n=168,430)             | 76.0<br>(n=72,135)                  |

หมายเหตุ : ปี พ.ศ. 2562 อยู่ระหว่างการรักษา 42 ราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี

| ความพึงพอใจ / เวลา        | Mean   | S.D.  | t-test | df  | p-value |
|---------------------------|--------|-------|--------|-----|---------|
| 1. ผู้ปฏิบัติงาน (N=173)  |        |       |        |     |         |
| ก่อนการใช้รูปแบบ          | 103.13 | 14.81 | 11.081 | 172 | <0.001  |
| หลังการใช้รูปแบบ          | 113.38 | 12.28 |        |     |         |
| 2. ผู้ป่วย (n=120)        |        |       |        |     |         |
| ก่อนการใช้รูปแบบ          | 82.27  | 7.29  | 2.701  | 119 | .009    |
| หลังการใช้รูปแบบ          | 86.50  | 10.38 |        |     |         |
| 3. กลุ่มเสี่ยงโรค (n=346) |        |       |        |     |         |
| ก่อนการใช้รูปแบบ          | 61.75  | 9.40  | 15.071 | 345 | <0.001  |
| หลังการใช้รูปแบบ          | 67.66  | 7.97  |        |     |         |

## วิจารณ์ (Discussions)

รูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี มีการ

พัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมุ่งเน้นให้ผู้บริหารทุกระดับเป็นผู้นำการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กำกับติดตามอย่าง

เข้มแข็ง ให้หน่วยบริการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่จากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกใน ชุมชนด้วยการเอกซเรย์ปอด โดยขอสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการพัฒนาระบบ การประสานส่งต่อเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการ ติดตามดูแลผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลที่ได้รับ ไปสู่การวางแผนการดูแลและติดตามการ รักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนให้ได้ ประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วย บริการติดตามเยี่ยมบ้านและเป็นพี่เลี้ยง กำกับกี่ยวตลอดระยะเวลาการรักษา นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาทักษะและ ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร มีการ กำหนดแนวทางและบทบาทหน้าที่ชัดเจน พี่เลี้ยงระดับจังหวัด อำเภอ และท้องที่เป็นที่ ปรีกษามีการติดตามและเสริมพลังอย่าง ต่อเนื่อง ส่งผลให้การแก้ปัญหาวัณโรคบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดและยั่งยืนต่อไป<sup>7-8,12-14</sup>

รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบ ที่มีประโยชน์ สามารถนำไปใช้ได้สอดคล้อง กับบริบทของจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่นำรูปแบบไปใช้เกิด ความรู้สึกมั่นใจต่อการนำกระบวนการ (6 องค์ประกอบย่อย 3 ขั้นตอน) มาใช้ในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี (2562)<sup>7</sup> และนิรันดร์ ธารละคร (2562)<sup>12</sup> และ เฉลิมเกียรติ ตาตะมิ และคณะ (2562)<sup>17</sup>

ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบ และควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วม เกิดภาคี เครือข่ายในชุมชน และมีการดำเนินกิจกรรม อย่างต่อเนื่องสิ่งเหล่านี้ทำให้ระบบในการ ดำเนินงาน นอกจากนั้นผลการประเมิน รูปแบบพบว่าเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีความเป็นประโยชน์ ในระดับมากเช่นกัน<sup>7,12-14</sup> จึงกล่าวได้ว่า รูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพและสามารถ นำมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัด สุพรรณบุรีได้ ซึ่งเห็นได้จากอัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็น ช้ำลดลง ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่และกลับเป็นช้ำเพิ่มขึ้น ความ ครอบคลุมการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ด้วยการเอกซเรย์ปอดเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า รูปแบบการ ป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่หรือชุมชน รูปแบบการควบคุมสถานการณ์การดื้อยา วัณโรคหลายขนาน และรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน โดยใช้หลักการมีส่วนร่วม การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ส่งผลต่ออัตรา การรักษาสำเร็จของผู้ป่วย และความ ครอบคลุมการคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดีขึ้น<sup>5-7,9,12</sup> สำหรับความพึงพอใจต่อการ พัฒนารูปแบบของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและ กลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมเกียรติ ตาตะมิ และคณะ (2562)<sup>17</sup> ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค (THABO Model) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อยุติ (Conclusions)

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น (6 องค์ประกอบย่อย 3 ขั้นตอน) สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และใช้เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาองค์กรทั้งระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติการให้สามารถดำเนินการด้านควบคุมวัณโรคได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคได้ แต่ยังไม่สามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จึงควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น เช่น การกำหนดนโยบายหรือตัวชี้วัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระดับท้องถิ่น และการ

เสริมสร้างแรงจูงใจให้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรคให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเป็นต้น

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรค ในจังหวัดสุพรรณบุรี ควรให้ความสำคัญกับคุณภาพของการรักษาพยาบาลให้มากขึ้น ค้นหาความเสี่ยงที่มีความเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้สัมผัสโรค ร่วมบ้าน และในชุมชนใกล้เคียงผู้ป่วยเป็นต้น และส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมให้มากขึ้น

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคนั้นต้องใช้หลักการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม การศึกษาครั้งนี้ได้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหารทุกระดับ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วยและญาติ ที่ประสานการดำเนินงานภายในเครือข่ายบริการแบบ “รู้งาน รู้ใจ” และการให้ความร่วมมือ สนับสนุนการดำเนินงานจากอปท. และ อสม. เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืนและเกิดประสิทธิภาพ

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ได้รับการสนับสนุนการทำวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. MacNeil A, Glaziou P, Sismanidis C, Maloney S, Floyd K. Global epidemiology of Tuberculosis and

progress toward achieving global targets. *MMWR* 2017; 68(11): 263-266.

2. Wells WA, Uplekar M, Pai M. Achieving systemic and scalable private sector engagement in Tuberculosis care and prevention in Asia. **PLoS Med** 2015; 12(6): 1-10.
3. World Health Organization. **Global Tuberculosis report 2019**. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Division of Tuberculosis; Department of Disease Control. **National Tuberculosis Control Program Guideline B.E. 2561**. Bangkok: Aksorn graphic and design publishing limited partnership; 2018. [in Thai].
5. Wisate M, Pimchan N. The developing prevention model of extensive drug resistance Tuberculosis by using the process of community participation. **Journal of the office of DPC7 Khon Kaen** 2020; 27(2): 1-11. [in Thai]
6. Kunawararak P, Chantawong S, Pokeaw P, Prapanwong A, Siri S, Hutamai S, et al. Development of MDR- TB control model in northern Thailand. **Disease Control Journal** 2010; 36(2): 118-28. [in Thai].
7. Sawangsri W. Development of Tuberculosis care model in community, Mueang district, Mahasarakham province. **Mahasarakham Hospital Journal** 2019; 16(3): 116-129. [in Thai].
8. Phalachoom S, Lungmann P, Vatchalavivat A. Development of village health volunteer competency in Pulmonary Tuberculosis prevention for populations at risk at Khaotor sub-district, Plaipraya district, Krabi province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(2): 307-319. [in Thai].
9. Koothanawanichphon C. Factor associated to Pulmonary Tuberculosis among new cases Songphinong district, Suphanburi province. **Journal of MCU Nakhondhat** 2020; 7(6): 244-256. [in Thai].
10. Chuelee S. Causes of death among new Tuberculosis patients in Area Health 10<sup>th</sup>. **Journal of ODPC 10<sup>th</sup> Ubon Ratchathani** 2018; 16(1): 16-24. [in Thai].
11. Creswell JW. **A concise introduction to mixed methods research**. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications; 2015.
12. Thalakorn N. Development of prevention and control on Tuberculosis model in Thabo district, Nong Khai province. **Journal of Health Science and**

- Community Public Health 2019; 2(20): 38-49. [in Thai].
13. World Health Organization. **Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.** Geneva: WHO document production services; 2010.
14. Creighton JL. **The public participation handbook: making better decisions through citizen involvement.** San Francisco: Jossey Bass; 2005.
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. **Educ Psychol Meas** 1970; 30(3): 607–610.
16. Best JW. **Research in education.** 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.
17. Tatami C, Promarak T, Chanaboon S. Development of prevention and control on tuberculosis model in Thabo sub- district, Thabo district, Nong Khai province. **Journal of the office of DPC7 Khon Kaen** 2019; 26(2): 36-47. [in Thai].



# พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์

สุจิตตา ฤทธิมนตรี\*, เสกิดา ดาวสดใส\*, ขวัญสุดา บุญทศ\*\*, นภาพร ปรีกุล\*\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน จากการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ที่มี 4 ระดับ ได้แก่ 1) พฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 2) ดื่มแบบเสี่ยง 3) ดื่มแบบอันตราย และ 4) ดื่มแบบติด วิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมดจำนวน 212 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.98 อายุเฉลี่ย 51.44 ปี สถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 69.81 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.47 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 84.43 สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เป็นผู้มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 66.50 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 12.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.72 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 49.53 รองลงมาคือ เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 23.58 เป็นผู้ดื่มแบบติดร้อยละ 14.15 และเป็นผู้ดื่มแบบอันตรายร้อยละ 12.74 ตามลำดับ และพบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งต่อผู้ดื่มและผู้อื่น ควรได้รับการดูแลแก้ไขปัญห และควรศึกษาผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มที่มีต่อผู้อื่น ที่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

**คำสำคัญ:** ชุมชน, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, จังหวัดกาฬสินธุ์

\* กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสีฐาน จังหวัดกาฬสินธุ์

ทุนสนับสนุนการวิจัย โดย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding Author: Kwansuda Boontoch. E-mail: kwaboo@kku.ac.th

Received 22/03/2021

Revised 26/04/2021

Accepted 11/05/2021

## ALCOHOL DRINKING BEHAVIOR IN A COMMUNITY OF KALASIN PROVINCE

*Sujitta Ritmontree\*, Sopida Daosodsai\*, Kwansuda Boontoch\*\*, Napaporn Prekul\*\*\**

### ABSTRACT

This study aimed to study alcohol drinking behavior in a community of Kalasin Province. The sample consisted of 212 people from systematic random sampling from the service recipient register in the sub-district health promotion hospital. Collect data during the month July - August 2020 Educational tools there were 4 levels of the personal data questionnaire and the alcohol use disorder identification test (AUDIT) questionnaire: 1) low risk drinking behavior, 2) risky drinking, 3) harmful drinking and, 4) drinking addiction, mean, and standard deviation

The study found that A total of 212 alcohol drinkers were male, 91.98%, mean age 51.44 years, the most marital status 69.81%, primary education level, the most 53.30%, and the majority had was agricultural occupation, 50.47% had monthly income : less than 10,000 baht, the most 84.43%. Family members were not alcohol drinkers 66.50%. The alcohol drinking behavior of the sample had a mean score of 12.89, a standard deviation of 6.72. Alcohol drinking behavior. The majority was 49.53% risk drinkers, followed by 23.58% low risk drinkers, 14.15% addicted drinkers, and 12.74% risk drinkers, respectively. It was found that sex, marital status, occupation, income and alcohol consumption of family members were Correlated with alcohol drinking behavior Statistically significant ( $p < 0.05$ ). The use of alcoholic beverages poses a number of risks to both the drinker and others. The problem should be addressed, and the impact of alcohol consumption on others who do not drink alcohol should be studied further.

**Keywords:** community, alcohol drinking behavior, alcohol, kalasin province

---

\* Thanyarak Khon Kaen Hospital, Department Medical Services

\*\* Faculty of Nursing Khon Kaen University

\*\*\* Ban Si Than Sub District Health Promoting Hospital, Kalasin Province.

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า ประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็น ผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ถึงร้อยละ 43.00 แอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน ลำดับที่ 7 ของการตายและพิการของ ประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ หนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมี คนที่เสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่ เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี<sup>1</sup> ขณะที่สถานการณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย จากการสำรวจ 46,300ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในรอบปีที่แล้วประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยพบการดื่มนอก เขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย<sup>2</sup> ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของนักดื่มทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่ (ร้อยละ 35.4 และ 32.8 ตามลำดับ) และกลุ่มวัยรุ่น (ร้อยละ 19.0 และ 16.8 ตามลำดับ) สูงกว่า ภูมิภาคอื่น<sup>3</sup>

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดื่มแบบเสี่ยงเมื่อเร็ว ๆ นี้ พบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ทักษะคติ เชิงบวกต่อการดื่มในระดับไม่ดีถึงปานกลาง แรงสนับสนุนเชิงบวกจากกลุ่มเพื่อนในระดับ

ต่ำ<sup>4</sup> และความรู้เท่าทันสารเสพติด<sup>5</sup> ส่วน ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อผู้ดื่มมีผลต่อการเกิดภาวะโรคทั้ง เฉียบพลันและโรคเรื้อรังมากถึง 60 โรค (เป็น ปัจจัยเสี่ยงอันดับ 7 ของการสูญเสียปี สุขภาพทั่วโลก) สาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คือ อุบัติเหตุทางจราจร<sup>6</sup> ผลกระทบที่เกิดขึ้น ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะผู้ดื่มครอบครัว คนรอบ ข้าง สังคม ชุมชนและประเทศเท่านั้น<sup>7</sup> แต่ยัง ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ดื่มด้วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว คนรอบข้าง เพื่อน คนในชุมชน เพื่อนร่วมงาน และคนอื่น ๆ ที่ 'ไม่รู้จักร'<sup>8,9</sup>

จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการปกครองทั้งหมด 18อำเภอ 135ตำบล 1,584 หมู่บ้านการคัดกรอง เกี่ยวกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 103,356 คน (ร้อยละ 15.18) พบว่าเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 10,657 คน หรือร้อยละ 10.31 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนปี พ.ศ. 2562 พบว่ามี ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 22,870 คน (ร้อยละ 8.59) จากผู้ได้รับการคัดกรอง ทั้งหมด 266,226 คน<sup>10</sup> ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับ บริการด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยอื่น ๆ ใน สถานบริการสุขภาพของจังหวัด ที่ไม่ใช่การ เข้ารับการบำบัดรักษาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่การคัดกรองนั้น ไม่ครอบคลุมพฤติกรรม การดื่มตามระดับความเสี่ยง

จากข้อมูลข้างต้นการสำรวจพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความ

เสี่ยงในชุมชนเป็นสิ่งจำเป็น ทำให้ทราบถึงพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เขตอำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ยังต้องการข้อมูลดังกล่าว โดยข้อมูลที่ได้เป็นประโยชน์ในการควบคุมการบริโภคสุรา และการจัดการผลกระทบของการดื่มต่อผู้อื่นในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์

### วิธีการศึกษา (Method)

ดำเนินการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามทะเบียนรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 407 คน<sup>10</sup> โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอน<sup>11</sup> สัดส่วนประชากร ( $p$ ) = 0.367 จากการศึกษาความชุกพฤติกรรม การดื่มและค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี<sup>12</sup> ค่า

ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ Error ( $d$ ) = 0.05, Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05,  $Z(0.975) = 1.96$  ได้ขนาดตัวอย่าง 212 คน เมื่อกำหนดค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 จากนั้นใช้การสุ่มตัวอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากทะเบียนรายชื่อในระบบ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) สัญชาติไทย ไม่จำกัดเพศ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป สื่อสารได้ดีทั้งภาษาไทย หรือภาษาอีสาน ไม่เป็นโรคทางกายหรือทางจิตที่จะเป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลและยินดีเข้าร่วมโครงการ

### เครื่องมือการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) (Alcohol Use Identification Test) มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีค่าอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนรวมจากแบบสอบถาม มีค่าอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน จัดระดับของคะแนนเป็น 4 ระดับ<sup>13</sup> คือ

0 – 7 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker)

8 – 15 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker)

16 -19 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบ  
อันตราย (Harmful use)

20 - 40 คะแนน หมายถึง ผู้ดื่มแบบ  
ติด (Alcohol dependence)

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

คณะผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการ  
คัดกรองและดูแลผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
จึงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบ  
ประเมินปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
(Alcohol use identification Test หรือ  
AUDIT) โดยดำเนินการดังนี้

1) คณะผู้วิจัยเตรียมแบบสอบถามเพื่อ  
ใช้การสำรวจ และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่  
จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

2) คณะผู้วิจัย ทำหนังสือจาก  
หน่วยงานต้นสังกัด เพื่อขอเข้าชี้แจง  
กลุ่มเป้าหมาย ถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ  
และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ  
ศึกษาความพร้อม รวมทั้งให้ข้อมูลอันจะเป็น  
ประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง

3) ประสานงานกับหน่วยงานและ  
บุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และ  
รายละเอียดของโครงการศึกษา พร้อมกับขอ  
อนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล  
คัดเลือก

4) กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้  
สร้างสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการ  
แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย  
และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถาม  
โดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์การ

วิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย  
ถามความสมัครใจการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้ง  
กล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

5) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความ  
ร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์  
โดยกระทำอย่างระมัดระวัง หากผู้ให้ข้อมูล  
รู้สึกอึดอัด และไม่สบายใจที่จะตอบและ  
พูดคุยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที

### **การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ  
เชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ  
ทางประชากร พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่ม  
แอลกอฮอล์ และระดับความเสี่ยงของการดื่ม  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มที่เป็นกลุ่ม  
ตัวอย่าง

### **ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการ วิจัย**

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย  
เรื่อง “การศึกษาผลกระทบของการบริโภค  
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่นในจังหวัด  
กาฬสินธุ์” ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย  
ในคน จากสถาบันบำราศนราดูรและฟื้นฟูผู้ติด  
ยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการ  
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 032/2563  
ลงวันที่ 12 มิถุนายน 2563

### **ผลการศึกษา (Results)**

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่  
คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่ม

ตัวอย่าง พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.98 เพศหญิง ร้อยละ 8.00 มีอายุเฉลี่ย 51.44 ปี (อายุระหว่าง 15-80 ปี) โดยมี

สถานภาพคู่ร้อยละ 69.81 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก ร้อยละ 50.47 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 84.43 ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเหล่านี้ มีผู้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 63.20 และมีผู้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัว ร้อยละ 36.80 ซึ่งเป็นลูกหรือหลานที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 41.02 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| ข้อมูลทั่วไป                                                                             | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                                                               |       |        |
| ชาย                                                                                      | 195   | 91.98  |
| หญิง                                                                                     | 17    | 8.00   |
| <b>อายุ</b> (เฉลี่ย = 51.44 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.00, ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 80 ปี) |       |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                                                       |       |        |
| โสด                                                                                      | 41    | 19.34  |
| คู่                                                                                      | 148   | 69.81  |
| หม้าย/หย่า/แยก                                                                           | 23    | 10.84  |
| <b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>                                                               |       |        |
| ประถมศึกษา                                                                               | 113   | 53.30  |
| มัธยมต้น                                                                                 | 41    | 19.33  |
| มัธยมปลาย /ปวช.                                                                          | 49    | 23.11  |
| อนุปริญญาขึ้นไป                                                                          | 9     | 4.26   |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางประชากรผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                                                                              | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>อาชีพหลัก</b>                                                                          |       |        |
| แม่บ้าน พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน/กำลังศึกษา                                                    | 24    | 11.35  |
| รับจ้างทั่วไป                                                                             | 68    | 32.07  |
| เกษตรกร                                                                                   | 107   | 50.47  |
| อื่น ๆ                                                                                    | 13    | 6.12   |
| <b>รายได้ต่อเดือน</b>                                                                     |       |        |
| ต่ำกว่า 10,000 บาท                                                                        | 179   | 84.43  |
| 10,001 - 20,000 บาท                                                                       | 23    | 10.85  |
| 20,001 บาทขึ้นไป                                                                          | 8     | 4.72   |
| <b>ในครอบครัวมีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>                                            |       |        |
| ไม่มี                                                                                     | 134   | 63.20  |
| มี                                                                                        | 78    | 36.80  |
| <b>บุคคลที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในครอบครัวของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (n=78 คน)</b> |       |        |
| คู่สมรส                                                                                   | 13    | 16.66  |
| ลูกหรือหลานที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี                                                         | 32    | 41.02  |
| พ่อ                                                                                       | 11    | 14.10  |
| ปู่/ตา                                                                                    | 7     | 8.98   |
| พี่น้อง                                                                                   | 7     | 8.98   |
| ญาติ                                                                                      | 8     | 10.26  |

**ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีปัญหา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (Hazardous drinker) โดยพฤติกรรมในแต่ละข้อมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
(n=212)

| ข้อที่ | ข้อความถาม                                                                                                                                               | ร้อยละ |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1      | ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์                                                                                                             | 52.35  |
| 2      | <b>เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุรา ทัวไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ</b>                                                                  |        |
| 2.1    | เวลาที่คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณ 1-2 ดื่มมาตรฐาน                                                                            | 30.19  |
| 2.2    | ถ้าดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเก้น ลิโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณ 1-1.5 กระป๋อง /1/2-3/4 ขวด ต่อวัน                                                  | 29.71  |
| 2.3    | ถ้าดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณ 1/4 แบน ต่อวัน                                                                   | 34.43  |
| 3      | น้อยกว่าเดือนละครั้งที่ดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป                                                                           | 47.64  |
| 4      | ในช่วง 1 ปี ที่แล้ว มีน้อยกว่าเดือนละครั้งที่ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว                                                                  | 39.62  |
| 5      | ในช่วง 1 ปี ที่แล้ว มีน้อยกว่าเดือนละครั้งที่ไม่ได้ทำสิ่งที่ควรจะทำตามปกติ เพราะมัวแต่ไปดื่มสุรา                                                         | 53.77  |
| 6      | ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีน้อยกว่าเดือนละครั้งที่ต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา | 44.81  |
| 7      | ในช่วง 1 ปี ที่แล้วไม่เคยเลย ที่รู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจเนื่องจากได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่ดื่มสุราเข้าไป                                          | 60.84  |
| 8      | ในช่วง 1 ปี ที่แล้ว ไม่เคยเลยที่ไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าได้ดื่มสุราเข้าไป                                                     | 53.30  |
| 9      | เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว                                                                                  | 65.56  |
| 10     | ในช่วงหนึ่งปีที่แล้วเคยมีแพทย์หรือนุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุรา                                       | 43.87  |



### ส่วนที่ 3 ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เมื่อพิจารณาระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (Hazardous drinker)

มากที่สุด ร้อยละ 49.53 รองลงมาคือ เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) ร้อยละ 23.58 ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ร้อยละ 14.15 และผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ร้อยละ 12.74 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

| ระดับความเสี่ยง                        | จำนวน (n =212) | ร้อยละ |
|----------------------------------------|----------------|--------|
| ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) | 50             | 23.58  |
| ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker)   | 105            | 49.53  |
| ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use)        | 27             | 12.74  |
| ผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence)     | 30             | 14.15  |
| รวม                                    | 212            | 100    |

### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลจากการศึกษาในครั้งนี้นำเสนอเฉพาะคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ

สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นรายข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
(n=212)

| คุณลักษณะส่วนบุคคล            | พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                                                                  | $\chi^2$ | df | p-value |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|---------|
| <b>เพศ</b>                    |                                                                                                      |          |    |         |
|                               | - ความบ่อยในการดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป                               | 19.630   | 4  | 0.000*  |
| <b>สถานภาพสมรส</b>            |                                                                                                      |          |    |         |
|                               | - ปริมาณที่ดื่มต่อวัน                                                                                | 24.642   | 8  | 0.001*  |
| <b>อาชีพ</b>                  |                                                                                                      |          |    |         |
|                               | - ปริมาณที่ดื่มต่อวัน                                                                                | 57.579   | 24 | 0.000*  |
|                               | - ในช่วง 1 ปีที่แล้ว ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว                                      | 64.903   | 28 | 0.000*  |
| <b>รายได้</b>                 |                                                                                                      |          |    |         |
|                               | - การดื่มบ่อย                                                                                        | 22.951   | 9  | 0.006*  |
|                               | - ปริมาณการดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเจน ลีโล เซียร์ ไทเกอร์ ข้าง ต่อวัน                             | 24.288   | 6  | 0.000*  |
|                               | - ในช่วง 1 ปีที่แล้ว ไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากได้เริ่มดื่มไปแล้ว                                      | 27.868   | 12 | 0.005*  |
|                               | - เคยมีแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความ เป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุรา | 70.312   | 12 | 0.000*  |
| <b>การดื่มของคนในครอบครัว</b> |                                                                                                      |          |    |         |
|                               | - ความบ่อยในการดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป                               | 20.980   | 4  | 0.000*  |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## วิจารณ์ (Discussions)

### 1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่พบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.98 มีอายุเฉลี่ย 51.44 ปี ถือว่าอยู่ในช่วงวัยกลางคน สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.81 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี<sup>14</sup> พบว่าผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.00 มีอายุเฉลี่ย 41.75 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.80 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.20 หากแต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศชายกับเพศหญิงจะพบว่าผู้หญิงในชุมชนชนบทที่ศึกษาในครั้งนี้มีสัดส่วนพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าผู้หญิงในชุมชนเมือง นอกจากนั้นการศึกษาค้นคว้าพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด<sup>14</sup>

### 2. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนในชุมชน

จากการใช้แบบประเมิน AUDIT เพื่อประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรตัวอย่าง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.95 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.07 ซึ่งแสดงถึงปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) แตกต่างจากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ดื่มในชุมชนเมืองจังหวัดอุดรธานี จำนวน 102 คน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.79 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.59 หมายถึงการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (Harmful use)<sup>14</sup> ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับบริบทที่ศึกษาที่แตกต่างกันระหว่างชุมชนเมือง และชุมชนชนบท

### 3. ระดับความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากผลการศึกษาผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด 212 คน พบว่า ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยง (Hazardous drinker) มากที่สุด 105 คน หรือร้อยละ 49.53 รองลงมาคือ เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low risk drinker) ร้อยละ 23.58 แตกต่างจากการศึกษาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในชุมชนเขตชานเมืองจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคอีสานของประเทศไทย ที่พบว่า วัยรุ่นในชุมชนมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ใน

ระดับเสี่ยงต่ำและเสี่ยงสูงเท่ากัน คือ ร้อยละ 36.36 ระดับอันตรายพบ ร้อยละ 27.28 และ ไม่พบการดื่มแบบติด<sup>15</sup> ขณะที่การศึกษานี้ พบผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) ใน ชุมชนกว่าร้อยละ 14.15 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาที่พบการดื่มนอกเขต เทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล<sup>16</sup>

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความบ่อยในการดื่มเบียร์ 10 กระป๋องขึ้นไปหรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับเพศและการดื่มของคนใน ครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อาจเนื่องมาจากบุคคลใน ครอบครัวทำให้เป็นแบบอย่างกับกลุ่ม ตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบว่า การดื่มของมารดามีผล ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษา<sup>17</sup> และพบว่าปริมาณที่ดื่มต่อวันมีความสัมพันธ์ กับสถานภาพสมรสและอาชีพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ไม่สามารถหยุดดื่มได้หากได้ เริ่มดื่มไปแล้วมีความสัมพันธ์กับอาชีพ และ รายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) อาจเนื่องมาจากผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.44 ปี ซึ่งประกอบ

อาชีพเกษตรกร และมีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้มีโอกาสในการเข้าถึงการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สอดคล้องการสำรวจการบริโภค สุราระดับชาติที่พบว่า ช่วงอายุของวัยทำงาน และผู้ประกอบการอาชีพด้านการเกษตรมีส่วน ของการบริโภคสุราสม่ำเสมอมากที่สุด<sup>2</sup>

#### ข้อยุติ (Conclusions)

จากการศึกษานี้ พบว่า ผู้ดื่มส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ช่วงอายุวัยกลางคน อาชีพ เกษตรกรรม มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท สถานภาพคู่ และสมาชิกใน ครอบครัวไม่ได้เป็นผู้มีพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการดื่ม ส่วนใหญ่เป็นการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous drinker) และร้อยละของความเสียหายของการ ดื่มทุกระดับในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสูงกว่า ข้อมูลจากการศึกษาในระดับชาติ

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการคัดกรองผู้มารับบริการใน ระดับปฐมภูมิตามระดับความเสี่ยงจาก พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ เพิ่มการช่วยเหลือหรือการบำบัดที่เจาะจง ตามระดับความเสี่ยง

2. ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาที่ยังยั้งซ่อนเร้นอยู่ในชุมชน ควรมี การศึกษาคัดกรองประชากรเชิงรุก เพื่อเป็น ข้อมูลพื้นฐานในการควบคุมการบริโภคสุรา ในระดับชุมชนขึ้นไป

3. การควบคุมพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับพื้นควรมีนโยบายที่ลงสู่การปฏิบัติได้จริง และการบูรณาการในพื้นที่

4. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับขนาดและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนทั้งต่อผู้ดื่มและที่มีต่อผู้อื่น (harm to other)

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนของ อำเภออมลาลาย จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษานี้ทำให้พบว่า การดื่มของประชากรในพื้นที่ค่อนข้างสูงกว่าระดับประเทศทุกระดับ ทั้งการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ การดื่มแบบเสี่ยงสูง การดื่มแบบอันตราย

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Poznyak V, Rekke D, editors. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. 450.
2. National Statistical Office. *2017. Population Smoking and Binge Behavior Survey*. Bangkok: Pimpee Printing Company Limited; 2018.
3. Tanaree A, Vichitkunakorn P. Alcohol Drinking and Provincial Alcohol Problem Index (PAPI) in Thailand: The 2017 Survey. *Journal of Health*

และดื่มแบบติด การคัดกรองและการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งให้ความสำคัญต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดื่ม และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มของผู้อื่น (Alcohol Harm to Others)

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณการวิจัย ตลอดจนองค์ความรู้ทางวิชาการ ขอขอบคุณบุคลากร และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย ที่สนับสนุนข้อมูล และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

- Systems Research* 2019; 13 (4): 353-367. [in Thai].
4. Samornrit T, Suwanaphant K, Vonok L, Kaewdee N. Factors related with alcohol consumption behavior among high school students in Muang district municipality, Nakhon phanom province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2019; 7(3): 445-457. [in Thai].
5. Yangyuen S, Thitisutthi S. Health literacy in substance use and alcohol

- consumption among university students. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(2): 163-183. [in Thai].
6. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. **Lancet** 2018; 392(10152): 987-988.
7. Jernigan DH, Ross CS. Commentary on Bosque- Prous et al. ( 2014 ) : Alcohol advertising and older adults. **Addiction** 2014; 109(10): 1644-1645.
8. Waleewong O, Thamrangsay T, Chankotkaew J. Effects of Alcohol Use on Others: Concepts, Situations and Knowledge Gaps of Thailand. **Journal of Public Health System Research** 2014; 8 ( 2 ) : 1 1 1 - 1 1 9 . [in Thai].
9. Jung-in K, Pinitsoontorn S. Drinking behavior and impacts to families of alcoholic drinking who received treatment in Thanyarak Hospital, Udon Thani. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 5(3): 487-501. [in Thai].
10. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. **Information to meet the service plan in the field of drugs** [online] 2019 [cited 2020 Mar 1]. Available from: <https://bit.ly/3odYPOa> [in Thai].
11. Wayne WD. **Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences**. 6<sup>th</sup> ed. John Wiley & Sons Inc; 1955.177-178.
12. Niyakit S. Prevalence Drinking behavior and household expenses related to alcohol consumption of people at Rai Noi Subdistrict, Muang District, Ubon Ratchathani Province. **Journal of Disease Prevention and Control Office** 2012; 11(1): 21-32. [in Thai].
13. Silapakit P, Kittirattanaphaibool P. **Alcohol problem assessment form Guidelines for primary care institutions**. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Tantawan Paper; 2010.
14. Kensila U, Kensila J. Alcohol drinking behavior among people in the urban area of Udon Thani province. **Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences** 2017; 1(3): 52-61. [in Thai].
15. Phromkrathok K, Chomnirat W. Alcohol Consumption among adolescents at a Suburb One Province Northeastern Thailand. **Journal of Nursing and Health Care** 2020; 38(3): 23-31. [in Thai].

16. Health Data Center. **Report on screening and treatment of drinkers** ( SpecialPP) [online] 2020 Nov 11 [ cited 2021 Mar 1]. Available from: <https://bit.ly/3oebPU9>
17. Hemchayat A, Yodnil S. Factors associated with alcohol consumption among female high school students. Khao Khitchakut District Chanthaburi Province. **Journal of Education and Social Development** 2012; 8(1): 115-128. [in Thai].





# ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน รวม 66 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน สิ่งแทรกแซงเป็นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ สาธิต และเยี่ยมบ้าน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเองนี้ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทำให้สามารถลดความเสี่ยง จากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

**คำสำคัญ:** โปรแกรมพัฒนา, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

\* Corresponding Author: Srisurang Eamsaard, E-mail: Srisurang\_013@hotmail.com

Received 02/04/2021

Revised 06/05/2021

Accepted 10/06/2021

## **THE EFFECTS OF HEALTH LITERACY AND SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS DEVELOPMENT PROGRAM AMONG ELDERLY WITH HYPERTENSION, PHRA NAKHON SRI AYUTTHAYA PROVINCE**

*Srisurang Eamsaard\**

### **ABSTRACT**

The objective of this quasi-experimental research was to study the effects of health literacy and self- management behaviors development model among elderly with hypertension. The samples were divided into experimental group, and the control group consisted of 2 groups of 33 persons each, totaling 66 persons and selected by multistage random sampling. Interventions were health literacy and self- management behaviors development program that include education, demonstrations, and home visits. Data collected with a questionnaire. Data were analyzed by the descriptive statistics, and t-test statistic.

The research showed that after the health literacy and self-management behaviors development program, the experimental group had higher health literacy and self-management behaviors than before enrolling in the program and higher than the control group with statistically significant at the .05 level. The results can be interpreted that the health literacy and self-management behaviors development program could be applied to promote people to have health literacy and self-management behaviors, which can further reduce the risk of illness with hypertension.

**Keywords:** Development program, health literacy, self-management behavior, Elderly with hypertension

---

\*Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 40 โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนจำนวน 7.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด<sup>1</sup> และมีแนวโน้มกลายเป็นผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงจำนวน 600 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 1 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2008 พบมากในประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประชากรอายุ 25 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 40 เป็นโรคและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงกว่า 1.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.4<sup>2</sup> และในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบทร้อยละ 47.9 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>3</sup> คนไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,570.60 ต่อแสนประชากร<sup>4</sup> ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 52.40, 53.09 และ 53.22 ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างทักษะในการจัดการตนเอง ลดการบริโภคเกลือและไขมัน และให้ความรู้ใน

การใช้อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงการใช้น้ำหรือสารที่มีพิษต่อไต<sup>5</sup> ร่วมกับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อม ลดปัจจัยเสี่ยงและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น<sup>6</sup> ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังที่เป็นความเสี่ยงในโรคความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้และทักษะการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพ ที่ช่วยประกอบการตัดสินใจในการจัดการสุขภาพตนเอง ทำให้เป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการจัดการภาวะทางสุขภาพ การได้รับการพัฒนาความสามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ สามารถปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดการสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวปฏิบัติสำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพกาย อารมณ์และจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคม รวมถึงการมีสุขภาพดีได้ในที่สุด

จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่โดยการสุ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอดุสิต พบว่า ส่วนใหญ่มี

ความรู้เรื่องโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อน และ มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ แต่สิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ได้ คือ การจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย จัดการความเครียด และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน คือ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับโรค บั๊จยเสี่ยงอันตราย และการดูแลตนเอง และบางแห่งให้สุขศึกษาเฉพาะในรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ยังเป็นการให้เฉพาะในเวลาที่ยกก่อนพบแพทย์ ซึ่งยากที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอได้ รวมทั้งที่ผ่านมาในพื้นที่ ยังไม่พบว่า มีการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น การนำแบบจำลองเส้นทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยนี้ โดยมีขั้นตอน คือ การสร้างองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติด้านความรู้ด้านสุขภาพ การฝึกทักษะการสร้างทางเลือก และการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ศักยภาพความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องได้ อันจะนำไปสู่การมี

สุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### วิธีการศึกษา (Method)

**วัสดุและวิธีการศึกษา** โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ใช้การบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ 1 ครั้ง 3 ชั่วโมง เนื้อหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน อาหารสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไต การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การพัฒนาการจัดการตนเอง ใช้กิจกรรมสาธิต ฝึกปฏิบัติกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย สหกรณ์ฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย อ่านฉลากยาและคำนวณยา การใช้ข้อมูลข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การพูดสื่อสารสุขภาพ และแก้ปัญหาและการตัดสินใจ 1 ครั้ง 3 ชั่วโมง การเยี่ยมบ้านติดตามความตั้งใจและฝึกทักษะ ให้กำลังใจ กระตุ้นเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอบถามปัญหาอุปสรรค 3 ครั้ง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยเป็น

ผู้ดำเนินการจัดโปรแกรม จำนวน 7 ครั้ง โดยครั้งที่ 1, 3, 5 และ 7 จัดโปรแกรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานหาม ใช้ระยะเวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ส่วนในครั้งที่ 2, 4 และ 6 จะเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีการประเมินก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

**วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองแบบสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 4,128 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในอำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 2) สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาการได้ยิน
- 4) ยินยอมเข้าร่วมจนครบขั้นตอนการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนและโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย 2) บอกละทิ้งการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และ 3) ย้ายถิ่นขณะทำการศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยคำนวณหาขนาดความผิดพลาดเพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้

สูตรของกลาส<sup>8</sup> ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .80 คำนวณขนาดตัวอย่างเท่ากับ 30 คน ปรับขนาดตัวอย่างเพื่อแก้ปัญหาการสูญหายร้อยละ 10 จำนวน 33 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ขั้นตอนแรก สุ่มตำบลใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากรายชื่อตำบลได้ตำบลคานหาม และขั้นตอนที่สอง ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน รวมทั้งหมด 66 คน โดยผู้วิจัยได้จับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

#### **เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล**

เป็นแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการทำงาน และข้อมูลความเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (2) ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร (3) ทักษะการฟัง (4) ทักษะการพูด (5) ทักษะการคำนวณ และ (6) ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับ

ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60-80) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา เป็นชนิดตัวเลือก 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน เป็นประจำ ได้ 5 คะแนน บ่อยครั้ง ได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อย ได้ 2 คะแนน และน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน และส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิก คือ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต การแปลผลค่าระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยจากการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ของความดันโลหิตช่วงบนซิสโตลิก และค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตช่วงล่างไดแอสโตลิก

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุในตำบลคลองสวนพลู 30 คน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.80-1.00 และมีค่าความเที่ยงคูเดอร์- ริชตสัน KR 20 เท่ากับ 0.81 และส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.90-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค 0.78

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคานหาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงเพื่อการควบคุมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ paired t-test และควบคุมข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

#### **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผ่าน**

ความเห็นชอบจากสถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา โดยขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ ระหว่างการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลใดใดทั้งสิ้น ผลวิจัยถือว่าเป็นความลับโดยจะนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

### **ผลการศึกษา (Results)**

#### **1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.67 และร้อยละ 83.67 อายุเฉลี่ย 56.87 ปี

และ 54.63 ปี และมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 51-60 ปี จมระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.00 และร้อยละ 75.00 มีสถานภาพสมรสคู่เท่ากัน ร้อยละ 74.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.00 และร้อยละ 45.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,690 บาท และ 3,546.67 บาท มีรายได้ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้ ร้อยละ 40.00 และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 23.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.07 ปี และ 5.13 ปี มีญาติสายตรงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 66.67 และ ร้อยละ 70.00 ตามลำดับ

## **2. ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การจัดการตนเอง**

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง (ตารางที่ 1) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 โดยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสาร

2.2 พฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง (ตารางที่ 1) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.3 ระดับความดันโลหิต ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกไม่แตกต่างหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง (ตารางที่ 1) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

| ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง       | ก่อนเข้าร่วมดำเนินการ |       |         | หลังเข้าร่วมดำเนินการ |      |         | t     | p-value |
|---------------------------------|-----------------------|-------|---------|-----------------------|------|---------|-------|---------|
|                                 | X̄                    | SD    | ระดับ   | X̄                    | SD   | ระดับ   |       |         |
| ความรู้ด้านสุขภาพ               |                       |       |         |                       |      |         |       |         |
| กลุ่มทดลอง                      | 86.02                 | 12.58 | น้อย    | 118.29                | 9.05 | มาก     | 22.20 | <.01*   |
| กลุ่มควบคุม                     | 81.86                 | 10.03 | น้อย    | 89.46                 | 2.70 | ปานกลาง | 0.39  | 0.68    |
| พฤติกรรมการจัดการตนเอง          |                       |       |         |                       |      |         |       |         |
| กลุ่มทดลอง                      | 3.45                  | 0.29  | ปานกลาง | 4.01                  | 0.16 | มาก     | 9.52  | <.01*   |
| กลุ่มควบคุม                     | 3.39                  | 0.27  | ปานกลาง | 3.25                  | 0.30 | ปานกลาง | 0.66  | 0.59    |
| ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก   |                       |       |         |                       |      |         |       |         |
| กลุ่มทดลอง                      | 151.79                | 8.03  | -       | 120.55                | 6.06 | -       | 16.99 | <.01*   |
| กลุ่มควบคุม                     | 150.82                | 8.52  | -       | 150.60                | 8.46 | -       | 2.04  | 0.06    |
| ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก |                       |       |         |                       |      |         |       |         |
| กลุ่มทดลอง                      | 93.18                 | 6.28  | -       | 75.85                 | 3.06 | -       | 15.56 | <.01*   |
| กลุ่มควบคุม                     | 96.85                 | 3.02  | -       | 90.32                 | 5.05 | -       | 1.17  | 0.25    |

หมายเหตุ \*p<.05

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

| ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง       | กลุ่มทดลอง |       |         | กลุ่มเปรียบเทียบ |       |         | t     | p-value |
|---------------------------------|------------|-------|---------|------------------|-------|---------|-------|---------|
|                                 | $\bar{X}$  | SD    | ระดับ   | $\bar{X}$        | SD    | ระดับ   |       |         |
| ความรู้ด้านสุขภาพ               |            |       |         |                  |       |         |       |         |
| ก่อนทดลอง                       | 86.02      | 12.58 | น้อย    | 81.86            | 10.03 | น้อย    | 1.30  | 0.20    |
| หลังทดลอง                       | 118.29     | 9.05  | มาก     | 89.46            | 2.70  | ปานกลาง | 9.08  | <.01*   |
| พฤติกรรมการจัดการตนเอง          |            |       |         |                  |       |         |       |         |
| ก่อนทดลอง                       | 3.45       | 0.29  | ปานกลาง | 3.39             | 0.27  | ปานกลาง | 0.91  | 0.35    |
| หลังทดลอง                       | 4.01       | 0.16  | มาก     | 3.25             | 0.30  | ปานกลาง | 10.34 | <.01*   |
| ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก   |            |       |         |                  |       |         |       |         |
| ก่อนทดลอง                       | 151.79     | 8.03  | -       | 150.82           | 8.52  | -       | 0.41  | 0.68    |
| หลังทดลอง                       | 120.55     | 6.06  | -       | 150.60           | 8.46  | -       | 15.87 | <.01*   |
| ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก |            |       |         |                  |       |         |       |         |
| ก่อนทดลอง                       | 93.18      | 6.32  | -       | 96.85            | 3.02  | -       | 0.43  | 0.66    |
| หลังทดลอง                       | 75.85      | 3.06  | -       | 90.32            | 5.50  | -       | 14.23 | <.01*   |

หมายเหตุ \*p<.05



## วิจารณ์ (Discussions)

1. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมตามแผนการสอนที่เน้นการบรรยายประกอบสื่อ คู่มือการดูแลสุขภาพ และฝึกทักษะการอ่านคู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการทดลองบุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น<sup>9</sup> และการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายส่วนมากมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น<sup>7</sup> และการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดโซเดียมสูงขึ้น<sup>10</sup>

2. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการจัดโปรแกรมตามแบบแผนการสอน สารตีพิมพ์ปฏิบัติกลุ่มใหญ่ กลุ่มย่อย ฐานฝึกทักษะ รวมทั้งเยี่ยมบ้านติดตามให้กำลังใจ กระตุ้นเสริมแรงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมโภชนาการกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียมเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตระยะเรื้อรังที่ 3 มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้น<sup>11</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม<sup>12</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ<sup>14</sup>

3. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่าในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับประทานอาหารลดโซเดียมทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลง<sup>15</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ<sup>14</sup>

## ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองของ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนี้ได้พัฒนามาจากแบบจำลองเส้นทางพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายทั้งการบรรยายให้ความรู้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ กิจกรรมสาธิต ฐานฝึกทักษะ การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ และการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ซึ่งโปรแกรมนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปขยายผลดำเนินการในคลินิกโรคเรื้อรังของสถานบริการสาธารณสุขทั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. สถานบริการสาธารณสุข สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้
2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงนี้สามารถลดระดับความดันโลหิตได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางกิจกรรมสร้างความรู้ พัฒนาทักษะด้านการใช้ข้อมูล ข่าวสาร การฟังข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การคำนวณ รวมถึงการแก้ปัญหาและการ

ตัดสินใจไปประยุกต์ใช้กับประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นได้ เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ควรมีการศึกษาดอบทเรียนชุมชนหรือพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางการจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมที่มีรูปแบบและแนวทางการจัดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการจัดการตนเองดีขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตสูงลดลง

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมงานวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **A global brief on Hypertension - International Society of Hypertension** [online] 2011 [cited 2020 Jan 22]. Available from [http://ish-world.com/downloads/pdf/global\\_brief\\_hypertension.pdf](http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf)
2. Krishnan SM. Inflammatory markers or mediators of hypertension?. **British Journal of pharmacology** 2014; 171 (24): 5589-5602.
3. Neupane D, McLachlan CS, Sharma R, Gyawali B, Khanal V, Mishra SR, et al. Prevalence of hypertension in member countries of South Asian Association for Regional Cooperation ( SAARC) : systematic review and meta-analysis. **Medicine ( Baltimore)** 2014; 93 (13): 1-10.
4. World Health Organization. **Prevalence of kidney disease: International Society of Nephrology (ISN) Response to WHO Discussion Paper on Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan (2013-2020)** [online] 2013 [cited 2020 Jan 22]. Available from <http://www.who.int/ncds/governance/appendix3-international-society-of-nephrology.pdf?ua=1>
5. Ministry of Public Health. **Handbook of Family Volunteers for NCDs**. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2015. [in Thai].
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. **Practical Guide to Action to Reduce Chronic Kidney Disease (CKD) in Diabetes and Hypertension Patients**. Bangkok: Printing office of security service the war veterans organization of Thailand; 2016. [in Thai].
7. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. **BMC Public Health** 2012; 12: 1-15.
8. GLASS GV. Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. **Educational Researcher** 1976; 5(10): 3-8.
9. Valaisathien J. and Phatisena T. Effects of Health Behavioral Modification Program among Personnel with Hypertension Risky Group in the Office of Disease Prevention and Control, Region 5 Nakhon Ratchasima [online] 2021 [cited 2021 Feb 20]. Available from:

- <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO1.pdf>. [in Thai].
10. Wiangpati T, Khuneepong A. The effects of nutrition education program on knowledge, motivation, and food consumption for sodium reduction of people, Nong Pling Sub-District, Lao Khwan District, Kanchanaburi Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2021; 9(1): 57-68. [in Thai].
11. Patiapinun A, Toskulkao T, Leelahakul V. The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. **Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing** 2018; 29(2): 12-27. [in Thai].
12. Chaipet N, Kaewklum U, Sonrat S, Wittayapun Y. Non communicable diseases (NCD's) high risk patients: effectiveness of a health behaviors changing programs on health behavior in Suratthani. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health** 2017; 4(2): 45-62. [in Thai].
13. Buasom P, Promsiripai boon Y, Sonkasetrin A. Effects of self-efficacy program on health behavior modification in elderly of high blood pressure risk group in Rommanee Sub - District, Kapong District, Phangnga Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2017; 5(4): 549-567. [in Thai].
14. Chansree N, Nateetanasombat K, Kasiphol T. The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients. **Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal** 2020; 6(2): 58-68. [in Thai].
15. Shi D, Li J, Wang Y, Wang S, Liu K, Shi R, et al. Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: a retrospective cohort study. **Internal and Emergency Medicine** 2017; 12(6): 765-776.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในเขตพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

สุภมาส ตามบุญ\*, อรุณี ไชยฤทธิ์\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Cross-sectional descriptive design) เพื่อศึกษา ระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท จำนวน 608 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้และ พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้แก่ .81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงเท่ากับเพศชายร้อยละ 50 ( $n = 304$  คน) ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 ( $n = 385$  คน) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.70 ( $n = 515$  คน) เพศ อาชีพ รายได้และระดับความรู้การใช้ยามีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา อย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 - .001 ( $p \leq 0.001-.04$ )

**คำสำคัญ:** การใช้ยาอย่างสมเหตุผล, ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, พฤติกรรมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล

---

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

Corresponding Author: Supamas Tamboon E-mail: adikarn99@gmail.com

Received 29/03/2021

Revised 05/05/2021

Accepted 19/05/2021

## **FACTORS RELATED TO RATIONAL DRUG USE BEHAVIOR IN PHRAPHUTTHABAT DISTRICT, SARABURI PROVINCE**

*Supamas Tamboon\*, Arunee Chaiyarit\**

### **ABSTRACT**

This cross-sectional descriptive design aimed to measure the knowledge of rational drug use (RDU), and rational drug use behavior, and test the factors that affect rational drug use behavior among people in Phraphutthabat District. The study sample was 608 people in Phraphutthabat District. The study instruments included the questionnaire of demographic data, and Knowledge, and Rational Drug Use Behavior. Its reliability was 0.81. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, SD., and multiple regression procedure.

The study results showed that the sample was female as well as male (50%, n=304). The knowledge of RDU was at moderate level (63.3%, n=385), and high levels (28.5%, n=174). The RDU behavior was at moderate level (84.70%, n=515), and high levels (10.53%, n=64). Sex, occupation, income, and knowledge of RDU were statistically significant on levels of RDU behavior of people in the Phraphutthabat district at .05 - .001 ( $p \leq 0.001-.04$ ).

**Keywords:** Rational Drug Use, Knowledge of Rational Drug Use, Rational Drug Use Behavior

---

*\* Boromarajonani Phraphutthabat Nursing College, Saraburi Province*

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในระดับโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย เช่น การดื้อยา ค่าใช้จ่ายสูง การใช้ยาน้อยกว่าความจำเป็น หรือมากเกินไปจนความจำเป็น<sup>1</sup> จากการสำรวจชุมชนในโครงการเฝ้าระวังการใช้ยาของภาคประชาชนในปี พ.ศ. 2552 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเข้าใจผิดในการใช้ยา เช่น เข้าใจว่า ยาแพงที่มียี่ห้อ หรือ ยาจากต่างประเทศ คือ ยาที่ดีกว่า ยาราคาถูก หรือ ยาที่ผลิตในประเทศ และยังมีความเชื่อที่ผิดว่า ยาต้นแบบ (จากต่างประเทศ) ดีกว่ายาที่ใช้ชื่อสามัญทางยาในการจำหน่ายในท้องตลาด<sup>2</sup> ซึ่งส่งผลให้เกิดการใช้ยาเกินความจำเป็น เกิดภาวะดื้อยา แพ้ยาและเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากผลข้างเคียงของยาและเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นจำนวนมากขึ้น<sup>3</sup> และยังพบว่า มูลค่าการใช้ยาของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี คือ ปี พ.ศ. 2545 มีมูลค่าการใช้ยา 42,907 ล้านบาท คิดเป็น 683 บาท ต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2549 มูลค่า 75,032 ล้านบาท คิดเป็น 1,194 บาทต่อคนต่อปี และปี พ.ศ. 2551 มีมูลค่าสูงถึง 98,375 ล้านบาท คิดเป็น 1,552 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 65.5 ในปี พ.ศ. 2551<sup>4</sup>

ปี พ.ศ. 2524 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยาและแนวทางการดำเนินการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนากำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยาของแต่ละประเทศ<sup>5</sup> ในปี พ.ศ. 2556 คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจัดทำ “โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (Rational Drug Use Hospital หรือ RDU Hospital) ขึ้นตามนโยบายส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<sup>6</sup> เพื่อใช้เป็นกลไกและเครื่องมือในการแก้ปัญหาการใช้ยาของประเทศไทยด้วยการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลครอบคลุม 6 ด้าน เรียกว่า กฎแฉสำคัญในการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล (RDU Hospital PLEASE)<sup>6</sup>

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด<sup>7</sup> รวมถึงการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ ใช้ยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริงสนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิก มีราคาเหมาะสม คุ่มค่า ไม่เป็นการใช้ยา

ข้าช้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ให้อยู่ใน  
กรอบบัญชียาให้อยู่ถูกต้องตามหลักเภสัช  
วิทยาคลินิกด้วย<sup>5</sup>

โรงพยาบาลพระพุทธบาทและ  
หน่วยงานสุขภาพในอำเภอพระพุทธบาท  
จังหวัดสระบุรี ดำเนินโครงการ “ฉลาดใช้ยา  
ปฏิชีวนะเพื่อสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะ  
อย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลและในชุมชน”  
และ “โครงการพัฒนาระบบป้องกันการเกิด  
อาการไม่พึงประสงค์จากการแพ้ยาซ้ำใน  
โรงพยาบาลพระพุทธบาท” ตั้งแต่ปี พ.ศ.  
2550 ผลการดำเนินงานพบว่า สามารถลด  
ค่าใช้จ่ายการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่  
ไม่จำเป็นและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้  
ถึงร้อยละ 25 จากมูลค่ายา 90 ล้านบาทต่อปี<sup>6</sup>  
แต่ยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ  
ของโครงการนี้ เช่น ความรู้ในการใช้ยาสม  
เหตุผลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อ  
ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยา  
อย่างถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย ผู้วิจัย  
จึงทำการศึกษาในเรื่อง ความรู้ พฤติกรรม  
และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา  
อย่างสมเหตุผลของประชาชนในเขตอำเภอ  
พระพุทธบาท เพื่อนำองค์ความรู้จากการวิจัย  
ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางใน  
การส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม  
เหตุผลของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเขต  
พื้นที่อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี  
มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการ  
ใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในพื้นที่  
อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาอย่าง  
สมเหตุผลของประชาชนในพื้นที่อำเภอ  
พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ  
พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ  
ประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท

## สมมติฐาน(คำถามการวิจัย)

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย  
อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน สถาน  
บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สิทธิการรักษา  
และความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมี  
อิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสม  
เหตุผลของประชาชนในพื้นที่อำเภอ  
พระพุทธบาท

## วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ประชากรใน  
การศึกษา คือ ประชาชนในพื้นที่อำเภอ  
พระพุทธบาท จำนวน 64,780 คน มีอายุตั้งแต่  
15 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอ  
พระพุทธบาท มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์



สื่อสารได้ทางวาจา สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และสมัครใจ ยินดีให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2562

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1.9.2 กำหนดค่า  $\alpha = 5\%$  และอำนาจการทดสอบ  $(1-\beta) = 95\%$  เลือกใช้สถิติ Linear multiple regression ในกลุ่ม F-tests คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 604 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามเพศและอายุ โดยแบ่งตามการกระจายตัวของประชากรแบ่งออกเป็น 8 พื้นที่เฉลี่ยจำนวนพื้นที่ละ 76 คน แล้วจึงแบ่งสัดส่วนชาย-หญิงในแต่ละพื้นที่ให้เท่ากัน คือ มีจำนวนเพศชาย 38 คน และเพศหญิง 38 คน ในแต่ละพื้นที่นำจำนวนคนมากระจายในแต่ละกลุ่มช่วงอายุให้มีจำนวนใกล้เคียงกัน ได้แก่ 15 - 25 ปี, 26 - 35 ปี, 36 - 45 ปี, 46 - 55 ปี, 56 - 65 ปี, 66 - 75 ปี และ 75 ปีขึ้นไป รวมจำนวนตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด 608 คน แล้วจึงสุ่มจับฉลากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุจนครบตามจำนวน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามความรู้

และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยดัดแปลงจากเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่อง ความรู้ด้านยาและการปฏิบัติตัวในการใช้ยารักษาตนเองของบริณดา ไศสุรย์พิศาลกุล และฉัตรวดี กฤษณพันธุ์ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่ อาศัย อาชีพ รายได้/เดือน ภาวะสุขภาพ ปัจจุบัน สถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ยาแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเก็บรักษายา 2) วิธีการใช้ยา 3) ผลของการใช้ยา 4) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา ข้อคำถามเป็นลักษณะถูก – ผิด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 30 ข้อ

แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ก่อนทดลองใช้กับประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของคอนบาร์คเท่ากับ 0.81

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พระพุทธรูป และบุคลากรในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 10 แห่ง ครอบคลุม 9 ตำบล เพื่อแจ้งให้ทราบขั้นตอน การวิจัย พบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 608 ราย และแจกแบบสอบถามภายหลังจากขอความ ยินยอมตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย เมื่อ ทำแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบ ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลก่อนรับ แบบสอบถามกลับคืนมาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2562

**วิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ และ สิทธิการรักษาพยาบาล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบด้วย การ วิเคราะห์คะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธรูป โดยใช้สถิติ multiple regression แบบ backward elimination

**ระยะเวลาดำเนินการวิจัย** เก็บ รวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึง เมษายน 2562 และวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเสร็จในเดือน พฤษภาคม 2562

**พื้นที่ทำการวิจัย** อำเภอพระพุทธรูป จังหวัดสระบุรี

#### **ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรูป เลขที่ COA No. EC 008/62 ลงวันที่ 30 มกราคม 2562

#### **ผลการศึกษา (Results)**

##### **1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงเท่ากับ เพศชายร้อยละ 50 (จำนวน 304 คน) จำแนก ตามกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 34.9 (จำนวน 212 คน) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.4 (จำนวน 270 คน) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.0 (จำนวน 213 คน) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 16.8 (จำนวน 102 คน) รายได้เฉลี่ย/เดือนมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 34.9 (จำนวน 212 คน) ส่วนใหญ่ สุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 56.7 (จำนวน 345 คน) สำหรับกลุ่มที่เจ็บป่วย ส่วนมากป่วยด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.6 (จำนวน 174 คน) รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 7.1 (จำนวน 43 คน) ใช้บริการจาก

โรงพยาบาลรัฐร้อยละ 69.6 (จำนวน 423 คน) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 72.4 (จำนวน 440 คน) รองลงมา คือ ใช้สิทธิบัตรประกันสังคมร้อยละ 18.3 (จำนวน 111 คน)

## 2. ระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในเขตอำเภอพระพุทธบาท

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับมาก และระดับน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในอำเภอพระพุทธบาท  
(n = 608 คน)

| คะแนนรวม         | ระดับความรู้ | ความถี่(คน) | ร้อยละ |
|------------------|--------------|-------------|--------|
| 16 – 20 คะแนน    | มาก          | 174         | 28.5   |
| 10 – 15 คะแนน    | ปานกลาง      | 385         | 63.3   |
| ต่ำกว่า 10 คะแนน | น้อย         | 49          | 8.2    |
| รวม              |              | 608         | 100    |

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับดีมาก และระดับที่ควรปรับปรุงตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในอำเภอพระพุทธบาท  
(n = 608 คน)

| คะแนนรวม                           | ระดับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ความถี่(คน) | ร้อยละ |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------|--------|
| > 113 คะแนน<br>(ร้อยละ 75 ขึ้นไป)  | ดีมาก                              | 64          | 10.53  |
| 75 – 113 คะแนน<br>(ร้อยละ 50 – 75) | ปานกลาง                            | 515         | 84.70  |
| < 75 คะแนน<br>(ต่ำกว่าร้อยละ 50)   | ควรปรับปรุง                        | 29          | 4.77   |
| รวม                                |                                    | 608         | 100    |

พฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในเขตอำเภอพระพุทธบาท พบว่า พฤติกรรมทางบวกที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ประชาชนเชื่อมั่นในคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับจากเภสัชกร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมทางลบที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การซื้อยารับประทานเอง การเลือกซื้อยารักษาอาการหวัดชนิดที่ผสมยาพาราเซตามอล รวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน และพฤติกรรมการ

หยุดรับประทานยาปฏิชีวนะ (ที่เข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อหรือ ยาแก้อักเสบ) เมื่ออาการดีขึ้น

**3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** พบว่า เพศ อาชีพ รายได้ และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p = .001 - .04$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (n = 608 คน)

| ปัจจัย                       | B      | Std. error | t      | Sig   |
|------------------------------|--------|------------|--------|-------|
| เพศ                          | - 4.39 | 1.22       | - 3.61 | .00** |
| อาชีพ                        | 6.61   | 1.76       | 3.76   | .00** |
| รายได้                       | .00    | .00        | 1.91   | .04*  |
| ความรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล | -1.31  | .20        | -6.48  | .00** |

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$

## วิจารณ์ (Discussions)

1. ผลการศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในเขตอำเภอพระพุทธบาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ความรู้รายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผล 4 เรื่อง คือ 1) การใช้ยาลดกรดเพื่อลดอาการแสบร้อนในช่องท้อง 2) การเก็บรักษายาในตู้เย็นจะช่วยยืดอายุ

ของยาได้ 3) ยาแก้แพ้ เช่น คลอเฟนิรามีน ช่วยบรรเทาอาการหวัด คัดจมูกได้ และ 4) ไม่ทราบว่ายาวัดอักษรที่ติดไว้กับฉลากยา คือ ระบุวัน เวลาการผลิตและการหมดอายุของยา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่าง<sup>10,11</sup> ด้านพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ถึง ดีมาก ในรายข้อ พบว่า พฤติกรรมทางบวกที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อความรู้ที่ได้รับจากบุคลากร

สาธารณสุข ส่วนพฤติกรรมทางลบ ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การเลือกซื้อยารักษาอาการหวัดชนิดที่ผสมยาพาราเซตามอลรวมอยู่ในเม็ดเดียวกันและพฤติกรรมการหยุดรับประทานยาปฏิชีวนะ (ที่เข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้อักเสบ) เมื่ออาการดีขึ้น ประเด็นปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวสาวิ กลิ่นขจร และศิริรัตน์ กาญจนวชิรกุล<sup>3</sup> ที่พบว่า ผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 3 ร้อยละ 66.7 มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสว่างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และกวี ไชยศิริ<sup>12</sup> ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะในระดับต่ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะและประโยชน์จากยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ต้องปรับปรุงถึงร้อยละ 55.5

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่า เพศ รายได้ อาชีพ และความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยา มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ<sup>13</sup> อธิบายได้ว่า เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลนั้น อาจเป็นเพราะความแตกต่างทางเพศ ส่งผลต่อการแสดงบทบาททางสังคมและบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวที่แตกต่างกัน ดังนั้น การแสดงออกเมื่อเจ็บป่วยจึงต่างกัน รวมถึงมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน<sup>14,15</sup> จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาที่แตกต่างกันไป อาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<sup>11,15-17</sup> อธิบายได้ว่า ผู้มีอาชีพการงานมั่นคงมีโอกาสจะมีรายได้สม่ำเสมอมากกว่า ผู้ที่มีอาชีพไม่มั่นคง เป็นผลให้มีโอกาสและความสามารถในการแสวงหาความรู้และเลือกรับข้อมูลข่าวสารในดูแลสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีอาชีพการงานไม่มั่นคง รายได้ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล<sup>13</sup> ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ 2 ด้าน คือ ด้านของผู้ที่มีรายได้เพียงพอมีโอกาสและทางเลือกในการเข้าถึงยาที่ต้องการและมีกำลังในการซื้อยามากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย อีกด้านหนึ่ง ผู้ที่มีรายได้น้อยต้องการความสะดวกและรวดเร็วในการเข้าถึงยารักษาตนเอง ซึ่งการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐต้องใช้เวลาารอนาน จึงเลือกวิธีการซื้อยาจากร้านขายยาเอง แต่เมื่อเห็นว่าความเจ็บป่วยมีแนวโน้มจะรุนแรงหรือเรื้อรังและต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาพยาบาลจะเลือกเข้ารับบริการจากรัฐ

ความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่ง

อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) ที่ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ต้องพัฒนาทักษะอีก 2 ด้าน นั่นคือ ทักษะด้านสติปัญญา และ ทักษะด้านจิตพิสัย ซึ่งทักษะทั้ง 2 ด้านนี้ นำไปสู่การกำหนดความประพฤติหรือพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้มากเพียงพอและมีเจตคติที่ดีในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ย่อมมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ดีเช่นกัน

#### ข้อยุติ (Conclusions)

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 608 คน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.3) มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 84.70) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชนในอำเภอพระพุทธบาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย เพศ อาชีพ รายได้และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

#### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรม การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน ในอำเภอพระพุทธบาท ควรคำนึงถึงปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลในหลาย ๆ ด้าน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ รายได้ และความรู้ ดังนั้น จึงควรนำผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวางแผนในการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะที่ดีถูกต้องต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ดีในที่สุด

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศไทย และเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประชากรจำนวนหนึ่งยังคงใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล การศึกษานี้พบว่าปัจจัยด้าน เพศ อาชีพ รายได้และความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท ผู้สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณประชาชนในพื้นที่อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรีที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. National Health Commission Office (NHCO). **Unreasonable drug use; A big deal that people overlook** [online] 2019 [cited 2020 December 20]. Available from: <https://www.nationalhealth.or.th>. [in Thai].
2. Kitprasong N. Until today . . . the community organizes self-administering drugs. **Critical Medicine Newsletter** 2015; 6(25): 3-5. [in Thai].
3. Klinkhachorn W, Kanjanawachirakun S. **Antibiotic use behavior among clients in Health Promotion Hospital Health Center 3** [online] 2011 [cited 2020 May 25] . Available from: <https://www.academia.edu/4977662/>. pdf. [in Thai].
4. Tantiean P. Habit of self-medication in Thai people. **Journal of Hematology and Transfusion Medicine** 2009; 19(4): 309-315. [in Thai].
5. Meounpa R, Phuripanyawanich N. **Rational Drug Use: RDU**. [online] 2016 [cited 2019 December 15]. Available from: <https://www.ccpe.pharmacycouncil.org>. [in Thai].
6. Chongtrakul P. RDU Hospital: The Pathway to Rational Drug Use. **Thai J Pharmacol** 2015; 37(1): 48-62. [in Thai].
7. The sub - committee of National Major Drug List Development. **Thai National Formulary 2009: Gastro - intestinal system**. 2<sup>nd</sup>. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, Nonthaburi; 2009. [in Thai].
8. Phraphutthabab Hospital. **The development of a system to prevent adverse reactions from redundancy drug use project in 2007** [online] 2018 [cited 2020 May 17]. Available from: <https://www.hfocus.org> [in Thai].
9. Aisoonthisarnkul P, Krisanapun C. A Survey of Medication Knowledge and Self - medication Practices among First-Year Students at Srinakharinwirot University. **Isan Journal of Pharmaceutical Sciences ( IJPS)** 2014; 10(1): 42-55. [in Thai].
10. Chaichanawirote U, Vithayachockitkun N. Medication Use Behaviors among Older Thai Adults. **Journal of Nursing and Health Sciences** 2015; 9(1): 32-46. [in Thai].
11. Naiyapatana W. Health Problems, Medicine - Used Problems, and Medicine - Used Behaviors among Elderly in the Community of Phramongkutklao Hospital Personnel's

- Residence. **Journal of Nursing and Education** 2010; 3(1): 2-14. [in Thai].
12. Sukpaiboon S, Apinandechea C, Chaiyasiri K. Antibiotics use behavior of patients in Srangsoke, Ban Mo District Saraburi Province. **Journal of Nakhon Ratchasima College** 2016; 4(1): 409 - 416. [in Thai].
13. Mongkolchaiyapak J, Reumsuk J, Chaiyapratheep A. The Study of Customer's Knowledge and Behavior in Using Antibiotics at Community Drug Store in Pathum Thani Province. **EAU Heritage Journal** 2012; 6(2): 91-100. [in Thai].
14. Ruangthip T, Watanakijkrilert D, Charoenkitkarn W, Dumavibhat C. Factors Influencing Medication Adherence in Patients with Chronic Heart Failure. **Royal Thai Navy Medical Journal** 2017; 44(3): 51-65. [in Thai].
15. Koonlawong W, Sooparattanagool S, Chaisri P. Knowledge and Behaviors of Using Non - Steroidal Anti-Inflammatory Drugs among Elderly in Thungfon District, Udonthani. **Udonthani Hospital Medical Journal** 2018; 26(2): 99-107. [in Thai].
16. Suwannapong K, Klungrit S. Improving Medication Adherence in Older Persons with Chronic Illness. **Royal Thai Navy Medical Journal** 2019; 46(3): 717-731. [in Thai].
17. Puengchit R, Kumlungpat W. The Study of Consumer Behavior in Pharmacies, Bangkok. **Western University Research Journal of Humanities and Social Science** 2015; 1(2): 48-61. [in Thai].



# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์

กมลชนก เชา\*, ปริยเนตร วิไลรัตน์\*\*, องอาจ มณีใหม่\*\*,  
เชมณัฐ รัตนวิรวงศ์\*\*, กัญญ์วรา ออบอุ้น\*\*\*, นราภรณ์ จันทร์วงศ์\*\*,  
อัครราภรณ์ พลูเทียบรัตน์\*\*

## บทคัดย่อ

พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่พบว่า มีปัญหาการใช้ยา ขณะที่วิธีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องในพระสงฆ์ยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 52 รูป เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาเป็นเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการฝึกคิด ทำการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ 1 และ 10 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และ Repeated measure ANOVA ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ( $p < 0.05$ ) สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยานี้เป็นโปรแกรมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาได้

**คำสำคัญ:** การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การใช้ยา, พระสงฆ์

\* โรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่

\*\* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

\*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Corresponding Author: Ong-art Maneemai, E-mail: ongart.ma@up.ac.th

Received 24/03/2021

Revised 05/05/2021

Accepted 19/05/2021

## **THE EFFECTIVENESS OF PARTICIPATORY LEARNING PROGRAM ON KNOWLEDGE, ATTITUDES, AND BEHAVIORS IN DRUG UTILIZATION OF BUDDHIST MONKS**

*Kamonchanok Chow\**, *Preyanate Wilairat\*\**, *Ong-art Maneemai \*\**,  
*Khemanat Ratworawong\*\**, *Kunwara Ob-un\*\*\**, *Naraporn Junwong\*\**,  
*Atcharaporn Poontiebrat\*\**

### **ABSTRACT**

The monks had several drug-related problems. While the promoted method of proper drug utilization was limited. This study aimed to examine the effectiveness of a participatory learning program on knowledge, attitudes, and behaviors in drug utilization of Buddhist monks, Muang district, Phayao province. This study was one group pre- and post- test study. The sample was 52 Buddhist monks who lived in the temples located in Muang, Phayao province. The purposive sampling was used to select the sample. The sample received the three hours participatory learning program on drug utilization. The program consisted of lecturing, group activity, experiences exchange, and thinking training. The results were measured before and after (1 and 10 weeks) implementing the program using self - administered questionnaires. Descriptive statistics, paired t-test, and repeated measure ANOVA were applied for data analysis. The results indicated that at one and tenth weeks after implementing the participatory learning program, the mean scores of knowledge, attitudes, and behaviors in drug utilization of the sample were statistically significantly higher than those implementing the program ( $p < 0.05$ ). In summary, this participatory learning program on drug utilization had effectiveness on knowledge, attitudes, and behaviors in medication utilization.

**Keywords:** Participatory learning, Drug utilization, Monks

---

\* Rajavej Chiangmai Hospital

\*\* School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao

\*\*\* School of Nursing, University of Phayao

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัญหาการใช้ยา (Drug-related problems) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย และนับว่าเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมอาจนำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลวและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง<sup>1,2</sup> ทั้งนี้ พระสงฆ์เป็นอีกกลุ่มประชากรที่พบว่าส่วนมากสูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.6 – 29.2<sup>3-6</sup> เบาหวาน ร้อยละ 1.8 – 19.8<sup>3-6</sup> ไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 2.8-10.4<sup>3,4,6</sup> เป็นต้น ซึ่งจำเป็นจะต้องใช้ยาในการรักษาหรือควบคุมอาการเป็นประจำทุกวัน การศึกษาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของพระสงฆ์เนื่องจากปัญหาจากการใช้ยา พบว่าจำนวนรายการยาที่พระสงฆ์ใช้ต่อวัน เท่ากับ 8.8 รายการ โดยร้อยละ 40 ของพระสงฆ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดจากปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 29.16) ขาดความร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 29.16) และผู้ป่วยต้องการการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม (ร้อยละ 20.83) ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 87.5 เป็นปัญหาจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้<sup>7</sup> นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยาของพระสงฆ์พบว่า ร้อยละ 59 ไม่มีความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การลืมฉันทยา (ร้อยละ 30) การหยุดยา

ก่อนกำหนด (ร้อยละ 26) และยาหมดก่อนพบแพทย์ครั้งถัดไป (ร้อยละ 20)<sup>8</sup> การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่าพระสงฆ์มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยมาก ขาดการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ขาดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง<sup>9</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ส่วนหนึ่งขาดความรู้ในเรื่องสุขภาพ และมีความต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การจัดให้มีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัด การสนับสนุนงบประมาณในการซื้อยาและเวชภัณฑ์เพื่อใช้ในวัด การจัดอบรมการติดโปสเตอร์ และการรณรงค์เสียงตามสายให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น<sup>6,10</sup> ซึ่งการถวายเป็นบุญแก่พระสงฆ์จะช่วยให้พระสงฆ์มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น การศึกษาของมกุฏสุวรรณ ลัทธิฐานนท์ และคณะ<sup>11</sup> พบว่า พระสงฆ์ที่ได้รับการถวายเป็นบุญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีคะแนนหลังการถวายเป็นบุญสูงกว่าคะแนนก่อนการถวายเป็นบุญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เรียนรู้จากประสบการณ์ และกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ เกิด

ความเข้าใจและทัศนคติที่ดี สามารถนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมได้<sup>12</sup> มีงานวิจัยที่นำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน<sup>13</sup> กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<sup>14</sup> กลุ่มผู้สูงอายุ<sup>15</sup> และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>16</sup> ผลการศึกษาพบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้อของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>13-16</sup> และมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้ทางเดียว<sup>17</sup> อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีขึ้น<sup>14</sup>

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้นที่พบว่า พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพ พบปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา และขาดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการถวายเป็นความรู้สำหรับพระสงฆ์ โดยเฉพาะองค์ความรู้ด้านการใช้ยา เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้พระสงฆ์สามารถที่จะใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน แม้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ จะมีประสิทธิภาพดี แต่ยังไม่พบข้อมูลการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยาต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาในพระสงฆ์ ซึ่งจำพรรษาอยู่ในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

## วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Materials)

### สิ่ง แ ท ร ก แ ช ง (Interventions)

ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม<sup>12</sup> ระยะเวลา 3 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม แนะนำกิจกรรม วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ แจกคู่มือพื้นฐานการใช้ยา และแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (30 นาที)

ขั้นที่ 2 ขั้นจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 12 – 14 รูป เวียนไปตามฐานการเรียนรู้ 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 การบริหารยา ฐานที่ 2 การอ่านฉลากยา ฐานที่ 3 การเก็บรักษายา และการตรวจสอบลักษณะของยาที่เสื่อมคุณภาพ และฐานที่ 4 การปฏิบัติตัว เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในแต่ละฐานกลุ่มตัวอย่างจะได้รับฟังการบรรยาย

การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยน  
ความเห็น ใช้เวลาฐานละ 30 นาที (120 นาที)

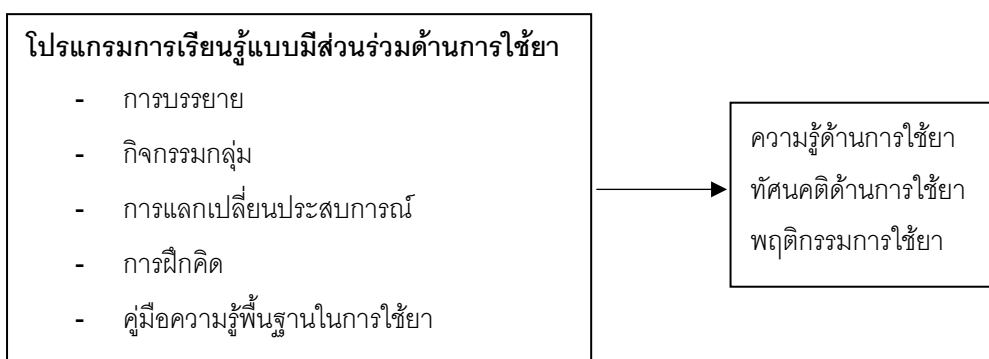
ขั้นที่ 3 ขั้นสรุปผล เมื่อทำกิจกรรม  
เสร็จสิ้น ตัวแทนแต่ละกลุ่มต้องสรุปประเด็น  
สำคัญของการใช้ยาแต่ละฐานที่ได้เรียนรู้ โดย  
มีผู้วิจัยคอยเสริมประเด็นสำคัญที่ยังไม่  
ครบถ้วน (60 นาที)

2. **คู่มือพื้นฐานในการใช้ยา** เป็น  
เอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการใช้ยาที่  
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ใน  
การทบทวนความรู้ตนเอง เนื้อหา

ประกอบด้วย ความหมายของยา จุดมุ่งหมาย  
ของยารักษาโรค การบริหารยา การอ่าน  
ฉลากยา การเก็บรักษายา ลักษณะของยาที่  
เสื่อมคุณภาพ และอาการไม่พึงประสงค์จาก  
การใช้ยา

### วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ  
กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง  
(One-group pre-and-post-test study) โดย  
มีกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงในรูปที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**  
ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พระสงฆ์ซึ่ง  
จำพรรษาอยู่ในวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง  
จังหวัดพะเยา จำนวน 395 รูป โดยมีเกณฑ์  
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

(1) อายุ 20 – 60 ปี

(2) บวชเป็นพระสงฆ์มาแล้วอย่าง  
น้อย 1 พรรษา และไม่มีกำหนดการลาสิกขา  
ใน 1 ปีต่อจากวันที่เก็บข้อมูล

(3) รับประทานยาเป็นประจำ หรือมี  
โรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย  
ยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน คำนวณขนาด  
กลุ่มตัวอย่างตามสมการ<sup>18</sup> ดังต่อไปนี้

$$N = \left[ \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_R)\sigma}{\Delta} \right]^2$$

กำหนดค่า  $\Delta$  และค่า  $\sigma$  โดยอ้างอิงจากการศึกษาของวุฒิชัย จริยา และคณะ<sup>19</sup> กำหนดระดับนัยสำคัญที่  $p < 0.05$  ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน และผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 55 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (The index of Item Objective Congruence; IOC) มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แล้วแต่กรณี โดยแบบสอบถามที่ผ่านการประเมินความตรงและความเที่ยงประกอบด้วย 4 ตอน จำนวน 57 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านการใช้ยา จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเป็นปรนัย 4 ตัวเลือก หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (น้อยที่สุด=1; 2=น้อย; 3=เฉยๆ 4=มาก; 5=ถึงมากที่สุด)

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (1=ไม่เคยปฏิบัติ; 2=ปฏิบัติบางครั้ง และ 3=ปฏิบัติเป็นประจำ)

ค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ของแบบสอบถามตอนที่ 2 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.843, 0.704 และ 0.655 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**  
การดำเนินงานวิจัยใช้เวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยการวัดระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้โปรแกรม การเรียนรู้การจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา และการวัดระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการใช้ยาหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการจัดโปรแกรมการเรียนรู้

และหลังการจัดการเรียนรู้สัปดาห์ที่ 1 และ 10

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การใช้ยา โดยใช้การทดสอบ Paired t-test และ Repeated measure ANOV กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ค่า  $p < 0.05$

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา หนังสือรับรองเลขที่ 2/136/60 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของ

การศึกษาและให้กลุ่มตัวอย่างที่ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อน

### ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 รูปมีอายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 40.48 (13.24) ปี ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10.0 ปี ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.9) เป็นนักรรรมชั้นเอก (ร้อยละ 86.5) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 48.1) และเข้ารับการรักษากรองพยาบาลเป็นหลัก (ร้อยละ 75.0) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52)

| ข้อมูลส่วนบุคคล              | จำนวน (รูป)                              | ร้อยละ |
|------------------------------|------------------------------------------|--------|
| 1. อายุ (ปี)                 | ค่าเฉลี่ย 40.5 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.24 |        |
| 2. จำนวนพรรษา (พรรษา)        | ค่ามัธยฐาน 10.00 (IQR 16.50)             |        |
| 3. ระดับการศึกษาทางโลก       |                                          |        |
| - ต่ำกว่าปริญญา              | 13                                       | 25.0   |
| - ปริญญาตรี                  | 27                                       | 51.9   |
| - ปริญญาโท                   | 12                                       | 23.1   |
| 4. ระดับการศึกษาทางธรรม      |                                          |        |
| แผนกธรรม                     |                                          |        |
| นักรรรมชั้นตรี โท และต่ำกว่า | 7                                        | 13.5   |
| นักรรรมชั้นเอก               | 45                                       | 86.5   |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=52) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล             | จำนวน (รูป) | ร้อยละ |
|-----------------------------|-------------|--------|
| <b>แผนกบาลี</b>             |             |        |
| ประโยค 1 - 9                | 6           | 11.5   |
| ไม่ได้เบรียญธรรม            | 46          | 88.5   |
| <b>5. โรคประจำตัว</b>       |             |        |
| - โรคความดันโลหิตสูง        | 25          | 30.1   |
| - โรคเบาหวาน                | 17          | 20.5   |
| - โรคไขมันในเลือดผิดปกติ    | 17          | 20.5   |
| - โรคอื่น ๆ                 | 24          | 46.2   |
| <b>6. แหล่งที่มาของยา</b>   |             |        |
| - ซื้อยารับประทานเอง/ร้านยา | 21          | 33.9   |
| - สถานบริการสุขภาพ          | 39          | 62.9   |
| - คนในครอบครัว/คนรู้จัก     | 2           | 3.2    |

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาก่อนการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ วิธีการใช้ยาซึ่งฝังป้ายตา (จำนวน 27, ร้อยละ 51.9) อาการแพ้ยา (จำนวน 25, ร้อยละ 48.1) และการเก็บรักษายาตามรูปแบบยา (จำนวน 24, ร้อยละ 46.2) ตามลำดับ ด้านทัศนคติพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเก็บรักษา ยา การตรวจสอบลักษณะของยาที่เสื่อมคุณภาพ และการอ่านฉลากยาที่ใช้เป็นประจำมีคะแนนน้อยที่สุดตามลำดับ และด้านพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการไม่พึง

ประสงค์ การอ่านฉลากยา และการหยุดรับประทานยาด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดตามลำดับ

ผลการจัดการโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา (ตารางที่ 2) พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้



แบบมีส่วนร่วมระหว่างสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติในสัปดาห์ที่ 10 เพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างของค่าเฉลี่ย = 2.68;  $p < 0.05$ ) แต่ทั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาในสัปดาห์ที่ 10 ลดลงจากสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผลต่างของค่าเฉลี่ย = -1.48;  $p < 0.05$ )

ภายหลังเข้ารับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นทั้งในมิติของวิธีการบริหารยา การอ่านฉลากยา การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการเก็บรักษายา สำหรับพฤติกรรมการใช้ยาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตนในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมขึ้น เช่น ไม่ปรับขนาดยาด้วยตนเอง อ่านฉลากยาก่อนการใช้ยาทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการแกะเม็ดยาออกจากแผงยาหรือซองยาเดิมที่ได้รับจากสถานพยาบาล เป็นต้น

**ตารางที่ 2** ผลการจัดการโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยา

| ผลลัพธ์การศึกษา<br>(คะแนนเต็ม)    | ก่อน<br>การศึกษา | หลังการศึกษา  |            |               |                    |
|-----------------------------------|------------------|---------------|------------|---------------|--------------------|
|                                   |                  | สัปดาห์ที่ 1  |            | สัปดาห์ที่ 10 |                    |
|                                   |                  | X (SD)        | $\Delta X$ | X (SD)        | $\Delta X$         |
| 1. ความรู้ (20 คะแนน)             | 11.4 (2.7)       | 14.5<br>(3.3) | 3.14*      | 14.7<br>(2.8) | 3.35*              |
|                                   |                  |               |            |               | 0.21               |
| 2. ทัศนคติ (75 คะแนน)             | 53.9 (7.4)       | 59.2<br>(8.0) | 5.34*      | 61.9<br>(5.3) | 8.02*              |
|                                   |                  |               |            |               | 2.68 <sup>†</sup>  |
| 3. พฤติกรรมการใช้ยา<br>(30 คะแนน) | 16.4 (5.7)       | 20.7<br>(3.6) | 4.33*      | 19.2<br>(3.6) | 2.85*              |
|                                   |                  |               |            |               | -1.48 <sup>†</sup> |

X = ค่าเฉลี่ย; SD = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน;  $\Delta X$  = ผลต่างของค่าเฉลี่ย

\*นัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เปรียบเทียบกับก่อนการศึกษา

<sup>†</sup>นัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$  เปรียบเทียบกับผลการศึกษาสัปดาห์ที่ 1

## วิจารณ์ (Discussions)

### 1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้าที่ศึกษาในผู้ใช้แรงงาน<sup>13</sup> ผู้สูงอายุ<sup>15,20</sup> และอาสาสมัครสาธารณสุข<sup>21</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น ตอบสนองต่อการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดความเข้าใจ และสามารถจดจำความรู้ได้<sup>22</sup>

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ ที่สามารถทำให้มีความคงทนของความรู้ที่ได้รับขณะที่การศึกษาของวิทยา เจียมเจือจันทร์ และคณะ<sup>13</sup> กลับพบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ด้านการ อักเสบ ชนิด ไม่ใช่สเตียรอยด์ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนลดลงเล็กน้อย เมื่อเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้สามารถที่จะรักษาระดับความรู้ไว้ได้นั้น อาจจะเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคู่มือพื้นฐานการใช้ยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนเนื้อหาความรู้ด้านการใช้ยาได้ทุกเมื่อ

### 2. ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาของพระสงฆ์ภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมการสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 10 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ในกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนั้น ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายกรณีศึกษาได้เต็มที่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนากระบวนการตัดสินใจ สร้างความตระหนัก และนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีซึ่งตรงกับแนวทางการพัฒนาเจตคติของกรมสุขภาพจิต<sup>12</sup> ที่มุ่งเน้นประสบการณ์ด้านความรู้สึของผู้เรียนให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ และสร้างข้อสรุปด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร วิริยะพันธ์ และคณะ<sup>14</sup> ที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เพิ่มขึ้นภายหลังการศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของรุจิเรศ วงศ์เล็ก<sup>23</sup> ที่พบว่าภายหลังที่แกนนำชุมชนเข้ารับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีระดับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

### 3. ด้านพฤติกรรมการใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า เช่น ผู้ใช้แรงงานมีพฤติกรรมการใช้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ดีขึ้น<sup>13</sup> ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น<sup>15</sup> และอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับดีถึงร้อยละ 100<sup>21</sup>

คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 10 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนสัปดาห์ที่ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิดา เจริญเชื้อจันทร์ และคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่า คะแนนด้านพฤติกรรมการใช้ยาลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้ เป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจขาดความใส่ใจในการปฏิบัติ หรือปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ทั้งนี้การละเลยการปฏิบัติมักเป็นพฤติกรรมการใช้ยาที่ต้องปฏิบัติซ้ำ ๆ เช่น การอ่านฉลากยาก่อนการรับประทานยา การตรวจดูวันหมดอายุ เนื่องจากเป็นยาที่ต้องรับประทานทุกวันเป็นประจำ และตัวยายังไม่หมดของและตัวยายังคงบรรจุในซองเดิมที่เคยอ่านฉลากแล้ว จึงไม่ได้อ่านฉลากยาและ

ดูวันหมดอายุซ้ำทุกครั้งก่อนรับประทานยา<sup>13</sup> จึงทำให้คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ลดลง

### ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

แม้การศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ แต่ยังคงมีข้อจำกัดอยู่บางประการ ได้แก่ (1) การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง จึงอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่จะกระทบต่อผลการศึกษา รวมไปถึงการสรุปและอ้างอิงผลการศึกษาได้ ฉะนั้นในการศึกษาถัดไป อาจจะต้องทำการศึกษาในลักษณะที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ (2) แม้ว่าการศึกษานี้ใช้เวลาในการทำศึกษานานกว่าการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้นี้ แต่การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงความคงทนของการเรียนรู้ หรือผลในระยะยาวของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอีกด้วย

### ข้อยุติ (Conclusions)

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการใช้ยามีผลเพิ่มระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาของพระสงฆ์ โดยโปรแกรมการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจถึงวิธีการดูแลเรื่องการใช้ยาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องต่อไปได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการอบรมเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาโดยประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้แก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Okano GJ, Malone DC, Billups SJ, Carter BL, Sintek CD, Covey D, et al. Reduced quality of life in veterans at risk for drug - related problems. *Pharmacotherapy* 2001; 21(9): 1123-1129.
2. Emst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain suffers. *Value Health* 2003; 6(1): 51-58.
3. Wuttisaksakul K. Factors related to health behaviors of monks in Fang district, Chiangmai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region* 2018; 24(1): 71-83.

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

พระสงฆ์มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย ผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการจัดการเรียนแบบมีส่วนร่วมที่ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้ยาในพระสงฆ์

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา คณะผู้วิจัยขอกราบนมัสการพระคุณเจ้าทุกรูปที่เข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นอย่างดียิ่ง

4. Wanichsuwan M. Health status of Buddhist monks in Amphoe Muenng, Changwat Samut Sakhon. *Journal of Health Sciences* 2008; 17: 879-904. [in Thai].
5. Sararuk M, Sangwalee W, Kampangsri W. Prevalence and factors associated with chronic illness of monks in Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchatani province. *J Sci Tech UBU* 2017;19(1): 38-49. [in Thai].
6. Palungrit S. Health status and health promoting strategy for Buddhist monk in Mung district, Pathumthani province. *Journal of Nursing and*

- Health Care** 2019; 37(2): 133-142. [in Thai].
7. Yotsombut K, Kasettrat N. Drug-related hospital admission of Buddhist monks. **Thai Pharm Health Sci J** 2010; 5(4): 324-332. [in Thai].
8. Suansanae T, Chotewirut N, Tanchaloemchai S, Peradhamanon P, Chindavijak B. The study of medication compliance of sick priests at outpatient department of priest hospital. **Thai Journal of Hospital Pharmacy** 2013; 23(2): 86-93. [in Thai].
9. Kittiyamedhi P, Subruangthong W, Sooksamran S. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. **Rajapark Journal** 2018; 12(25): 94-107. [in Thai].
10. Pra Kru Suvithanpatthanbandit, Daengharn T, Vapuchavitee S. Model development of monk's holistic health care in Khon Kaen province through the network participation. **Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen** 2015; 22(2): 117-129. [in Thai].
11. Leeyutthanont M, Uraiwan P, Kaewsakulthong J, Saetew P. Development of health education model for monks. **The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima** 2019; 25(2): 104-117. [in Thai].
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Helath. **Manual of participatory learning process**. 3<sup>rd</sup> edition. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Helath; 2003. [in Thai].
13. Jiemjuejun W, Kanjanawetang J, Hoontrakul D, Prachanban P. The effects of the participatory learning program on knowledge and health behaviors of using nsoids among labour. **Journal of Nursing and Health Sciences** 2011; 5(2): 34-44. [in Thai].
14. Viriyapan S, Wibuloutai J, Manasatitpong N. The effectiveness of participation learning program in village health volunteers to prepare the DOT watchers with pulmonary tuberculosis, Kum Kuan Kaew District, Yasothon province. **Research and Development Health System Journal** 2013; 6(2): 45-52. [in Thai].
15. Chuwong J, Kongsakul P. Effects of participatory learning on knowledge of hypertension and food consumption of hypertensive elderly patients in elderly club of amphur

- Muang, Trang province. **J Hlth Sci Res** 2012; 6(2): 30-37. [in Thai].
16. Vinijkul S, Suckchaisong N. Effects of a community participation program approach on the health promoting behavior and self - care behavior among chronic disease patients in community. **Kuakarun Journal of Nursing** 2013; 20(2): 84-99. [in Thai].
  17. Mahaweerawat U, Yangyuen S, Somdee T. Effective learning toward student center teaching program in family health course at faculty of Public Health, Mahasarakham University. **J Sci Technol MSU** 2012; 31(4): 393-399. [in Thai].
  18. Boonnuch C, Katesumpun Y, Udompunthuruk S, Pooliam J, Pollathep P. **Sample size in quantitative research**. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2011. [in Thai].
  19. Jariya W, Kuruchittham V. Effectiveness of participatory learning program on pesticide utilization among agriculturists in Srinakorn district, Sukhothai province. **J Health Res** 2018; 21(3): 215-218. [in Thai].
  20. Porsing S, Hansakul A. Effectiveness of learning programs knowledge and self- care behaviors in participatory learning to elderly' s Nongbuakhok sub- district, Chatturat district, Chaiyaphum province. **Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen** 2012; 19(1): 39-53. [in Thai].
  21. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj K, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer' s capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. **Thai L Cardio-Thorac Nurs** 2015; 26(1): 119-132. [in Thai].
  22. Tomey AM. Learning with cases. **J Contin Educ Nurs** 2003; 34(1): 34-38.
  23. Vonglek R. The effect of participatory learning on knowledge attitudes and practice of community leaders in prevention of dengue hemorrhagic fever of Klong-Cha-Nuan subdistrict, Weingsra district, Surat Thani province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2015; 3(2): 273-91. [in Thai].

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชในกลุ่มผู้เสพยาเสพติด

พูนรัตน์ ลียติกุล\*, รังสิยา วงศ์อุปปา\*

### บทคัดย่อ

ยาเสพติดที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบมากมาย ต่อร่างกายของผู้เสพ ต่อครอบครัว และสังคม การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มุ่งเน้นลักษณะทางประชากรและพฤติกรรม การเสพยาเสพติด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวช ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และเข้ารับการบำบัดในสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบจำแนกชั้นภูมิ สุ่มกระจุก ได้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการกลุ่มเป้าหมาย 1,035 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างร่วมกับการสังเกต และประวัติการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพการสมรส และการศึกษา ระหว่างผู้เสพเมทแอมเฟตามีนกับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนพบว่า อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ประสาทหลอน ซึมเศร้า และสับสน แตกต่างจากผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** ยาเสพติด, เมทแอมเฟตามีน, พฤติกรรมการเสพยา, อาการทางจิต

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

Corresponding Author: Poonrut Leyatikul email: poonrutlee@gmail.com

Received 07/04/2021

Revised 12/05/2021

Accepted 14/06/2021

## **FACTORS ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AMONG DRUG USERS**

*Poonrut Leyatikul\*, Rungsiya Wonguppa\**

### **ABSTRACT**

The illicit drug has many adverse effects on the user's body, family, and society. This cross-sectional survey study focused on demographic characteristics and drug abuse behavior, and associated psychological symptoms. In this study, Thai drug users with psychological symptoms and receiving treatment in government services nationwide were targeted. A stratified clustered sampling was carried out. One thousand thirty-five subjects who agreed to participate in the study were collected data through structured interviews with observation and treatment history. The data were analyzed by distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation, and chi-square test.

This study found statistically significant differences in sex, marital status, and education between methamphetamine users and other drug users. Psychological symptoms such as irritability, aggressiveness, hallucinations, persistent sadness, and acute psychomotor instability are statistically different between methamphetamine users and other drug users.

**Keywords:** Illicit drugs, Methamphetamine, drug use behavior, psychological symptoms

---

\* Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima



## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ยาเสพติดได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 1903<sup>1</sup> นโยบายยาเสพติดในประเทศไทยเป็นหนึ่งในข้อห้าม ในกรอบกระบวนการยุติธรรมทางอาญา แม้ว่ารัฐบาลจะควบคุมการแพร่ระบาดของยาเสพติด ผ่านพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 เน้นการเลิกเสพยาและห้ามใช้สารเสพติดทุกชนิด ยกเว้นแอลกอฮอล์และบุหรี่ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม ยาเสพติด พ.ศ. 2519 กำหนดแนวนโยบายการเลิกใช้ยาเสพติด ซึ่งกำหนดเป้าหมายการปลดอยาเสพติด และกำหนดข้อกำหนดในการลดการใช้ยาในทางที่ผิด รวมทั้งผลกระทบที่ตามมา นโยบายเหล่านี้ระบุว่า การใช้ยาที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ทั้งหมด เป็นสิ่งผิดกฎหมายมีโทษปรับ และจำคุก ยกเว้นสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ต้องการเข้ารับการบำบัด รักษาเท่านั้น<sup>2</sup> แม้ว่านโยบายด้านยาเสพติดจะเป็นวาระแห่งชาติ แต่จำนวนผู้เสพยาเสพติดในระบบทะเบียนกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>3</sup> เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (ATS) เป็นสารเสพติดที่แพร่ระบาดอย่างมากในภูมิภาคนี้<sup>4</sup>

เมทแอมเฟตามีน (เรียกอีกอย่างว่า ยาบ้า และไอซ์ ในประเทศไทย) เป็นยาเสพติดที่นิยมใช้กันทั่วโลก คาดว่ามีผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน

27 ล้านคน ทั่วโลก ในปี พ.ศ.2561<sup>5</sup> อนุพันธ์ของแอมเฟตามีน (รวมถึงเมทแอมเฟตามีน) เป็นสารกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง โดยทั่วไปนำเข้าสู่ร่างกายด้วยการสูดดม สูบ ชีด หรือรับประทานทางปาก<sup>6</sup> มักใช้ในการลดน้ำหนัก (เนื่องจากทำให้ลดอาการหิวอาหาร) เพิ่มความตื่นตัว ให้รู้สึกมีกำลังความแข็งแรงและมีสมาธิ ให้ความมั่นใจและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้ใช้เห็นประโยชน์ที่ช่วยเสริมการปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรมบางประเภท<sup>7</sup> โดยไม่สนใจอันตรายต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงอันตรายต่อผู้ครอบครอง

ในประเทศไทยคาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ใช้ยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในปีที่ผ่านมา 1.97 ล้านคน โดยร้อยละ 1.3 ของประชากร (0.65 ล้านคน) เป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด (ยาบ้า) ในปีที่ผ่านมา และอีกร้อยละ 0.7 ของประชากร (0.37 ล้านคน) เป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนชนิดเกล็ด (ไอซ์)<sup>8</sup> ประเทศไทยประสบปัญหาการไหลเข้ามาของยาเสพติดเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมทแอมเฟตามีนชนิดเม็ด ห้องปฏิบัติการของสถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. พบว่ายาบ้าไม่ใช่สารบริสุทธิ์ ประกอบด้วยเมทแอมเฟตามีน 15-25% คาเฟอีน 60-80% และสารอื่น ๆ อีกเล็กน้อย<sup>9</sup> การวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่าสารอื่น ๆ ภายในเม็ดยาบ้ามียาหลายสาร อาทิ เอฟีดรีน แอมเฟตามีน เฟนเทอร์มิน ไดเมทิล

แอมเฟตามีน คลอเฟนิรามีนมาเลเอต และอีโอฟิลลีน<sup>10</sup> ดังนั้นองค์ประกอบของเม็ดเมทแอมเฟตามีนและผลของยาจึงแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับผู้ผลิตเนื่องจากการใช้สารแตกต่างกันในเม็ดยา

การเสพยาเมทแอมเฟตามีนเป็นที่ทราบกันดีว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ในร่างกายและจิตใจ ทั้งผลลัพธ์ทางพฤติกรรมโดยตรง เช่น ความก้าวร้าวที่เพิ่มขึ้นการยับยั้งน้อยลงและความหงุดหงิด<sup>11,12</sup> อาการทางจิต เช่น พฤติกรรมหวาดระแวง/หลงผิดและเหตุการณ์ทางจิตประสาทที่มาพร้อมกับอาการภาพหลอน<sup>13-16</sup> และอาการทางกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นและความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ<sup>17-19</sup> นอกจากนี้การเสพยาเกินขนาด ยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน<sup>20</sup> สาเหตุการตายอื่น ๆ ที่ถูกระบุว่ามีสาเหตุโดยอ้อมเกี่ยวกับการใช้เมทแอมเฟตามีน ได้แก่ การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเฮซีไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งอาจติดเชื้อมาจากการเสพยาด้วยวิธีฉีดยา นอกจากนี้รายงานยาเสพติดโลกปี ค.ศ. 2018 พบว่า มีประชากรร้อยละ 1.2 ที่มีความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการใช้แอมเฟตามีนผิดแบบแผน<sup>21</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่า การเสพยาเมทแอมเฟตามีน อาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<sup>11</sup> ซึ่งอาจกระตุ้นให้ผู้เสพยาใช้ความรุนแรงต่อผู้อื่นหรือทำร้ายตนเอง เหตุการณ์ความรุนแรงเหล่านี้มักส่งผล

กระทบต่อครอบครัวของผู้เสพยาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิด ซึ่งพบได้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และแม้แต่พฤติกรรมความรุนแรง<sup>22</sup> อันที่จริง พฤติกรรมความรุนแรงเหล่านี้อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ มากมาย<sup>23</sup> ในประเทศไทย มีรายงานว่าผู้หญิงไทย 1 ใน 6 คน ต้องเผชิญกับพฤติกรรมความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาเสพติดของสมาชิกในครอบครัว หรือคู่สมรส<sup>24</sup>

รัฐบาลไทยประกาศให้ปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติมานานหลายปี ในปี พ.ศ. 2562 ผู้ใช้ยาในประเทศไทยกว่าร้อยละ 80 ที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในระบบของรัฐเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน<sup>3</sup> และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายเก่าเป็นจำนวนมาก ผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยสามารถเข้าถึงระบบการบำบัดรักษาได้โดยง่าย และมักมาจากระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจของสถานพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้เป็นผู้เสพยาเสพติดที่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐ ผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาการตรวจคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอาการทางจิตเพื่อลดผลกระทบทางสังคมและจิตใจของการใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจผลกระทบทางจิตและสังคมของการใช้เมทแอมเฟตามีนรวมถึงผลทางพฤติกรรมโดยตรง อาการทางจิตใจและร่างกาย และพฤติกรรมการแสดงอารมณ์รุนแรง

### วิธีการศึกษา (Method)

#### 1. วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey)

#### 2. ประชากรและตัวอย่าง

การศึกษานี้ มุ่งที่จะประเมินลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอาการทางจิตของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนที่อยู่ในระบบการบำบัดรักษาของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง 1,035 คน ที่เข้าร่วมในการศึกษาเป็นคนไทยที่อยู่ในระบบทะเบียนราษฎรในจังหวัดตัวอย่าง และเป็นผู้เสพยาเสพติดและมีอาการทางจิตที่เข้ารับการรักษาศูนย์บำบัดยาเสพติด/คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา ได้รับการสัมภาษณ์และสังเกตโดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกฝนร่วมกับนักวิจัย รวมทั้งการซักประวัติตรวจร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้เสพยาเสพติดและมีอาการทางจิตที่เข้ารับ

การรักษาที่คลินิกยาเสพติด/คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบจำแนกชั้นภูมิสุ่มกระจุก (Stratified cluster sampling) ประเทศไทยทั้งหมด 77 จังหวัด ถูกแบ่งชั้นภูมิออกเป็น 10 ภาค ตามพื้นที่ปฏิบัติงานของ ป.ป.ส. ประกอบด้วย 7-12 จังหวัดต่อภาค แต่ละภาคจะถูกสุ่มเลือก 1 จังหวัด<sup>25</sup> ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง กำหนดช่วงความเชื่อมั่นไว้ที่ร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 สัดส่วนผลลัพธ์ 0.4 ขนาดของประชากร 200,000 (ประมาณการจากรายงานก่อนหน้าเกี่ยวกับผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2561)<sup>26</sup> และค่า design effect 2.5 จึงต้องการขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่จำเป็นในการศึกษา 923 คน นอกจากนี้การศึกษานี้ คาดประมาณผู้ไม่สมัครใจร่วมในการศึกษาร้อยละ 20 ทำให้กำหนดเป้าหมายเป็นผู้เสพยาที่มีอาการทางจิต 1,154 ราย โดยจำนวนในแต่ละจังหวัดแปรผันตามขนาดผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในปี พ.ศ.2562 ในที่สุดผู้เสพยาที่มีอาการทางจิตสมัครใจร่วมในการศึกษาเพียง 1,035 รายเท่านั้น

#### 3. ผลลัพธ์

ผลลัพธ์ในการศึกษานี้ คือ อาการทางจิตและการใช้ความรุนแรงโดยผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน อาการผิดปกติมีลักษณะเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีนโดยตรงและรวมทั้งอาการทางจิตใจและ

ร่างกาย<sup>27</sup> ความรุนแรงมีลักษณะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงทางจิตใจ (ดูเหมือนทำให้ใครบางคนรู้สึกเป็นทุกข์ อับอายขายหน้า ดูแคลน และพฤติกรรมคุกคาม) ความรุนแรงทางร่างกาย (ทำร้ายร่างกาย ทำร้ายตัวของมีคม อาวุธ หรือสิ่งเทียมอาวุธ) และความรุนแรงทางเพศ (ความด้อยค่า อนาคต และข่มขืนกระทำชำเรา) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ลักษณะทางประชากรกับชนิดของยาเสพติด และการใช้ความรุนแรง

#### 4. เครื่องมือ

เครื่องมือเก็บข้อมูลในการศึกษานี้เป็นคำถามเฉพาะผู้เสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และการใช้ความรุนแรงในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงแนวทางจากรายงานคณะกรรมการยาของรัฐบาลกลางเยอรมัน<sup>27</sup> และสถาบันอาชีววิทยาแห่งออสเตรเลีย<sup>28</sup> ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร 5 ประเด็น (เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะการจ้างงาน และการศึกษา) พฤติกรรมการเสพยาเสพติด 4 ประเด็น (ระยะเวลาที่เสพ ความถี่ต่อวัน ปริมาณยาเสพติดที่เสพต่อครั้ง และการเสพยาเสพติดร่วม (polydrug) อาการผิดปกติ<sup>17</sup> อาการและการใช้ความรุนแรง

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เก็บข้อมูลด้วยการสังเกต สัมภาษณ์ การซักประวัติตรวจร่างกาย โดยนักวิจัยและบุคคลากรทางการแพทย์

ผู้ให้บริการ การเก็บข้อมูลดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ ไม่มีการบันทึกชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลอัตลักษณ์ส่วนบุคคลใด ๆ แต่จะถูกแทนที่ด้วยรหัสตัวเลข นอกจากนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ตามมาตรฐานการรักษาความลับ

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ นำเข้าฐานข้อมูลด้วยวิธีสอปทาน แก้ไขข้อมูลที่มีค่าผิดปกติ ค่าที่ขาดหายไป วิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยความถี่การกระจาย ค่าเฉลี่ย และไคสแควร์

#### 7. จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งดำเนินการภายใต้ปฏินญาเสดชิงกิ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งจากพ่อแม่/ผู้ปกครองของผู้เยาว์

### ผลการศึกษา (Results)

#### 1. ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมเสพยาเปรียบเทียบบระหว่างผู้เสพเมทแอมเฟตามีนและผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่นๆ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93 เป็นชาย ร้อยละ 80 เป็นผู้ใหญ่มาก (อายุ 25 ปีขึ้นไป) อายุ

เฉลี่ย 33.3 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.94  
ต่ำสุด 15 ปีสูงสุด 70 ปี) ร้อยละ 46.1 จบชั้น  
ประถมศึกษาและต่ำกว่า และร้อยละ 43.5  
ว่างงานและไม่ได้ประกอบอาชีพ (นักเรียน  
นักศึกษา แม่บ้าน เกษียณ นักบวช) ร้อยละ  
59.1 เสพยาเสพติดมานานกว่า 10 ปี  
(ค่าเฉลี่ย 14.3 ปี, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
8.62, พิสัย 0-39 ปี) ร้อยละ 70.4 เคยมี  
ประสบการณ์ใช้ความรุนแรงต่อบุคคลอื่น

ในช่วงชีวิต จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ  
74.8 เสพเมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดหลัก  
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผู้เสพเมทแอมเฟตามีน  
กับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ ตามลักษณะ  
ทางประชากรและพฤติกรรมเสพติด การทดสอบ  
ไคสแควร์แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมี  
นัยสำคัญในเรื่องเพศ สถานภาพการสมรส  
และการศึกษา

**ตารางที่ 1** ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมเสพติดเปรียบเทียบระหว่างผู้เสพเมทแอมเฟตามีน  
กับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

| ลักษณะทางประชากร      |                 | เมทแอมเฟตามีน<br>จำนวน (ร้อยละ) | ยาเสพติดอื่น<br>จำนวน (ร้อยละ) | รวม จำนวน<br>(ร้อยละ) | P-value  |
|-----------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------|
| เพศ                   | ชาย             | 702(90.7)                       | 261(100.0)                     | 963(93.0)             | 0.000*** |
|                       | หญิง            | 72(9.3)                         | 0(0.0)                         | 72(7.0)               |          |
| อายุ                  | ไม่เกิน 24 ปี   | 162(20.9)                       | 45(17.2)                       | 207(20.0)             | 0.198    |
|                       | 25 ปีขึ้นไป     | 612(79.1)                       | 216(82.8)                      | 828(80.0)             |          |
| สถานภาพ<br>สมรส       | โสด             | 468(60.5)                       | 189(72.4)                      | 657(63.5)             | 0.000*** |
|                       | คู่             | 306(39.5)                       | 72(27.6)                       | 378(36.5)             |          |
| การศึกษา              | ประถม           | 378(48.8)                       | 99(37.9)                       | 477(46.1)             | 0.002**  |
|                       | มัธยมและสูงกว่า | 396(51.2)                       | 162(62.1)                      | 558(53.9)             |          |
| สถานะการ<br>ทำงาน     | ว่างงาน         | 333(43.0)                       | 117(44.8)                      | 450(43.5)             | 0.611    |
|                       | ทำงาน           | 441(57.0)                       | 144(55.2)                      | 585(56.5)             |          |
| ระยะเวลา<br>ที่เสพติด | ไม่เกิน 10 ปี   | 324(41.9)                       | 99(37.9)                       | 423(40.9)             | 0.264    |
|                       | 11 ปีขึ้นไป     | 450(58.1)                       | 162(62.1)                      | 612(59.1)             |          |
| การใช้ความ<br>รุนแรง  | ไม่เคย          | 234(30.2)                       | 72(27.6)                       | 306(29.6)             | 0.248    |
|                       | เคย             | 540(69.8)                       | 189(72.4)                      | 729(70.4)             |          |

## 2. อาการผิดปกติเปรียบเทียบระหว่างผู้เสพเมทแอมเฟตามีนและผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

ผู้เข้าร่วมการศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.8) แสดงอาการผิดปกติบางอย่างอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงเดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 61.7 มีอาการหงุดหงิดขณะใช้ยา ในขณะที่ร้อยละ 55.7 มีอาการกระสับกระส่ายรู้สึกกระวนกระวายใจ ส่วนอาการทางจิตอื่น ๆ มีต่ำกว่าร้อยละ 40 ในแต่ละอาการ ประกอบด้วย ความยับยั้งชั่งใจ

ลดน้อยลง ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ภาพหลอน หลงผิด หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า สับสน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน และบกพร่องในการเรียนรู้ ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผู้เสพเมทแอมเฟตามีนกับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การทดสอบไคสแควร์ แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ภาพหลอน ซึมเศร้า และสับสนระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน

ตารางที่ 2 อาการผิดปกติเปรียบเทียบระหว่างผู้เสพเมทแอมเฟตามีนกับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

| อาการผิดปกติ                                | เมทแอมเฟตามีน<br>จำนวน (ร้อยละ) | ยาเสพติดอื่น<br>จำนวน (ร้อยละ) | รวม จำนวน<br>(ร้อยละ) | P-value  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------|
| ยับยั้งชั่งใจลดลง                           | 234(30.2)                       | 81(31.0)                       | 315(30.4)             | 0.808    |
| หงุดหงิด                                    | 414(53.5)                       | 225(86.2)                      | 639(61.7)             | 0.000*** |
| ก้าวร้าว                                    | 216(27.9)                       | 126(48.3)                      | 342(33.0)             | 0.000*** |
| หุนหันพลันแล่น                              | 207(26.7)                       | 72(27.6)                       | 279(27.0)             | 0.791    |
| กระสับกระส่าย                               | 432(55.8)                       | 144(55.2)                      | 576(55.7)             | 0.857    |
| ประสาทหลอน                                  | 261(33.7)                       | 108(41.4)                      | 369(35.7)             | 0.026*   |
| หลงผิด                                      | 252(32.6)                       | 90(34.5)                       | 342(33.0)             | 0.568    |
| หวาดกลัว                                    | 207(26.7)                       | 72(27.6)                       | 279(27.0)             | 0.791    |
| หวาดระแวง                                   | 261(33.7)                       | 99(37.9)                       | 360(34.8)             | 0.217    |
| เศร้าต่อเนื่อง                              | 180(23.3)                       | 117(44.8)                      | 297(28.7)             | 0.000*** |
| สับสน ความรู้สึกตัว<br>เปลี่ยนแปลงเฉียบพลัน | 135(17.4)                       | 18(6.9)                        | 153(14.8)             | 0.000*** |
| บกพร่องในการเรียนรู้                        | 306(39.5)                       | 108(41.2)                      | 414(40.0)             | 0.599    |

### 3. ลักษณะทางประชากรและพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรุนแรง

ในกลุ่มผู้เสพยาบ้าร้อยละ 90.7 เป็นชาย ร้อยละ 79.1 เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 48.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและร้อยละ 43.0 ว่างาน ร้อยละ 55.8 เสพยาบ้ามานานกว่าสิบปี ร้อยละ 69.8 เคยมีประสบการณ์ใช้ความรุนแรงต่อบุคคลอื่นในช่วงชีวิต ในขณะที่ร้อยละ 53.5 ใช้ความรุนแรงต่อบุคคลอื่นในช่วงเดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.4 ใช้ยาบ้าร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ในการเสพยาบ้าเดียวกัน (polydrug)

### วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย อาจไม่สอดคล้องกับรายงานยาเสพติดโลกประจำปี ค.ศ. 2018 ที่ระบุว่าผู้ใช้ยาเสพติดมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ต้องขังสตรีในคดียาเสพติดมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ต้องขังชาย สัดส่วนผู้ถูกคุมขังผู้หญิงในคดียาเสพติดต่อผู้ต้องขังหญิงทั้งหมดร้อยละ 35 ในขณะที่ผู้ถูกคุมขังชายในคดียาเสพติดต่อผู้ต้องขังชายทั้งหมดร้อยละ 19<sup>21</sup> การศึกษาอื่นพบว่าผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนหญิงเป็นที่แพร่หลายมากขึ้นทั้งในสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ทวีปยุโรปและทวีปเอเชีย<sup>29,30</sup> นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนหญิงในเอเชีย

ตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มมากขึ้น<sup>21</sup> จากผลการวิจัยนี้และการวิจัยอื่น ๆ ก่อนหน้านี้ แม้ยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน แต่ประเด็นสำคัญ คือ การมุ่งเน้นไปที่มาตรการแทรกแซงเพื่อลดการใช้เมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุพบว่า ใน การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญ แต่ข้อมูลทางสถิติและในการศึกษาอื่น ๆ พบว่า สถานการณ์การใช้เมทแอมเฟตามีนในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่นเดียวกับแนวโน้มทั่วโลก<sup>31</sup> ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าเยาวชนในภาคเหนือของมีการใช้ยาบ้าเกินขนาดเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมไปสู่สังคมเมืองที่ทันสมัย<sup>32</sup> ยิ่งไปกว่านั้นจากการสำรวจทางอินเทอร์เน็ต พบว่า เยาวชนใน กรุงเทพฯ ร้อยละ 55 มีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง (รวมถึงการถูกระทำทางอารมณ์ ทางร่างกาย หรือทางเพศ) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการใช้ความรุนแรงและปัญหา ยาเสพติด เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่<sup>33</sup> เมื่อพิจารณาถึงประเด็นการเสพยาเสพติดและการใช้ความรุนแรงจะเห็นว่า เยาวชนเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรให้ความสนใจ จึงควรสร้างนโยบายที่เหมาะสมสำหรับเยาวชน ซึ่งอาจบรรจุเป็นหลักสูตรในสถานศึกษา

ข้อมูลสถิติและการศึกษาวิจัยในประเทศไทย ยังพบว่าผู้เสพยาบ้ามีอาการแสดงที่

ไม่เพียงประสงค์อันเป็นผลมาจากการเสพยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวโน้มในต่างประเทศในรายงาน Global Smart Update ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ<sup>31</sup> นอกจากนี้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางกายภาพและอาการทางจิตทั้งหมดเป็นผลโดยตรงมาจากพฤติกรรมการเสพยาเสพติด<sup>34</sup> ซึ่งในการศึกษานี้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการเสพยาบ้าของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาก่อนหน้านี้ ระบุว่าการใช้เมทแอมเฟตามีน ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ แม้ว่าการใช้งานในระยะยาวจะมีผลกระทบมากกว่าก็ตาม<sup>28</sup> ดังนั้นมาตรการลดอันตรายสำหรับผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดผลกระทบในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เสพยาใหม่ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงอาการผิดปกติในอนาคตจากการเสพยาเสพติดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

นอกจากนี้การใช้ความรุนแรงของผู้เสพยาบ้ายังมีความสัมพันธ์กับความถี่ที่เสพยาสอดคล้องกับการวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนในความถี่สูงอาจทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงที่รุนแรงขึ้น<sup>11,12,16, 35-37</sup> แม้ในการศึกษานี้สถานภาพสมรสจะไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้ความรุนแรง การศึกษาอื่นในประเทศไทย พบว่า ผู้หญิงที่เข้าร่วมในการศึกษา

เกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ เมทแอมเฟตามีน มีเพียงร้อยละ 15 รายงานว่า มีประสบการณ์ความรุนแรงในครอบครัว<sup>24</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

การศึกษานี้พบว่า เพศ สถานภาพการสมรส และการศึกษา ระหว่างผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนกับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนพบว่า อาการหงุดหงิด ก้าวร้าว ประสาทหลอน ชีพเคร่า และสับสน แตกต่างจากผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดที่สำคัญคืออาการทางจิตเวชและการใช้ความรุนแรง ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดรักษาต่าง ๆ ทั้ง ค่ายบำบัด การบำบัดในชุมชน โปรแกรมการให้คำแนะนำและแทรกแซงแบบสั้น และโปรแกรมจิตสังคม จึงควรเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการใช้ความรุนแรง รวมทั้งการบำบัดรักษาอาการผิดปกติเพื่อลดพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงด้วย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ซึ่งรวมถึงการขาดกลุ่มตัวอย่างจาก “ประชากรซ่อนเร้น” ที่อยู่ในชุมชนแต่ไม่เข้าสู่ระบบการ



บำบัดรักษา เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดเฉพาะผู้ที่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาของรัฐเท่านั้น จึงอาจมีอคติจากการเลือกตัวอย่าง อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากการศึกษานี้เป็นร่องรอยสำคัญที่จะดำเนินการศึกษาต่อไป โดยเฉพาะการศึกษาค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองผู้เสพยาเสพติดที่มีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการของโรคไปสู่อาการทางจิตเวชและการใช้ความรุนแรงต่อคนรอบข้างและผลกระทบต่อสังคม

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Fine Art Department. **The Sam Duang Act**. Bangkok: Veteran Organisation Publishing; 1978. [in Thai]
2. Kanato M, Nunun W, Momen K. **Thailand Drug Policies**. Khon Kaen: ISAN; 2010. [in Thai].
3. ONCB. **Treatment statistics among drug users in Thailand**. Bangkok: Prevention and Development Bureau, Office of Narcotic Control Board. [unpublished statistics]; 2020.
4. Farrell M, Marsden J, Ali R, Ling W. Methamphetamine: drug use and psychoses becomes a major public health issue in the Asia Pacific region. **Addiction** 2002; 97(7): 771-772.

#### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเสพยาเสพติดก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ในร่างกายและจิตใจ การศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนกับผู้เสพยาเสพติดชนิดอื่น ๆ และพบว่ามีอาการทางจิตเวชแตกต่างกัน

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สำนักงาน ป.ป.ส. ที่สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

- Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
9. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C. **ASEAN drug monitoring report 2016**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2017.
10. Matapatara W, Nuangsai P, Theeraratanabhandhu W, Manlin A. Analysis of the Composition of Amphetamine Tablets, Fiscal Years 2007- 2013. **Journal of Health Sciences** 2016; 25( 3) : 519- 528. [in Thai].
11. Carney T, Myers B, Kline TL, Johnson K, Wechsberg WM. Aggressive behavior among drug-using women from Cape Town, South Africa: ethnicity, heavy alcohol use, methamphetamine, and intimate partner violence. **BMC women's health** 2017; 17(1): 1-7.
12. Wicomb R, Jacobs L, Ebrahim N, Rensburg M, Macharia M. Illicit drug use and violence in acute psychosis among acute adult admissions at a South African psychiatric hospital. **African health sciences** 2018; 18(1): 132-136.
13. McKetin R, Voce A, Burns R, Ali R, Lubman DI, Baker AL, et al. Latent psychotic symptom profiles amongst people who use methamphetamine: what do they tell us about existing diagnostic categories?. **Front Psychiatry** 2018; 9: 1-8.
14. Wearne TA, Cornish JL. A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: a review of positive, negative, and cognitive symptomatology. **Frontiers in psychiatry** 2018; 9: 1-21.
15. Voce A, McKetin R, Burns R, Castle D, Calabria B. The relationship between illicit amphetamine use and psychiatric symptom profiles in schizophrenia and affective psychoses. **Psychiatry research** 2018; 265: 19-24.
16. Perry AN, Ortiz RJ, Hernandez KR, Cushing BS. Effects of methamphetamine on alloparental behavior in male and female prairie voles. **Physiology & behavior** 2019; 203: 128-134.
17. Isoardi KZ, Ayles SF, Harris K, Finch CJ, Page CB. Methamphetamine presentations to an emergency department: Management and complications. **Emergency Medicine Australasia** 2019; 31(4): 593-599.
18. Fowler J, Fiani B, Quadri SA, Cortez V, Frooqui M, Zafar A, et al. Impact of

- Methamphetamine Abuse: A Rare Case of Rapid Cerebral Aneurysm Growth with Review of Literature. **Case Rep Neurol Med** 2018; 2018: 1-5.
19. Bazmi E, Mousavi F, Giahchin L, Mokhtari T, Behnoush B. Cardiovascular complications of acute amphetamine abuse: a cross-sectional study. **Sultan Qaboos University Medical Journal** 2017; 17(1); 31-37.
  20. GBD 2016 SDG Collaborators. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet** 2017; 390(10100):1423-1459.
  21. UNODC. **World Drug Report 2018**. United Nations publication; 2018.
  22. Kalokhe AS, Potdar RR, Stephenson R, Dunkle KL, Paranjape A, Del Rio C, et al. How well does the World Health Organization definition of domestic violence work for India?. **PLoS One** 2015; 10(3): 1-16.
  23. Child Welfare Information Gateway. **Definitions of domestic violence**. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Washington [online] 2018 [cited Jan 18, 2021]. Available from: <https://www.childwelfare.gov/topics/systemwide/laws-policies/statutes/defdomvio/>.
  24. Chuemchit M, Chernkwanma S, Rugkua R, Daengthern L, Abdullakasim P, Wieringa SE. Prevalence of intimate partner violence in Thailand. **Journal of family violence** 2018; 33(5): 315-323.
  25. Ahmed S. **Methods in Sample Surveys** [online] 2009 [cited Jan 18, 2021] Available from <http://ocw.jhsph.edu/courses/StatMethodsForSampleSurveys/PDFs/Lecture2.pdf>.
  26. Kanato M, Choomwattana C, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN drug monitoring report 2018**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2019.
  27. Drug Commissioner of the German Federal Government. **S3 Practice guideline methamphetamine-related disorders** [online] 2016 [cited Jan 18, 2021]. Available from: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/s3-gl-methamphetamine-related-disorders-long.pdf>.

28. National Drug Research Institute of the Australian Institute of Criminology. **National amphetamine-type stimulant strategy background paper. Monograph no. 69.** [online] 2007 [cited Jan 18, 2021]. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/read/22206335/national-amphetamine-type-stimulant-strategy-background-paper>.
29. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. **Methamphetamine continues to dominate synthetic drug markets** [online] 2018 [cited Jan 18, 2021] Available from: [https://www.unodc.org/documents/scientific/Glob al\\_Smart\\_Update\\_20\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/scientific/Glob al_Smart_Update_20_web.pdf)
30. Dluzen DE, Liu B. Gender differences in methamphetamine use and responses: a review. **Gender medicine** 2008; 5(1): 24-35.
31. Loza O, Ramos R, Ferreira-Pinto J, Hernandez MT, Villalobos SA. A qualitative exploration of perceived gender differences in methamphetamine use among women who use methamphetamine on the Mexico-US border. **Journal of Ethnicity in Substance Abuse** 2016; 15(4): 405-424.
32. Cohen A. Crazy for Ya Ba: methamphetamine use among northern Thai youth. **International Journal of Drug Policy** 2014; 25(4): 776-782.
33. Swangpun K, Kanato M, Leyatikul P. The risk of drug abuse among preschool students in Phuket, Thailand. **Iranian journal of public health** 2019; 48(3): 451-457.
34. Leyatikul P, Wonguppa R. Methamphetamine Abuse Undesirable Effects. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(4): 561-74. [in Thai].
35. London ED, Kohno M, Morales AM, Ballard ME. Chronic methamphetamine abuse and corticostriatal deficits revealed by neuroimaging. **Brain research** 2015; 1628: 174-185.
36. Leslie EM, Smirnov A, Cherney A, Wells H, Legosz M, Kemp R, et al. Predictors of aggressive behavior while under the influence of illicit drugs among young adult methamphetamine users. **Substance use & misuse** 2018; 53(14), 2439-2443.
37. Allerton M, Blake W. The "Party drug" crystal methamphetamine: a risk factor for the acquisition of HIV. **The Permanente Journal** 2008; 12(1): 56-58.

# ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ชุตিকাญณ์ ฉัตรรุ่ง\*, เรวดี โพธิ์รัง\*, สุพรรณิ เปี้ยวณาลาว\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และใบงานการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (Reflective practice) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีค่าสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการสะท้อนคิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสภาพ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การวิเคราะห์ปัญหาเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการทำงานเป็นทีม

**คำสำคัญ:** สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, สมรรถนะทางการพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Corresponding author: Chutikarn Chatrung Email: chutikarn@snc.ac.th

Received 20/04/2021

Revised 21/05/2021

Accepted 21/06/2021

## **THE RESULTS OF TEACHING AND LEARNING MANAGEMENT USING A SIMULATION-BASED LEARNING BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SUPHANBURI**

*Chutikarn Chatrung\*, Rewadee Phorang\*, Supanee Peawnalaw\**

### **ABSTRACT**

The objective of the research was to study the results of learning management by using a simulation in the nursing courses on the nursing competency in nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. The research instruments consisted of 1) experimental tools such as instructional using a realistic simulation 2) the data collection tools were the nursing competency assessment questionnaire for nursing students and reflective practice worksheets. The statistics used for data analysis were descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The results of the research showed that nursing competency for post- study students using a virtual simulation of the sample group was significantly higher than before the study at the .05 level. The reflection results were found that students learn about the assessment of the patient's condition, holistic nursing practice skills, analysis of patient problems when symptoms change, including teamwork.

**Keywords:** Simulation-based learning, Competency of graduate nursing, Nursing students

---

\* Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Suphanburi, Thailand

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจัดเป็นการศึกษาวิชาชีพเฉพาะ มุ่งเน้นให้นักศึกษามีความรู้ และสมรรถนะทางการพยาบาล การจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วยภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพจะทำให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในภาคทฤษฎีอย่างลึกซึ้ง ได้พัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมทั้งการฝึกทักษะต่างๆ จนมีความชำนาญส่งผลให้การเรียนรู้ภาคปฏิบัติมีประสิทธิภาพ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ แก่ผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากการบริการพยาบาล

การประกอบวิชาชีพพยาบาล เป็นการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งสภาการพยาบาล กำหนดให้ผู้ที่จบการศึกษาต้องขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับต่าง ๆ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อให้การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีศักยภาพในการพัฒนานตนเอง และพัฒนา งานอย่างต่อเนื่อง ตามประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2552 กำหนดสมรรถนะกลาง

ของพยาบาลวิชาชีพ 8 ด้าน<sup>1</sup> เพื่อให้สอดคล้องกับสภาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จึงได้กำหนดสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์แต่ละชั้นปี เพื่อให้บรรลุมาตรฐานการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้ง 6 ด้าน โดยกำหนดสมรรถนะของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ไว้ทั้งหมด 10 ด้าน<sup>2</sup>

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้ออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น การสอนด้วยกรณีศึกษา การสอนแบบร่วมมือ การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิก และการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง พบว่า ผู้เรียนยังคงมีการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ได้พอใช้ ขาดการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง ปฏิบัติทักษะการพยาบาลที่จำเป็นไม่ครอบคลุม ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลล่าช้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้จัดเป็นสมรรถนะทางการพยาบาลที่จะนำไปสู่การเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีลักษณะเสมือนจริงในหอผู้ป่วย

สามารถทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ ทักษะ การนึกคิด การตัดสินใจทางคลินิก ตลอดจนการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม รวมทั้งยังช่วยให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาคิดวิจารณ์ญาณ การแก้ปัญหาทางการพยาบาล การสะท้อนคิด และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น<sup>3-5</sup> ช่วยเพิ่มสมรรถนะทางคลินิกให้แก่ นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ภายใต้สถานการณ์ที่กำหนด ลดความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลก่อนปฏิบัติจริงในการเรียนภาคปฏิบัติ<sup>6</sup> จึงเป็นวิธีการเรียน เพื่อเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมก่อน ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง<sup>7</sup> นอกจากนี้ ผลจากการสะท้อนคิดของนักศึกษาขณะเรียน พบว่า นักศึกษาเกิดความสุขกับการเรียน มีการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจที่เร็วขึ้น รวมถึงต้องตระหนักในความรู้ของตนเองที่ต้องพัฒนา<sup>8,9</sup> และเมื่อสะท้อนถึงประสบการณ์จากการสอนโดยใช้ SBL ทำให้นักศึกษาสามารถถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ สรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่<sup>10</sup> ส่งผลให้สามารถจดจำได้นานจนเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL สามารถส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ ความมั่นใจ และทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น<sup>3-5</sup> แต่ไม่พบการศึกษา

ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ต่อสมรรถนะทางการพยาบาล การศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ต่อสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จึงน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ นักศึกษาบรรลุสมรรถนะทางการพยาบาลตามที่กำหนดไว้

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ต่อสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

### วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (Materials)

1. การเตรียมผู้สอน คณะผู้วิจัยดำเนินการสอนด้วยตนเอง จัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ใจหายสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และแบบประเมิน ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2

2. จัดให้นักศึกษาเรียนเนื้อหาและศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์และหัวข้อการพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค

3. ภายหลังจากนักศึกษาเรียนในหัวข้อที่กำหนด ผู้สอนแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย กลุ่มย่อยที่ 1-6



และกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มย่อยที่ 7-12 จัดเวลาเรียน โดยใช้ SBL จำนวน 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาในการเรียนการสอน 3 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เข้าเรียนตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนด 60 นาที (กลุ่มละ 20 นาที) Debrief 120 นาที (กลุ่มละ 40 นาที) โดยกลุ่มย่อยที่ 1-6 เข้าเรียนโดยใช้ SBL หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์ โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และกลุ่มย่อยที่ 7-12 เข้าเรียนโดยใช้ SBL หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และนักศึกษาที่ไม่เข้าปฏิบัติในสถานการณ์เป็นผู้เรียนสังเกตการณ์

ครั้งที่ 2 เข้าเรียนตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนด 60 นาที (กลุ่มละ 20 นาที) Debrief 120 นาที (กลุ่มละ 40 นาที) โดยกลุ่มย่อยที่ 7-12 เข้าเรียนโดยใช้ SBL หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์และเพศสัมพันธ์ โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และกลุ่มย่อยที่ 1-6 เข้าเรียนโดยใช้ SBL หัวข้อการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค โดยนักศึกษา 3 กลุ่ม เข้าปฏิบัติในสถานการณ์ กลุ่มละ 4 คน และ

นักศึกษาที่ไม่เข้าปฏิบัติในสถานการณ์เป็นผู้เรียนสังเกตการณ์

### วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pretest – posttest Design)

#### ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 23 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 125 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Gibb's Model<sup>11</sup> ได้แก่ คู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประกอบด้วยสมรรถนะทางการพยาบาล 5 ด้าน จำนวน 28 ข้อ โดยให้เลือกตอบตาม

การรับรู้ของแต่ละบุคคล มีระดับการเลือกตอบที่ตรงกับพฤติกรรมการแสดงออกถึงสมรรถนะทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น

2) ใบงานการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (Reflective practice) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการสะท้อนคิดของ Gibb's Model<sup>11</sup> โดยให้นักศึกษาสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง แล้วเขียนสะท้อนคิดเหตุการณ์/สถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย

#### **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI)

คู่มือการจัดการเรียนการสอน ใจหายสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แบบประเมินสถานการณ์ แบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล และใบงานการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (Reflective practice) ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนโดยใช้ SBL จำนวน 3 ท่าน เพื่อนำปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ ซึ่งแบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม (Questionnaires) ไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 2 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความ

เชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

#### **การรวบรวมข้อมูล**

1. ระยะก่อนการทดลองรายละเอียด ดังนี้

- เตรียมนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการจัดกิจกรรม บทบาทของผู้เรียนในวิธีการเรียนการสอนโดยใช้ SBL และขออนุญาตในการเข้าร่วมวิจัย แบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็น 12 กลุ่ม เพื่อเรียนตามโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนด

- เตรียมสถานที่ โดยจัดสภาพห้องเรียน วัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม และเชื้ออำนวยในการสอน

- ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ก่อนการทดลอง (Pretest)

2. ระยะดำเนินการทดลอง คณะผู้วิจัยจัดการเรียนรู้ตามคู่มือการจัดการเรียนการสอน โดยแต่ละกลุ่มใช้ระยะเวลาในการสอนเท่ากัน ระยะหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ซึ่งเป็นชุดเดียวกับแบบสอบถามก่อนการทดลอง และกลุ่มตัวอย่างทุกคนสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามใบงานการสะท้อนคิดการปฏิบัติ (Reflective practice)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสูพรรณบุรี เลขที่ 027/2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และการถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลรายบุคคลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย วิเคราะห์

ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

### ผลการศึกษา (Results)

1. คะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตพบว่า คะแนนของสมรรถนะทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างก่อนเรียนและหลังเรียนมีค่าเฉลี่ย 3.13 และ 3.27 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเรียน พบว่าสมรรถนะทางการพยาบาลหลังเรียนโดยใช้ SBL ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเรียนโดยใช้ SBL (n = 125)

| หัวข้อสมรรถนะ                                                                                                          | ก่อนเรียน |      | หลังเรียน |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|-----------|------|
|                                                                                                                        | mean      | S.D. | mean      | S.D. |
| 1. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทีมงาน                                                                                    | 3.19      | .59  | 3.36      | .61  |
| 2. สมรรถนะด้านการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตนเองและวิชาชีพ                                                    | 2.90      | .62  | 3.09      | .65  |
| 3. สมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพบุคคลกลุ่มคน และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ                                                       | 3.02      | .64  | 3.16      | .65  |
| 4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลคนไข้แบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ | 3.24      | .56  | 3.32      | .62  |
| 5. สมรรถนะด้านการมีจรรยาบรรณวิชาชีพ                                                                                    | 3.23      | .61  | 3.39      | .63  |
| รวม                                                                                                                    | 3.13      | .50  | 3.27      | .54  |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบสมรรถนะทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเรียน  
โดยใช้ SBL (n = 125)

| หัวข้อสมรรถนะ                                                                                                          | 95% CI interval |             | t           | p          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-------------|------------|
|                                                                                                                        | Lower bound     | Upper bound |             |            |
| 1. สมรรถนะด้านการบริหารจัดการทีมงาน                                                                                    | -.31            | -.03        | 2.45        | .02        |
| 2. สมรรถนะด้านการคิดตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตนเองและวิชาชีพ                                                    | -.35            | -.03        | 2.41        | .02        |
| 3. สมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ                                                      | -.30            | .02         | 1.80        | .08        |
| 4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ | -.23            | .06         | 1.11        | .27        |
| 5. สมรรถนะด้านการมีจรรยาบรรณวิชาชีพ                                                                                    | -.31            | .00         | 1.95        | .05        |
| <b>รวม</b>                                                                                                             | <b>-.27</b>     | <b>-.02</b> | <b>2.29</b> | <b>.02</b> |

### วิจารณ์ (Discussions)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ต่อสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทางการพยาบาลโดยรวมดีขึ้นหลังจากเรียนโดยใช้ SBL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานแสดงว่าการเรียนโดยใช้ SBL สามารถส่งเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลตามระดับชั้นปี เนื่องจากการเรียนโดยใช้ SBL ทำให้ผู้เรียนเห็นปัญหาที่เปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องตามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม จนอาการรุนแรง และอาการดีขึ้น ตามลำดับ รวมถึงสถานการณ์สามารถหยุด หรือทำซ้ำได้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถรวบรวมข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ ตัดสินใจในการแก้ปัญหาสุขภาพ ปฏิบัติการพยาบาลตามโจทย์สถานการณ์ ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ และทราบบทบาทหน้าที่ของตน มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การเรียนรู้โดยใช้ SBL ช่วยให้ผู้เรียนทราบบทบาทหน้าที่ของทีมการพยาบาล และเพิ่มพูนทักษะการทำงานเป็นทีม<sup>12</sup>

นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะในสมรรถนะตามวัตถุประสงค์ที่ผู้สอนกำหนดดังที่นักศึกษาสะท้อนคิดว่า สิ่งที่พวกเขาทำได้ดี คือ การทำงานเป็นทีม การติดตามอาการผู้ป่วย สอบถามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคปร<sup>13</sup> กล่าวว่าการเรียนเป็นกระบวนการโดยผู้เรียนจะสร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านประสบการณ์ที่ได้สัมผัส หรือรับรู้โดยตรง จากการซึมซับและสกัดสิ่งที่เรียนรู้ได้ ภายหลังปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสร็จสิ้นลง ผู้เรียนจะได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลายๆ สถานการณ์ช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น<sup>14</sup> ขั้นตอนของการสรุปเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง<sup>15</sup> เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์จุดเด่น จุดบกพร่อง และสิ่งที่ต้องปรับปรุง ให้ดีขึ้นได้ ซึ่งนักศึกษาได้ใช้กระบวนการคิดผ่านการสรุปผลการเรียนรู้หลังสิ้นสุดการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองโดยการบรรยายความรู้สึก ความคิดเห็นต่าง ๆ การวิเคราะห์สถานการณ์ถึงสิ่งที่ทำได้ สิ่งที่ต้องปรับปรุง หรือทำให้ดียิ่งขึ้น การใช้กระบวนการพยาบาล เชื่อมโยงทฤษฎีกับประสบการณ์ แล้วสรุปเป็นแนวคิดเพื่อนำไปใช้ในอนาคต สอดคล้องกับงานวิจัยที่

ผ่านมา พบว่า การเรียนโดยใช้ SBL ร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิด นักศึกษาสามารถสะท้อนถึงจุดเด่นและจุดบกพร่องที่ตนปฏิบัติได้ และยังบอกแนวทางการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้ ส่งผลให้นักศึกษามีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง<sup>16</sup> มีความฉลาดทางอารมณ์ทำให้รู้ ยอมรับและควบคุมตนเองได้<sup>17</sup>

ดังนั้น นักศึกษาจึงสามารถกำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมือน หรือ คล้ายคลึงกับสถานการณ์ที่กำหนดได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถพัฒนาสมรรถนะทางคลินิก ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ<sup>10</sup> บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ช่วยส่งเสริมความซื่อสัตย์ ด้านความรู้ โดยเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยและการพยาบาล ด้านทักษะทางปัญญาช่วยพัฒนาการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและอาการแสดงของผู้ป่วย และการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ช่วยให้ผู้เรียนทราบบทบาทหน้าที่ของทีมการพยาบาล ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยเพิ่มพูนทักษะการคำนวณ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ช่วยเสริมสร้างทักษะการปฏิบัติการพยาบาล<sup>12</sup>

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าสมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพบุคคล กลุ่มคน และชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพ และสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน อาจเนื่องจากการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในชั้นตอนการปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นสถานการณ์ที่อยู่ในระยะวิกฤต หรือฉุกเฉิน นักศึกษาจึงได้สะท้อนคิดไว้ว่า พวกเขารู้สึกตื่นเต้น กลัว กัดดันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รู้สึกตกใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่พวกเขาคิดว่ามันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา บทบาทในการวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยไม่รู้ต้องปฏิบัติช่วงไหน จึงอาจทำให้อ่อนและหลังเรียนนักศึกษาที่มีสมรรถนะด้านการฟื้นฟูไม่มีความแตกต่างกัน และในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์แบบองค์รวมด้วยความเอื้ออาทร ยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมตามจรรยาบรรณวิชาชีพ นักศึกษามีความรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์จำลองที่ให้การพยาบาลกับหุ่นไม่ได้ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยจริง อาจเนื่องจากข้อจำกัดของกลไกของหุ่นจำลองที่ใช้ไม่สามารถแสดงออกได้เหมือนผู้ป่วยจริงทุกด้าน ดังที่นักศึกษาได้สอบถามก่อนเรียนว่า “หุ่นทำอะไรได้บ้าง” “เหมือนคนทุกอย่างไหมคะ”

จึงทำให้สมรรถนะด้านนี้ก่อนและหลังเรียนด้วยสถานการณ์จำลองไม่แตกต่างกัน

### ข้อยุติ (Conclusions)

คะแนนสมรรถนะทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า คะแนนของสมรรถนะทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียน (3.27) สูงกว่าก่อนเรียน (3.13) และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการเรียน พบว่า สมรรถนะทางการพยาบาลหลังเรียนโดยใช้ SBL ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงครอบคลุมรายวิชาทางการพยาบาล ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ถึง 4
2. ควรศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL ต่อสมรรถนะทางการพยาบาลและผลลัพธ์การเรียนรู้ตลอดหลักสูตร

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การเรียนการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ในปัจจุบันยังพบว่าสมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษายังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ การศึกษานี้พบว่าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) ทำให้สมรรถนะทางการพยาบาลของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Nursing Council. Announcement of Core Competencies of Graduates with Bachelor's, Master's, Doctorate Degree in Nursing. Advanced nursing training course at a certificate level and received a certificate / letter of approval showing specific knowledge in nursing and midwifery and nursing, specialized in nursing 2018 [online] 2018 [cited 2019 Sep 19]. Available from:<https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
2. Boromarajonani Collage of Nursing, Suphanburi. Student Handbook. Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. Suphanburi: Boromarajonani Collage of Nursing, Suphanburi; 2017. [in Thai].
3. Jeffries PR. A framework for design, implement, and evaluation simulation used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect* 2005; 26(2): 96-103.
4. Kanhadilok S, Punsumreung T. Simulation Based Learning: Design for Nursing Education. *Journal of Nursing and Education* 2016; 9(1): 1-14. [in Thai].
5. Yeepaloh M, Ruangroengkulrit P, Thongjan J, Suwan K, Chailiewsak K. Effects of Simulation Based Learning to Enhance Critical Thinking of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Yala. *Nursing Public Health and Education Journal* 2017; 18(3): 128-134. [in Thai].
6. Praboromarajchanok Institute. A handbook of learning management using a simulation from a virtual human puppet. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute; 2016. [in Thai].
7. Norkaeo D. Simulation Based Learning For Nursing Education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015; 31(3): 112-122. [in Thai].
8. Onsri P, Chaleoykitti S. Nursing Learning Provision for Happiness:

- Role of Teacher and Learners. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2013; 14 (1): 8-16. [In Thai].
9. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. **Journal of the Royal Thai Army Nurses** 2017; 18(1): 29-38. [in Thai].
  10. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effect of high fidelity simulation based learning on knowledge satisfaction and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. ( research paper) . Saraburi: Boromarajonani College of Nursing, Saraburi; 2016. [in Thai].
  11. Gibbs, G. Gibbs Reflective Cycle by Graham Gibbs: Gibb' s Model. [Online] 1988 [cited 2019 Aug 30]. Available from: <https://www.toolshero.com/management/gibbs-reflective-cycle-graham-gibbs/>
  12. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Kiatseesakil J. Effect of simulation-Based Learning Model for Nursing Practicum Preparedness for Patients with Congestive Heart failure on Students' satisfaction and Self-Confidence in Learning of the Third Year Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. **Journal of health and nursing research** 2019; 35(2): 224-234. [in Thai].
  13. Kolb AY, Kolb DA. Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. **Academy of Management Learning & Education. Creative Education** 2005; 5(10): 193-212.
  14. Suwannakeeree W, Jullmusi O, Tangkawanich T. Simulation- Based Learning Management for Nursing Students. **Journal of Nursing Science Chulalongkorn University** 2016; 28(2): 1-14. (in Thai)
  15. Waxman KT. The development of evidence- based clinical simulation scenario: Guidelines for nurse educators. **Journal of Nursing Education** 2010; 49(1): 29-35.
  16. Phrompayak D, sattayawong W, Rattana-Umpa J, Hamtanon P. The Effect of Using Simulation Based Learning and Reflective Thinking Skill Promoting on Nursing Students' Reflective Thinking Behavior and Clinical Decision- Making Abilities. **The Journal of Boromarajonani**



- College of Nursing, Nakhonrachasima  
2019; 25(2): 57-71. [in Thai].
17. Nuchutham W. Emotional quotient of  
nursing students, faculty of nursing,  
Chiaig Rai College. Community  
Health Development Quarterly Khon  
Kaen University 2016; 4(4):505-519.  
[in Thai].



# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

## 1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาทบทวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง และคำแนะนำ สำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่ระบุ, \*น่าสนใจ (\*of interest), และ \*\*น่าสนใจเป็นพิเศษ (\*\*of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกกลุ่มของเอกสารอ้างอิง ในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (18.2 ซม X 25.7 ซม.) (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

## 2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ต้องประกอบด้วยส่วนสำคัญอย่างน้อย 2 ส่วน คือ Target population และ Outcome of interest ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (Author) ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 ใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุคำนำหน้า ชื่อ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน เรียงตามลำดับสัดส่วนในการศึกษาวิจัยจากมากไปน้อย

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้สนับสนุนปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น (Institution) ให้ใส่เครื่องหมาย \* ไว้ท้ายชื่อ แล้วขยายความไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 ชื่อผู้เขียน (Corresponding author) ให้ระบุ email ไว้ท้ายบทคัดย่อภาษาไทย ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา (Funding agency) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ เป็นเนื้อความย่อ ตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale) เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดปัญหา การทบทวนองค์ความรู้อย่างย่อ การดำเนินการที่ผ่านมา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย/ช่องว่างขององค์ความรู้ (gap of knowledge) เพื่อแก้ปัญหาหรือ ตอบคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

2.6.1 วัสดุที่ใช้ในการศึกษา (materials) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งแทรกแซง (intervention) เช่น หลักสูตร โปรแกรม ตัวแบบ รูปแบบการรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ เป็นต้น รวมถึงแต่กระบวนการได้มา/พัฒนา การดำเนินการ/หัตถการ (manoeuvre) หรือการจัดกระทำต่อกลุ่มเป้าหมาย (manipulation) เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ เป็นต้น ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นสิ่งใหม่ ให้อธิบายกระบวนการพัฒนา และคุณลักษณะของสิ่งแทรกแซงโดยละเอียดให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ รวมทั้งการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา

2.6.2 วิธีการศึกษา (methods) ประกอบด้วย

- แบบการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment เป็นต้น

- ประชากรศึกษา (population) ให้ระบุขอบเขต เกณฑ์ในการคัดเลือก (eligibility criteria) รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของประชากรที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น การเข้าถึงประชากรศึกษา ต้องบอกถึงการขอคำยินยอม และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

- ตัวอย่าง (samples) ให้ระบุวิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) ความคลาดเคลื่อน วิธีการสุ่มตัวอย่าง (sampling) เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น

- การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบสอบถาม แบบบันทึก เป็นต้น รวมทั้งมาตรฐานของเครื่องมือ ความถูกต้อง (validity) ความน่าเชื่อถือ (reliability)

- วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ/ปริมาณ ให้ชัดเจนและกระชับ

- วิธีการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

2.7 ผลการศึกษา (Results) นำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์ ลำดับหัวข้ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย ควรบรรยายเนื้อเรื่องเป็นร้อยแก้ว ใช้ตาราง แผนภูมิ ภาพ หรือกล่องข้อความประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

2.8 วิจารณ์ (Discussions) เน้นไปที่ ความถูกต้องภายใน (internal validity) และความถูกต้องภายนอก (external validity) ด้วยการวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้น หรือข้อมูลที่มีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

2.9 ข้อยุติ (Conclusions) สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์ และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge) ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย (what is already known?) และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการศึกษาวิจัย (what this study added?)

2.12 เอกสารอ้างอิง (References) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตาราง หรือภาพ หรือแผนภูมิ หรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

3.1 ตาราง (Tables) เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับ เพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts) ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น ควรเป็น file ภาพต้นฉบับที่มีความละเอียดสูง

3.3 กล่องข้อความ (Box) ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาวแต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ”
- ต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”
- แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้อง อยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

### 4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลังหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แผนนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.gov/tsd/serials/liji.html>

เอกสารอ้างอิงในวารสาร ต้องเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภท white paper และ gray paper เท่านั้น ประกอบด้วย

- 4.1 บทความในวารสารวิชาการ
- 4.2 หนังสือ/ตำรา
- 4.3 รายงาน/เอกสารเผยแพร่ของทางราชการ
- 4.4 รายงานการวิจัยที่เผยแพร่ต่อสาธารณะ
- 4.5 วิทยานิพนธ์
- 4.6 สารทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา ได้

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

## 5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

5.1 การเสนอบทความเพื่อขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ ให้สอบถาม/เสนอบทความที่กองบรรณาธิการ E-mail: [chdkku2560@gmail.com](mailto:chdkku2560@gmail.com)

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะส่งบทความให้บรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่ามีเนื้อหาและมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำเข้าสู่กระบวนการรับพิจารณา หากบรรณาธิการเห็นว่ามีเนื้อหาอยู่ในขอบเขตของวารสารและมีคุณภาพเพียงพอ เจ้าหน้าที่จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้ดำเนินการตามขั้นตอน peers review และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์ ต่อไป

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

5.2 สถานะบทความ การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION PROCESS (ตรวจสอบคุณลักษณะ ความครบถ้วน/ถูกต้อง)

5.2.2 บทความต้นฉบับอยู่ระหว่างกระบวนการ REVIEW (การพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ)

5.2.3 บทความต้นฉบับที่ได้รับการแก้ไข อยู่ระหว่างกระบวนการ COPYEDITING (จัดเตรียมต้นฉบับ)

5.2.4 บทความต้นฉบับได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ และอยู่ระหว่างกระบวนการ PUBLICATION ตีพิมพ์ในวารสารปีที่... ฉบับที่...

เมื่อบทความได้รับการตอบรับเพื่อตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์สามารถขอรับ หนังสือรับรองสถานะการตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้นิพนธ์รับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษร ในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Recieved, Revised, Accepted ด้านล่าง  
**หมายเหตุ** หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ข้างต้น ฝ่ายจัดการ ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์