

# วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563

**ชื่อหนังสือ** วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**เจ้าของ** ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
**ISSN** 2287-0075  
**พิมพ์ที่** บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)  
**ปีที่พิมพ์** พ.ศ. 2563

## 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 จินดาวงศ์

นายนิพิฐพนธ์ สีอุปลัด

นางสาวกรรณิการ์ สุขสนิท

แบบปก: เดชา ปาลมงคล

## สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนสุขภาพชุมชน

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) ภายนอกหน่วยงานของผู้นิพนธ์ จำนวน 2 ท่าน แบบ double-blinded โดยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์
- 3) บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีค่า processing fee แต่จะต้องชำระค่า page charge บทความละ 3,000 บาท
- 4) เนื้อหาในบทความที่ตีพิมพ์เป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์ กองบรรณาธิการวารสาร ไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอก เพื่อการพัฒนาด้านวิชาการ แต่ต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

## กองบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

### บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รศ.พญ. วรวิสา ลูวีระ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิมฺมสุนทร วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก  
ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
ดร. ชนิษฐา พูมา คณะทรัพยากรธรรมชาติและมหวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน  
วิทยาเขตสกลนคร  
ดร. ดวงใจ วิชัย คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ  
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น  
ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี  
ดร. นฎกร อิตุพร คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่  
ดร. นฤมล จันทร์มา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์  
ผศ.ดร. นันทวรรณ ทิพยเนตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ผศ. ธีรานุช วรโธสง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร  
ผศ.ดร. นุชรัตน์ มังคละศิริ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม  
ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ  
ผศ. พลากร สืบสำราญ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล  
ดร. ภัชชนก รัตน์กรปริดา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา  
นางรชยา ยิกุลสังข์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
ดร. ราณี วงศ์แดง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร. วรวุฒิ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรณมา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรพล หนูอ่อน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผศ.ดร. วรวัชร ขจรรัตนวิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร. อุมภาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลานันท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผศ. พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. สมเด็จพระ ก้วพิทักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร. วรพล หนูอ่อน	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ดร. ชนิษฐา สุناعราช	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
ดร. สุภัตรา สุขาวุฒ	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี
ผศ.ดร. สุณีรัตน์ ยั่งยืน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. วรวุฒิ ชมพูพาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร. ศิราณี ศรีหาภาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร. ประเสริฐ ประสมรัักษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสิยา วงศ์อุปปา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ดร.วรินทร์ทิพย์ ศรีกิ่งพลี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร. อุมภาพร เคนศิลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผศ.ดร. วรณมา ภาจำปา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร. สุภัทรญาณ ทองจิตร	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี
ดร. สุจิตตา ฤทธิมนตรี	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
ดร. สุกัญญา กาญจนบัตร	โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี



## บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 8 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2563 กองบรรณาธิการได้คัดเลือกบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และบทความที่น่าสนใจอื่น ๆ

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

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งได้จัดเจ้าหน้าที่ไว้อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



## สารบัญ

ผลของการรักษาด้วยยา Bosentan: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันโลหิตเฉลี่ยอดสูง ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	437
<i>สีหะพงษ์ เพชรรัตน์, ภัทรพงษ์ มกรเวส, อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์</i>	
การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานเกษตร	451
<i>นฤมล จันทร์มา, ไพฑูรย์ สอนทน, สุนิต สร้อยทอง</i>	
ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาอำเภอยางสีสุราชจังหวัดมหาสารคาม	461
<i>นิจพร สว่างไธสง, กำพร ดานา</i>	
ความต้องการจำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	475
<i>สุวัฒนา เกิดม่วง, ศักดิกร สุวรรณเจริญ, วสันต์ ปิ่นวิเศษ</i>	
การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาโก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	489
<i>ธิดารัตน์ สมดี, ประมวล พันธุ์คุ้มเก่า, พรรณิกา งามโพธิ์, สุณีรัตน์ ยั่งยืน, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์, สุพัตรา แก้วเมือง, ชัชชฎา มหาวีรวัฒน์</i>	



## สารบัญ (ต่อ)

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลคัตสรรแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา	501
<i>ภาคพร อินจันทร์, วรรณญา ไชยสาส์, สุภาพร แก้วโชติรุ่ง, ภัชชนก รัตนกรปริดา, วรพล หนูอ่อน</i>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม	519
<i>สวรรณค์ ธิติสุทธิ, วิลาวัลย์ ซาดา, วิภา ชูปวา, วิศิษฐ์ ทองคำ, เกษรา ปะติกาณัง, กานดา จงเทพ, สุชาติ สงหมื่นไวย</i>	
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ	531
<i>ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย, ณัฐภัสชญ์ นวลสีทอง</i>	
คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีในหอพัก : กรณีศึกษาในมหาวิทยาลัย คัตสรรแห่งหนึ่ง	545
<i>สโรชิน สมพงษ์พันธุ์</i>	
ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน	561
<i>พูนรัตน์ ลียะติกุล, รังสิยา วงศ์อุปปา</i>	



# ผลของการรักษาด้วยยา Bosentan: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สีหะพงษ์ เพชรรัตน์\*, ภัทรพงษ์ มกรเวส\*\*,  
อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง\*\*\*, แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์\*\*\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ประเมินผลของการใช้ยา Bosentan ในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 - มิถุนายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดมี จำนวน 33 ราย เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย  $23 \pm 0.8$  ปี อัตราส่วนเพศชายมากกว่าหญิง ไม่มีโรคร่วม พบว่า ภายหลังจากได้รับยา Bosentan ค่า Mean PAP by RHC ค่า PVR by RHC และ ค่า NT-proBNP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.4, 1.64 และ 642 (95% CI 7:12.5, 1.09:2.36, 313.8:809.15) ตามลำดับ นอกจากนี้ ค่า Cardiac index (CI) ค่าเฉลี่ย RV TAPSE by echo และค่า 6MWD เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.99, 5.64 และ 66.39 (95%CI 0.66:1.37, 4.75:6.54, 56.08: 76.71) ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ยา Bosentan ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสมรรถนะในการออกกำลังกาย การทำงานของหัวใจห้องล่างขวา การลดลงของค่าเฉลี่ยของความดันหลอดเลือดแดงปอด และความต้านทานของหลอดเลือดปอด

**คำสำคัญ:** ผลของการรักษา, โบเซนแทน (Bosentan), โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, ความดันหลอดเลือดปอดสูง

\* งานกุมารเวชศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\* งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\*\*\* หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author: seehapong phetcharat Email: johnypech9265@gmail.com

Received 14/07/2020

Revised 17/08/2020

Accepted 15/09/2020

## **EFFECT OF BOSENTAN TREATMENT: CASE STUDY AMONG PATIENTS WITH PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION ASSOCIATED WITH CONGENITAL HEART DISEASE IN QUEEN SIRIKIT HEART CENTER OF THE NORTHEAST**

*Seehapong Phetcharat\**, *Pattarapong Makarawate\*\**,  
*Ubonrat Toimamueang\*\*\**, *Kaewjai Thepsuthammarat\*\*\*\**

### **ABSTRACT**

The objective of this preliminary study was to evaluate the effects of Bosentan administration in patients with congenital heart disease with hypertension of the pulmonary artery between May 2015 - June 2020. This study found 33 subjects according to the specified criteria were mostly female, mean age  $23 \pm 0.8$  years. The male sex ratio was high. There had no associated disease. It was found that after receiving Bosentan, mean PAP by RHC, PVR by RHC and NT-pro BNP reduced statistically ( $p < .001$ ; mean: 9.4, 1.64, 642; 95% CI 7:12.5, 1.09:2.36, 313.8: 809.15) Respectively. In addition, the cardiac index (CI), mean RV TAPSE by echo and 6MWD increased statistically significance ( $p < 0.001$ ; mean = 0.99, 5.64, 66.39; 95% CI 0.66: 1.37, 4.75:6.54, 56.08:76.71), respectively. This study demonstrated that Bosentan significantly improved the therapeutic effect of both exercise performance and clinical efficacy. Improved right ventricular function, decreased in pulmonary arterial pressure and pulmonary vascular resistance.

**Keyword:** effect, bosentan treatment, congenital heart disease, pulmonary arterial hypertension

---

\* Pediatric cardiologist, Queen Sirikit Heart Center Northeast, Department of pediatrics Faculty of Medicine, Khon Kaen University

\*\* Associate Professor, Queen Sirikit Heart Center Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

\*\*\* Advanced Practice Nurse, Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

\*\*\*\* Biostatistician, Clinical Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (pulmonary artery hypertension: PAH) เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืดเป็นลม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มีความต้านทานของหลอดเลือดปอดสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการลดลงของความสามารถในการออกกำลังหัวใจซึ่งขวาวายส่งผลให้อายุขัยสั้นลง<sup>1,2</sup>

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease: CHD) ชนิดที่มีทางลัดการไหลของเลือดที่เรียกว่า systemic to pulmonary shunt เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะ PAH ในผู้ป่วย CHD<sup>3</sup> โดยที่ systemic to pulmonary shunt นี้ ทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณของเลือดไปปอดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดแดงปอดมีการปรับตัว เกิด endothelial dysfunction ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เมื่อการดำเนินโรคต่อไป จนถึงขั้นรุนแรงที่เรียกว่า Eisenmenger syndrome (ES) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วย CHD ทั้งหมด<sup>4</sup> ผู้ป่วย CHD ในผู้ใหญ่จะเกิด PAH ประมาณร้อยละ 5-10 มี functional capacity ที่แย่งลงซึ่งจะทำให้ อัตราตาย และการนอนโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้น 2 เท่า เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาถึง 3 เท่า และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงขึ้น

ในปัจจุบันแม้ว่าจะทำการผ่าตัด CHD ตั้งแต่ในวัยเด็ก สัดส่วนของ PAH-CHD นั้นไม่ได้ลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นเพราะผู้ป่วย CHD มีอายุยืนยาวขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นมักจะมี PAH ได้ มีการค้นพบยาลดความดันหลอดเลือดปอด คือ ยา Bosentan ซึ่งจะช่วยลดการเกิด morbidity ในผู้ป่วยกลุ่มนี้<sup>5</sup> มีรายงานพบว่า การใช้ยานี้ในระยะยาวจะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>6,7</sup> ความสามารถในการออกกำลังกายในช่วง 2 ปีแรก ไม่ลดลง<sup>8-12</sup> แต่ความสามารถในการออกกำลังกายนี้จะลดลงหลังจากได้รับยานานเกิน 2 ปี<sup>10,13</sup> จากหลักฐานงานวิจัยการใช้ยาดังกล่าวจึงได้นำยา Bosentan มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ซึ่งมีทั้ง CHD ชนิด moderate to severe pulmonary hypertension (MSPH) และชนิด Fontan with high PA Pressure (Fontan) ซึ่งผู้ป่วย CHD 2 ชนิดนี้มีพยาธิสภาพของโรคและพยาธิสรีรวิทยาที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน และ PAH ที่เกิดกับผู้ป่วย CHD ทั้ง 2 ชนิดนี้จะมีผลต่อการดำเนินโรคและอัตราการรอดชีวิตเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาประเมินผลการใช้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ที่มี PAH ที่ได้รับยา Bosentan ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาประเมินผลการใช้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ที่มี PAH ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ชนิด MSPH และ ชนิด Fontan ที่มี PAH ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### วิธีการศึกษา (Method)

เป็นการศึกษาเบื้องต้น โดยทำการเก็บ ข้อมูลผู้ป่วย (case study) ย้อนหลัง จากเวช ระเบียบผู้ป่วยตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2558 – เดือนมิถุนายน 2563 ติดตามจนถึงสิ้นสุด การศึกษาและหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วย CHD ชนิดเขียวและไม่เขียว ที่มีทางลัดของเลือดไปปอด (septal lesions) และมีการเพิ่มปริมาณของเลือดไปปอด
2. ผู้ป่วย CHD ที่มี PAH ตั้งแต่ระดับ ปานกลางขึ้นไป มีภาวะที่ความดันเฉลี่ย หลอดเลือดแดงปอดสูงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ขึ้นไป วินิจฉัยจาก การตรวจสวนหัวใจห้องขวา
3. ผู้ป่วยที่ผ่านการทำ pulmonary vasoreactivity test แล้ว อยู่ใน กลุ่ม responder PAH
4. ผู้ป่วย ใน กลุ่ม Eisenmenger syndrome (ES)
5. ผู้ป่วยที่มี WHO functional class ตั้งแต่ระดับ II ขึ้นไป
6. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยา pulmonary vasodilator drugs ตัวอื่นมาก่อน หน้า (background therapy) แต่มีอาการแย่ลง

(clinical worsening) จึงจำเป็นต้องได้รับยา ตัวที่สอง คือ ยา Bosentan เข้าไปรักษา เพิ่มเติม

7. เข้ารับการรักษาและหรือติดตาม การรักษาต่อเนื่องที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับ บกพร่อง ระดับ liver enzyme สูงผิดปกติค่า ALT และ AST มากกว่า 3 เท่าของค่าสูงสุด ปกติ หรือป่วยเป็นโรคตับชนิดใดชนิดหนึ่ง
2. ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง มีภาวะไตวาย
3. ผู้ป่วยที่กำลังได้รับยาที่มีรายงานว่า มีโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) กับยา Bosentan ได้
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหา left sided heart disease เช่น mitral valve inflow obstruction (mitral stenosis, cor triatriatum, supramitral valve membrane) เป็นต้น
5. ผู้ป่วย CHD ที่มีการตีบแคบบริเวณ ทางออกของหัวใจห้องล่างขวาและห้องล่าง ซ้าย
6. ผู้ป่วยหญิงที่กำลังตั้งครรภ์และ มารดาที่กำลังให้นมบุตร

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณจาก 6MWD จากการศึกษาที่ ผ่านมา<sup>14</sup> พบว่า ก่อนได้ยา Bosentan มี ค่าเฉลี่ย 6MWD 417 เมตร หลังได้ยา Bosentan มีค่าเฉลี่ย 6MWD สูงสุด 482 เมตร<sup>14</sup> โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ

=0.05 ดังนั้นค่าจุดตัดภายใต้โค้งปกติ  $Z_{\alpha/2} = 1.96$  และกำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 ( $\beta=0.2$ ;  $Z_{1-\beta} = 0.84$ ) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 22 ราย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้มีจำนวน 33 ราย

$$n = \frac{\sigma^2 (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_o - \mu_a)^2}$$

$$n = (108)^2 \frac{(1.96 + 0.84)^2}{(417 - 482)^2}$$

N = 22

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังในช่วงเวลาที่กำหนด พบว่า มีผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกทั้งหมดจำนวน 33 ราย ดังนั้นจึงทำการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลวิจัย (case record form) ซึ่งบันทึกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มได้ยา Bosentan ค่า Scr, Hb, Uric acid, Eisenmenger syndrome, Co - morbid, Underlying CHD, WHO functional class, Oxygen saturation, Cause of death, follow-up time และวัน/เดือน/ปีที่สิ้นสุดการรักษา และผลของการรักษาประเมินจากผลการตรวจสวนหัวใจ การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ และการประเมินผลก่อนและหลังได้รับยา Bosentan ซึ่งได้แก่ 6MWD, Mean PAp by RHC, PVR by RHC, CI

(cardiac index), NT-pro-BNP, และ TAPSE by Echo

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้ case record form ในช่วงเวลาที่กำหนด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม stata version 10 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ Anderson-Darling test /independent t-test/ Mann-Whitney test /chi-square test / Fisher's exact test paired t-test /signed rank test /linear regression และ median regression

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 631511 แบบบันทึกข้อมูลวิจัยใช้รหัสวิจัย ไม่มีการระบุเลขที่โรงพยาบาล และชื่อผู้ป่วยเก็บข้อมูลในตู้เก็บหลักฐานการวิจัยซึ่งอยู่ที่ปลอดภัยและเป็นความลับ

**ผลการศึกษา (Results)**

**ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เพศชาย**

16 ราย (ร้อยละ 48.48) เพศหญิง 17 ราย

(ร้อยละ 51.52) อายุเฉลี่ย  $34.82 \pm 20.26$  ปี ไม่มีโรคร่วม 24 ราย (ร้อยละ 72.73) ค่า median follow-up time 1 (1,3) เดือน functional class II มากที่สุด 25 ราย (ร้อยละ 75.76) ค่า median oxygen saturation 92 (85, 97) เปอร์เซ็นต์ ค่า median Serum Cr 0.7(0.6, 0.9) mg% ค่า median Hb 16.5 (15.9, 17.2) gm% ค่า median uric acid 6 (5.4, 6.9) mg% (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย CHD ชนิด MSPH มีจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 75.76) อายุเฉลี่ย  $42.2 \pm 17.26$  ปี อัตราส่วนเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน คือ เพศชาย 13 ราย (ร้อยละ 52) เพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 48) มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย 9 ราย (ร้อยละ 36) ค่า median follow-up time 1 (1,3) เดือน WHO functional class II เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ค่า median oxygen

saturation 95 (90, 98) เปอร์เซ็นต์ ค่า median Serum Cr 0.7 (0.6, 0.9) mg% ค่า median Hb 16.45 (15.9, 17.2) gm% ค่า median uric acid 6.5 (5.9, 7) mg% (ตารางที่ 1) ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย CHD ชนิด Fontan มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 24.24) อายุเฉลี่ย  $11.75 \pm 7.29$  ปี อัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชายเท่ากับ 2:1 ทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย ค่า median follow-up time 3(3,3) เดือน WHO functional class II เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ค่า median oxygen saturation 85 (76, 85) เปอร์เซ็นต์ ค่า median Serum Cr 0.6 (0.55, 0.9) mg% ค่า median Hb 16.75 (15.85, 17.25) gm% ค่า median uric acid 5.65 (4.6, 6) mg% (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	โดยรวม	ชนิดของภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง		p-value
		MSPH	Fontan	
โดยรวม จำนวน (ร้อยละ)	33	25 (75.76)	8 (24.24)	
age (ปี)				
Mean ± sd	34.82 ± 20.26	42.2 ± 17.26	11.75 ± 7.29	<.001 <sup>a</sup>
Gender				
ชาย จำนวน (ร้อยละ)	16 (48.48)	13(52)	3(37.5)	.688 <sup>c</sup>
หญิง จำนวน (ร้อยละ)	17 (51.52)	12(48)	5(62.5)	
follow-up time (month:เดือน)				
Median(P25, P75)	1 (1, 3)	1 (1, 2)	3 (3, 3)	.007 <sup>b</sup>
co-morbid				
Yes จำนวน (ร้อยละ)	9 (27.27)	9(36)	0(0)	.073 <sup>c</sup>
No จำนวน (ร้อยละ)	24 (72.73)	16(64)	8(100)	
NYHA functional class				
1 จำนวน (ร้อยละ)	5 (15.15)	2(8)	3(37.5)	.154 <sup>c</sup>
2 จำนวน (ร้อยละ)	25 (75.76)	20(80)	5(62.5)	
3 จำนวน (ร้อยละ)	3 (9.09)	3(12)	0(0)	
oxygen saturation (%)				
median(P25, P75)	92 (85, 97)	95(90, 98)	85(76, 85)	.004 <sup>b</sup>
serum creatine (cr) (mg%)				
median(P25, P75)	.7 (.6, .9)	.7(.6, .9)	.6(.55, .9)	.483 <sup>b</sup>
Hb (gm%)				
median(P25, P75)	16.5 (15.9, 17.2)	16.45(15.9, 17.2)	16.75(15.85, 17.25)	.528 <sup>b</sup>
uric acid (mg%)				
median(P25, P75)	6 (5.4, 6.9)	6.5(5.9, 7)	5.65(4.6, 6)	.058 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>independent t-test, <sup>b</sup>Mann-Whitney Test, <sup>c</sup>Fisher's exact test

MSPH = moderate-severe pulmonary hypertension

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย CHD ทั้ง 2 ชนิด หลังได้รับยา Bosentan ค่า Mean PAP by RHC (95%CI 7,12.5; p<.001) ค่า PVR by RHC (95%CI 1.09, 2.36; p<.001) และ ค่า NT-proBNP (95%CI 313.8, 809.15; p<

001) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามลำดับ ส่วน ค่า CI (95%CI -1.37, -0.66; p<.001) ค่าเฉลี่ย RV TAPSE (95%CI -6.54,-4.75 ; p<.001) และ 6MWD (95% CI -76.71,-56.08; p<.001) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติตามลำดับ (ตารางที่ 2) โดยพบว่าผู้ป่วย CHD ชนิด MSPH ค่าเฉลี่ย mean PA pressure ก่อนได้ยา=58.8 ± 20.53 mmHg หลังได้ยา= 46.61 ± 19.39 mmHg ค่า median PVR ก่อนได้ยา=6.85 (4.26, 10.47) mmHg.min/L หลังได้ยา=PVR 4.2 (3.02, 8.05) mmHg.min/L ค่า median CI ก่อนได้ยา=2.65 (2.25, 4.5) หลังได้ยา=4.18 (3.5, 5.82) L/min/m<sup>2</sup> ค่า median NT-proBNP ก่อนได้ยา=858 (373.9, 1431) pg/ml หลังได้ยา=252 (103.1, 445) pg/ml ค่า median RV TAPSE ก่อนได้ยา= 12.5 (11.25, 14.5) mm. หลังได้ยา=19.2 (15.6, 21.25) mm. ค่า median 6MWD ก่อนได้ยา=265 (240, 300) เมตร หลังได้ยา= 325 (310, 350) เมตร

(ตาราง ที่ 3) ส่วนผู้ป่วย CHD ชนิด Fontan ค่าเฉลี่ย mean PA pressure ก่อนได้ยา= 20.5 ± 6.85 mmHg หลังได้ยา=13.13 ± 3 mmHg ค่า median PVR ก่อนได้ยา= 1.91(1.26, 2.21) mmHg.min/L หลังได้ยา= 1.13 (.94, 1.15) mmHg.min/L ค่า median CI=5.58 (4.17, 5.80) L/min/m<sup>2</sup> หลังได้ยา= 5.98 (4.97, 6.2) L/min/m<sup>2</sup> ค่า median NT-proBNP ก่อนได้ยา=415 (277.5, 623.5) pg/ml หลังได้ยา=106 (102, 207.5) pg/ml ค่า median RV TAPSE ก่อนได้ยา=11.23 (10.37, 12.63) mm. หลังได้ยา=17.28 (13.45, 20.77) mm. ค่า median 6MWD ก่อนได้ยา=300 (287.5, 300) เมตร หลังได้ยา= 347.5 (337.5, 370) เมตร (ตาราง ที่ 3)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังได้รับยา Bosentan ในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (n=33)

ผลลัพธ์	ก่อนรักษา	หลังการรักษา	Difference	95%CI	p-value
<b>Mean PAp by RHC</b>					
Median(P25, P75)	50(26, 65)	38(17, 49)	9.4	7,12.5	<.001 <sup>b</sup>
<b>PVR by RHC</b>					
Median(P25, P75)	5.15(2.02, 9.85)	3.25(1.36, 6.8)	1.64	1.09, 2.36	<.001 <sup>b</sup>
<b>CI (cardiac index)</b>					
Median(P25, P75)	3.25(2.45, 5.34)	4.5(3.5, 6.05)	-0.99	-1.37, -0.66	<.001 <sup>b</sup>
<b>NT-pro-BNP</b>					
Median(P25, P75)	642(320, 1250)	199.7(102, 344.2)	497.8	313.8, 809.15	<.001 <sup>b</sup>
<b>RV TAPSE by Echo</b>					
Mean ± sd	13.35 ± 5.21	18.99 ± 6.07	-5.64 ± 2.51	-6.54 , -4.75	<.001 <sup>a</sup>
<b>Six-minute walk distance</b>					
(Mean ± sd)	273.91 ± 53.02	340.3 ± 48.84	-66.39 ± 29.08	-76.71,-56.08	<.001 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>pair t-test, <sup>b</sup> Wilcoxon signed-rank test

เนื่องจากลักษณะผู้ป่วย CHD ชนิด MSPH และ Fontan มีลักษณะพยาธิสภาพ ลักษณะทางคลินิกและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างการศึกษารั้งนี้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ( $p < .001$ ) follow-up time ( $p = .007$ ) และ oxygen saturation ( $p = .004$ ) ซึ่งอาจมีผลต่อผลการรักษาหลังได้รับยา Bosentan ได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาหลังการได้ยา

Bosentan พบว่ามีเพียง PVR เท่านั้นที่ให้ผลการรักษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .04$ ) (ตารางที่ 3) และเมื่อทดสอบด้วย linear regression และ median regression เพื่อควบคุมข้อมูลพื้นฐานที่ต่างกัน พบว่า หลังการได้รับยา Bosentan พบว่า ผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ชนิด ก่อน และ หลังได้รับยา Bosentan

ผลลัพธ์การ รักษา	ก่อนได้รับยา		หลังได้รับยา		Crude Change (95%CI)	p-value <sup>a</sup>	Adjusted Change (95%CI)	p-value <sup>b</sup>
	MSPH (n=33)	Fontan (n=8)	MSPH (n=33)	Fontan (n=33)				
<b>mean PAP by RHC</b>								
Mean $\pm$ sd	58.8 $\pm$ 20.53	20.5 $\pm$ 6.85	46.61 $\pm$ 19.39	13.13 $\pm$ 3	2 (-2, 9)	.264	4.27 (-11.32, 19.86)	.579
<b>PVR by RHC</b>								
Median	6.85	1.91	4.2	1.13	.88	.040	.57	.525
(P25, P75)	(4.26, 10.47)	(1.26, 2.21)	(3.02, 8.05)	(.94, 1.55)	(.01, 2.27)		(-1.25, 2.40)	
<b>CI(cardiac index)</b>								
Median	2.65	5.58	4.18	5.98	-.73	.059	-.08	.848
(P25, P75)	(2.25, 4.5)	(4.17, 5.81)	(3.5, 5.82)	(4.97, 6.2)	(-1.43, .040)		(-.95, .79)	
<b>NT-pro-BNP</b>								
Median	858	415	252	106	259.85	.130	149.72	.680
(P25, P75)	(373.9, 1431)	(277.5, 623.5)	(103.1, 445)	(102, 207.5)	(-52.5, 831.3)		(-587.13, 88657)	
<b>RV TAPSE by Echo</b>								
Median	12.5	11.23	19.2	17.28	.10	.737	.88	.759
(P25, P75)	(11.25, 14.5)	(10.37, 12.63)	(15.6, 21.25)	(13.45, 20.77)	(-1.9, 3)		(-4.93, 6.68)	
<b>Six-minute walk distance</b>								
Median	265	300	325	347.5	-20	.109	-21.63	.425
(P25, P75)	(240, 300)	(287.5, 300)	(310, 350)	(337.5, 370)	(-45, 5)		(-76.40, 33.14)	

<sup>a</sup> Mann-Whitney test, <sup>b</sup> median regression adjusted age , follow-up time , oxygen saturation

#### หมายเหตุ

- Mean PAP by RHC หมายถึง ค่าเฉลี่ยของความดันหลอดเลือดแดงปอด (mmHg)
- PVR by RHC หมายถึง ค่าความต้านทานหลอดเลือดปอด (mmHg.min/L)
- CI (cardiac index) หมายถึง อัตราการไหลของเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที ต่อพื้นที่ผิวของร่างกาย (L/min/m<sup>2</sup>)
- RV TAPSE หมายถึง ระยะทางที่ขอบของลิ้นหัวใจไตรคัสปิดส่วน lateral annulus เคลื่อนที่เข้าหา cardiac apex ในช่วงหัวใจบีบตัว (mm) หมายถึง ค่าที่บอกถึงการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา (mm)
- NT-proBNP หมายถึง ค่าผลตรวจ NT-proBNP ในเลือด (pg/ml) ซึ่งใช้ตรวจวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว
- 6 minute walk distance หมายถึง ระยะทางที่นักกายภาพบำบัดประเมินโดยให้ผู้ป่วยเดินเร็ว ๆ เป็นเวลา 6 นาที (เมตร)

#### วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา “BREATHE-5” trial ซึ่งเป็น multicentre, randomized, double - blind, placebo-controlled study ศึกษาในผู้ป่วย ES (ยกเว้น PDA, complex CHD) ที่ได้รับยา Bosentan จำนวน 54 ราย อายุมากกว่า 12 ปี ระยะเวลานาน 16 สัปดาห์ โดยมี primary efficacy endpoint คือ PVR ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้ยา Bosentan cardiopulmonary hemodynamic

ดีขึ้น คือ PVR ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (-472.0 dyne s cm<sup>-5</sup>;  $p=.0383$ ) ค่าเฉลี่ยของ mean PA pressure ลดลง 5.5 mmHg ( $p=.0363$ ) และเพิ่ม exercise capacity ถึง 53.1 เมตร ( $p=.0079$ ) และยังคงคล้องกับรายงานการวิจัยของ Diller et al. (2013)<sup>15</sup> ศึกษาในผู้ป่วย ES ที่ได้ยา Bosentan เป็น first line drug ระยะเวลาดิตตามการรักษาเฉลี่ย 3.3 ปี (0.2-8.9 ปี) พบว่า 6MWD เพิ่มขึ้น และเข้าสู่ระยะคงที่ประมาณ 3 ปี หลังจากได้รับยา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vis et al. (2013)<sup>14</sup> ศึกษาถึง long-term benefit effect ของ Bosentan ต่อ exercise capacity, quality of life ในผู้ป่วย ES จำนวน 64 ราย ระยะเวลานาน 6 เดือน พบว่า exercise capacity เพิ่มขึ้น (6MWD เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (+41 m;  $p=.002$ ) และผลการเพิ่ม exercise capacity นี้ยังคงมีผลอยู่ตลอดหลังการได้รับยาไปแล้ว 2.5 ปี ( $p=.003$ ) แต่ให้ผลขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็น non randomized trials พบว่า ประสิทธิภาพของยา Bosentan ในระยะยาวนั้นลดลง โดยเฉพาะหลังจากการใช้ยาตัวนี้ไปแล้ว 2 ปี มักไม่ได้ผล<sup>11,12,16</sup>

ถึงแม้พยาธิสภาพของผู้ป่วย CHD ที่มีภาวะ PAH ทั้ง 2 ชนิด จะแตกต่างกันทั้งพยาธิสภาพและพยาธิสรีระวิทยาก็ตาม แต่ภายหลังจากการได้รับยา Bosentan ผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง PVR เท่านั้นที่ให้ผลการ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.04$ ) แต่เมื่อควบคุมข้อมูลพื้นฐานที่ต่างกันด้วย linear regression และ median regression พบว่า ผลการรักษาหลังการได้รับยา Bosentan ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าการรักษาผู้ป่วย CHD ที่มีภาวะ PAH ทั้ง 2 ชนิดด้วยยา Bosentan ให้ผลเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การให้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ทั้ง 2 ชนิด จะทำให้ลดความต้านทานหลอดเลือดปอด ส่งผลชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ ES ในผู้ป่วย CHD ชนิด MSPH ช่วยยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคที่แย่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีอายุยืนยาวมากขึ้น ส่วนในผู้ป่วย CHD ชนิด Fontan นั้นยา Bosentan มีผลขยายหลอดเลือดแดงปอดโดยตรงทำให้ PVR ลดลง ดังนั้นจึงสามารถให้ยาตัวนี้ในผู้ป่วย CHD ชนิด Fontan ที่มี PAH ไม่เกิน 18 mmHg เพื่อป้องกันการไหลเวียนโลหิตในวงจร Fontan นี้ล้มเหลว

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการให้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ที่มี PAH ช่วยทำให้ความต้านทานและความดันหลอดเลือดแดงปอดที่สูงลดลง ทำให้ cardiac index (CI) เพิ่มขึ้น และเพิ่ม exercise capacity อีกด้วย การให้ยา Bosentan ในผู้ป่วย CHD ทั้งชนิด MSPH

และชนิด Fontan ที่มี PAH ก็ให้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า การใช้ Bosentan รักษาภาวะ PAH ในผู้ป่วย CHD ทั้งชนิดเกิดผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นจึงควรใช้ยา Bosentan ในการรักษาภาวะ PAH ในผู้ป่วย CHD ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในเรื่องอัตราการรอดชีพ และประสิทธิภาพความคุ้มค่าในการให้ยา Bosentan การรักษาภาวะ PAH ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางการรักษาและมีนโยบายรองรับเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ดียิ่งขึ้นต่อไป

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การให้ยา Bosentan ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงทั้งชนิดที่มีทางลัดของเลือดไปปอดที่มี moderate-severe pulmonary hypertension และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระดับแรงดันของอากาศ (Fontan with high pulmonary arterial pressure) ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น โดยหลังได้รับยาพบว่า PAp by RHC , PVR by RHC, cardiac index, RV TAPSE, NT-pro BNP และ 6MWD ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัว

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จากผู้บริหารและทีมงาน คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ  
มา ณ ที่นี้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Galie N, Hoeper MM, Humbert M, Torbicki A, Vachiery JL, Barbera JA, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European heart journal* 2009; 30(20): 2493-2537.
2. Daliento L, Somerville J, Presbitero P, Menti L, Brach-Prever S, Rizzoli G, et al. Eisenmenger syndrome. Factors relating to deterioration and death. *European heart journal* 1998; 19(12): 1845-1855.
3. Hw F, Loscalzo J. Pulmonary arterial hypertension. *N Engl J Med* 2004; 351: 1655-1665.
4. Duffels MG, Engelfriet PM, Berger RM, van Loon RL, Hoendermis E, Vriend JW, et al. Pulmonary arterial hypertension in congenital heart disease: an epidemiologic perspective from a Dutch registry. *International journal of cardiology* 2007; 120(2): 198-204.
5. Galiè N, Beghetti M, Gatzoulis MA, Granton J, Berger RM, Lauer A, et al. Bosentan Randomized Trial of Endothelin Antagonist Therapy - 5 (BREATHE-5) Investigators. Bosentan therapy in patients with Eisenmenger syndrome: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Circulation* 2006; 114(1): 48-54.
6. Keogh AM, McNeil KD, Wlodarczyk J, Gabbay E, Williams TJ. Quality of life in pulmonary arterial hypertension: improvement and maintenance with bosentan. *The Journal of heart and lung transplantation* 2007; 26(2): 181-187.
7. Peacock A, Naeije R, Galie N, Reeves JT. End points in pulmonary arterial hypertension: the way forward. *European Respiratory Journal* 2004; 23(6): 947-953.
8. Duffels MG, Vis JC, van Loon RL, Nieuwkerk PT, van Dijk AP, Hoendermis ES, et al. Effect of

- bosentan on exercise capacity and quality of life in adults with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease with and without Down's syndrome. **The American journal of cardiology** 2009; 103(9) : 1309-1315.
9. Schuurin MJ, Vis JC, Duffels MC, Bouma BJ, Mulder BJ. Adult patients with pulmonary arterial hypertension due to congenital heart disease: a review on advanced medical treatment with bosentan. **Therapeutics and clinical risk management** 2010; 6: 59-65.
10. Van Loon RL, Hoendermis ES, Duffels MG, Vonk-Noordegraaf A, Mulder BJ, Hillege HL, et al. Long-term effect of bosentan in adults versus children with pulmonary arterial hypertension associated with systemic – to – pulmonary shunt: does the beneficial effect persist?. **American heart journal** 2007; 154(4): 776-782.
11. Gatzoulis MA, Beghetti M, Galie N, Granton J, Berger RM, Lauer A, et al. Longer - term bosentan therapy improves functional capacity in Eisenmenger syndrome: result of the BREATHE- 5 open- label extension study. **Int J Cardiol** 2008; 127: 27-32.
12. Berger RM, Beghetti M, Galie N, Gatzoulis MA, Granton J, Lauer A, et al. Atrial septal defects versus ventricular septal defects in BREATHE- 5, a placebo - controlled study of pulmonary arterial hypertension related to Eisenmenger's syndrome: a subgroup analysis. **International journal of cardiology** 2010; 144(3): 373-378.
13. Apostolopoulou SC, Manginas A, Cokkinos DV, Rammos S. Long-term oral bosentan treatment in patients with pulmonary arterial hypertension related to congenital heart disease: a 2-year study. **Heart** 2007; 93(3): 350-354.
14. Vis JC, Duffels MG, Mulder P, de Bruin-Bon RH, Bouma BJ, Berger RM, et al. Prolonged beneficial effect of bosentan treatment and 4 - year survival rates in adult patients with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease. **International journal of cardiology** 2013; 164(1): 64-69.
15. Diller GP, Alonso - Gonzalez R, Dimopoulos K, Alvarez - Barredo M, Koo C, Kempny A, et al. Disease

targeting therapies in patients with Eisenmenger syndrome: response to treatment and long-term efficiency. **International journal of cardiology.** 2013; 167(3): 840-847.

16. Diller GP, Dimopoulos K, Kaya MG, Harries C, Uebing A, Li W et al. Long-

term safety, tolerability and efficacy of bosentan in adults with pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart disease. **Heart** 2007; 93(8): 974-976.

## การใช้ยาเสพติดในผู้ใช้แรงงานเกษตร

นฤมล จันทร์มา\*, ไพฑูรย์ สอนทน\*, สุนิต สร้อยทอง\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ใช้แรงงานเกษตรใช้วิธีศึกษาเชิงคุณภาพ ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดจำนวน 104 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกจากสถานประกอบการเกษตร และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ประกอบการเกษตร 17 คน วิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

แรงงานเกษตรที่ต้องพึ่งพายาเสพติดเพื่อคาดหวังผลของฤทธิ์เพื่อเสริมแรงในการทำงาน นอกจากนี้แรงงานรู้สึกว่ายาเสพติดทำให้พวกเขารู้สึกปกติ ผ่อนคลายมากขึ้น และช่วยให้พวกเขาคิดงานได้ชัดเจน แรงงานเกษตรรู้สึกว่า ยาไม่ได้ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานหรือความปลอดภัยของพวกเขา แต่ส่งผลต่อการได้รับค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การใช้ยาเสพติด, เกษตรกร

---

\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding Author: Narumon Janma Email: dominiger2524@hotmail.com

Received 30/09/2020

Revised 26/10/2020

Accepted 27/11/2020

## **DRUG USE AMONG AGRICULTURAL WORKERS**

*Narumon Janma\*, Paithoon Sonthon\*, Sunit Soyotong\**

### **ABSTRACT**

The objective of this qualitative study was to explore drug use behavior among agricultural workers. The data were collected through interviews 104 drug users from agricultural enterprises were participated as well as 17 entrepreneurs, Content analysis was used to analyses.

Agricultural workers used narcotics to anticipate the effects of their actions to strengthen their work. In addition, workers feel that drugs make them feel more relaxed and help them think clearly. They feels that drugs do not affect their performance or safety, rather, using drug resulting in increased pay.

**Keywords:** Drug use, agricultural

---

\* Faculty of Science and Technology, Phetchaboon Rajabhat University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การใช้ยาเสพติดทั่วโลกจากรายงาน WORLD DRUG REPORT 2019 พบว่ามีผู้ติดกัญชา 188 ล้านคน สารสกัดจากฝิ่น 35 ล้านคน ยาบ้าสารกระตุ้นต่าง ๆ 37 ล้านคน ยาอี 22 ล้านคน ยาแก้ปวด-ยานอนหลับ 18 ล้านคน และโคเคน 17 ล้านคน<sup>1</sup> ทั่วโลกมีผู้ติดยาเสพติดประมาณ 250 ล้านคน<sup>2</sup> ในกลุ่มแรงงานเกษตรกรใช้กัญชา รองลงมาคือ พืชกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน<sup>3</sup> นับศตวรรษ ประมาณ 6,000 ปี ก่อนคริสตกาลมีการใช้เมล็ดและน้ำกัญชาในส่วนผสมของอาหารในจีน<sup>4</sup> เมื่อ 5,000 ปี ก่อนคริสตกาลมีการใช้ฝิ่นบรรเทาความเจ็บปวดและบรรเทาความกลัดกลุ้มของชาวกรีก ส่วนชาวอินเดียก็ใช้ฝิ่นเพื่อให้เกิดความมึนเมาได้รับความสุขและสามารถช่วยลืมความทุกข์ต่าง ๆ<sup>5</sup>

ประเทศไทยเป็นสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน(AEC) ในปี 2558 เป็นประโยชน์ต่อเศรษฐกิจการเกษตรอัตราภาษีสินค้าลดลงเหลือ 0% ทำให้การแข่งขันสินค้าเกษตรส่งออกเปิดเสรีมากขึ้นเฉพาะ โดยเฉพาะข้าว<sup>6</sup>ในปี พ.ศ. 2560 แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ เมียนมา ลาวและกัมพูชาที่ได้รับอนุญาตทำงานด้านเกษตร 174,655 คน<sup>7</sup> เป็นโอกาสให้แรงงานต่างด้าวในไทยเข้ามาทำกิจกรรมภาคการเกษตรแปรรูปยาเสพติด<sup>8</sup> จึงมีการใช้ยาเสพติดเพื่อกระตุ้นการทำงานเพิ่มผลผลิต ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เข้า

บำบัดรักษายาเสพติดเมื่อจำแนกตามอาชีพรับจ้าง ว่างาน และเกษตร จำนวน 41,685 คน (42.9%) 20,148 คน (20.7%) และ 12,729 คน (13.1%) ตามลำดับ<sup>9</sup>

จากข้อมูลข้างต้น พบว่า ยังไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้สถานการณ์ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตรที่ลงรายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะงาน ขั้นตอนพึ่งยาเสพติดเพื่อนำสู่กิจกรรมป้องกันยาเสพติดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา กลไกระบบเฝ้าระวัง และจำเป็นในการพิจารณาจัดทำแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตรให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น นำมาสู่วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ใช้แรงงานเกษตร

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ใช้แรงงานเกษตร

## วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อการทำงานภาคเกษตรในสถานประกอบการผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการเกษตร จากบัญชีรายชื่อสถานประกอบการที่สมัครใจ ทำให้มีผู้ใช้ยาเสพติดสมัครใจในการสัมภาษณ์ 104 คน และผู้ประกอบการ 17 คน

การสัมภาษณ์เชิงลึกได้ดำเนินการ ตั้งแต่ เดือนกันยายน 2560 เดือน เมษายน 2561 โดยมีผู้เข้าร่วมแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การปลูกผัก การทำนา ทำสวน และ ปลูกพืชไร่ ระยะเวลาการสัมภาษณ์แตกต่างกันไป จาก 40 นาที ถึง 70 นาที

ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ ที่เก็บได้ ทั้งหมดจะถูกตรวจสอบจากนักวิจัย สร้าง “แก่นเรื่อง” จัดแยกข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็น (Verification) การตรวจสอบสามเส้าด้าน ข้อมูล (Data triangulation) และวิเคราะห์ เนื้อหา (content analysis)

#### จริยธรรม

ในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมทุกคนและ ได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรหรือ บันทึกไว้ก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ให้ความมั่นใจในความลับของการสัมภาษณ์ที่บันทึกไว้และแจ้งชื่อตำแหน่ง ของผู้สัมภาษณ์ ได้กำหนดมาตรฐาน การศึกษา Protocol สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ ทางจริยธรรมได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยยึดหลักเกณฑ์ตาม คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รหัส HE601238

#### ผลการศึกษา (Results)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความ ข้อมูลกลุ่มอาชีพเกษตรที่ แบ่งเป็น 4 ประเภท

คือ การปลูกผักสวน ทำนา ทำสวน และพืชไร่ โดยสรุปจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

#### 1. เตรียมดิน

##### 1.1 การปลูกผัก

การเตรียมดินเจ้าของรถไถเป็น นายหน้างานรับจ้างเหมาไถดินไร่ละ 400 - 700 บาท นายหน้าจะเตรียมเครื่องคืมซูกำลัง ส่วนยารักษาผู้ขับหามาใช้ก่อนเริ่มทำงานและ เตรียมไว้ใช้เพิ่มขณะทำงาน

“ใช้ยาบำรุงต่อการทำงานหนัก ถ้าไม่สูบนี้ ก็คือ งานไม่ค่อยมีที่หันมาสูบ คือ ทำงาน ได้เยอะสองเท่า” (FP1)

##### 1.2 การทำนา

เจ้าของที่นาจ้างรถไถนา 2-3 รอบ ก่อนปล่อยน้ำเข้านา ขั้นตอนนี้ต้องเร่งรีบไถ ให้ทันฝนทันต่อการหว่านเมล็ดข้าว การไถจะใช้ยาเสพติดก่อนทำงานเพิ่มความขยัน เสรีจ ทันเวลา ทนแดด ทนฝน

##### 1.3 พืชไร่

การใช้ยาเสพติดในกลุ่มปลูกพืชไร่ มันสำปะหลังและไร่ข้าวโพด มีลักษณะ ใกล้เคียงกัน ใช้ยาเสพติดก่อนทำงานและอีก รอบคือกลางคืนไถชุดหลุมเพื่อทำงาน เพลิดเพลินขึ้น ไม่ง่วงนอน

“ยาบ้าทำให้รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น ทำงานได้ ต่อเนื่อง เป็นตัวของตัวเอง” (FFC5)

## 2. การดูแล

### 2.1 การปลูกผัก

เจ้าของสวนผักหรือนายหน้ารับเหมาจะนำยาฆ่าแมลงผสมกับน้ำให้ลูกน้องดื่มเพื่อมีแรงทำงานกล้าแดดได้ อืด ทน และงานเสร็จเร็วขึ้นเพื่อรับงานเหมาต่อได้มากขึ้น

“พอรู้บ้างว่านายจ้างผสมยาฆ่าลงน้ำให้ดื่ม ดื่มไปก็ได้อานตามเวลาพอดี”  
(FP4,FP9)

### 2.2 การทำนา

แรงงานได้รับค่าตอบแทนแบบเหมา มักรับงานย่อยเพิ่มในการดูแล จึงพียงพายาเสพติดใช้ทั้งวิธีผสมน้ำกินและสูบควันทั้งเม็ดก่อนทำงาน

“ยาบ้า 4 เม็ด ผสมไอซ์แล้วระยะเวลาทำงานมันนานกว่าเดิมทั้งวันทั้งคืน ไม่เพิ่มบ่อย” (FF5)

### 2.3 ทำสวน

นายหน้ารับเหมาเป็นไร่แรงงานเป็นลูกน้องทุกชั้นตอนพียงพายาเสพติดนายหน้าผสมน้ำให้ดื่มและใช้ยาเสพติดเองเพื่อกระตุ้นตัวต่อทนกับความง่วงเพราะต้องกรีดยางตั้งแต่เที่ยงคืนถึงตีห้า ช่วงกลางวันต้องบำรุงและถางหญ้า และรับงานดูแลสวนผลไม้อื่น ๆ

“พวกใช้แรงงานสูบยาบ้า เขาใช้เพื่อทำงานส่วนพวกวัยรุ่นจะใช้เพื่อกินเหล้าได้ทน” (FFC3)

### 2.4 พี่ชไร่

งานเฝ้าไร่ขณะเก็บผลผลิตตลอดทั้งคืนจะพียงพายาเสพติด ส่วนไร่อ้อยพบช่วงฤดูเปิดหีบอ้อย การตัดมัดอ้อยส่งโรงน้ำตาล เริ่มจากกระบวนการดูแลบำรุงต้นอ้อย นายหน้ารับงานมา นายหน้าจะนำยาเสพติดผสมกับน้ำให้แรงงานลูกไร่กินเพื่อให้ทำงานอืด ทน และงานเสร็จเร็วขึ้น

“ยาบ้าทำให้ขยันจริงแต่นอนไม่หลับต้องออกไปไร่ทำงานที่ค้างอยู่อย่างนี้ได้ 2 วัน วันที่สามถึงจะนอนได้ตามเวลาปกติ”  
(FFC9)

## 3. เก็บเกี่ยว

### 3.1 การปลูกผัก

ตัดผักเหมาเป็นไร่ กิโลกรัมละ 50 สตางค์ - 2 บาท แรงงานเป็นผู้ใช้ยาบ้าเองเพื่อตัดผักได้ปริมาณมากค่าตอบแทนมากขึ้น ักัญชาใช้ก่อนทำงาน ช่วงพักและหลังเลิกงานเพื่อปรับอารมณ์ทำงานมีความสุขเคลิบเคลิ้ม

“เหมาตัดผักตั้งแต่บ่ายสามถึงตีห้า ได้หลายเจ้าลำเลียงขึ้นรถได้สบายๆ โดยเฉพาะฤดูฝนสูบ 2 รอบเอาที่แปลงผักนั้นแหละครั้งละ 2-4 เม็ด” (FP12)

### 3.2 การทำนา

เกี่ยวข้าวกลุ่มที่มีโอกาสใช้ยาเสพติดมากที่สุด คือ คนขับรถเกี่ยวข้าว ได้ค่าตอบแทนเหมาไร่ละ 450-500 บาท ใช้

เพื่อให้ทำงานได้นานและทนมากขึ้น เพื่อรับ  
งานมากขึ้นในแต่ละวัน

“ยาบ้าเอาแต่เข้าก่อนทำงาน ทำงานดี  
ไม่รีบ ทนแดด เพลินขับเกี่ยวถึง  
กลางคืน” (FF4)

### 3.3 ทำสวน

ช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตต้องเร่งต่อ  
เวลาส่งออกให้ทันต่อราคาที่ขยับสูง แรงงานจะ  
ใช้ยาเสพติดเองถูกกำหนดด้วยเวลาเหมาเก็บ  
เป็นไร่ ใช้ก่อนทำงานและช่วงแบกเก็บ  
ผลผลิต

### 3.4 พี่ชไร่

นายหน้าหาไร่ร้อยละที่พร้อมตัด กลุ่ม  
แรงงานรับตัด การใช้ยามี่ทั้งกินผสมน้ำจาก  
นายจ้างและใช้ยาเสพติดเอง เร่งกับเวลาที่มี  
ผลต่อคุณภาพน้ำอ้อย

“ผลิตเพลินไม่เห็น้อย สนุกสนาน ยิ้ม มี  
ความสุขไม่เครียด อารมณ์ดี ก็ดูซาราคา  
ไม่แพง 100-200 บาทต่อ 1 วัน ยาได้ 6  
เขียง สูบ 18-20 มวน” (FFC12)  
“เข้าสู่ยาบ้าใช้ก่อนลงตัดอ้อยได้ 6  
ชั่วโมง ช่วงพักใช้อีกครั้งจะมีแรงถึงสามทุ่ม  
กลางคืนทำงานต่อก็ใช้อีกรอบ พอจะนอน  
ขอสูบกัญชาเพื่อลดฤทธิ์ยาบ้าเพื่อให้หลับ”  
(FFC2,FFC16)

### 4.1 การปลูกผัก

ขนผลผลิตขึ้นรถคันละ 600 บาท ใช้  
ยาบ้าก่อนทำงานเพื่อการตื่นตัว กลุ่มกัญชา

ใช้ก่อนทำงานและช่วงพัก การขนส่งคนขับรถ  
จะทำงานช่วงเย็นถึงหกโมงเช้าจึงต้องพึ่งพา  
ยาเสพติด หากฤดูที่ผักออกมากจะรับรอบวิ่ง  
ส่งผักทั้งวันทั้งคืน

“มีสมาธิขับรถ มั่นใจขับดีทันเวลาส่ง  
ตลาดใหญ่ก่อนเที่ยงคืน พกฉีดยาขับ  
ชากลับนอนมา” (FP3 )  
“ขับรถชนผักทางบนเขาใช้ยาบ้าในป่า  
ใจอดทนดี ใจเย็น ต้องขับส่งผักทั้งคืน  
โดยเฉพาะฤดูหนาวและฤดูฝน ให้ทัน  
พ่อค้าคนกลาง ราคาผักกำลังสูง”  
(FP4,FG7 )

### 4.2 พี่ชไร่

รถขนอ้อยของโรงงานไม่พบในการ  
ใช้ยาเสพติดเพราะเป็นตามรอบที่วางไว้  
ไม่เร่งรีบกับเวลา แต่พบในโรงงานน้ำตาลที่ใช้  
ยาเสพติด ฝ่ายลูกหีบ ช่างเคียวน้ำตาล ฝ่าย  
ควบคุมระบบหม้อต้ม และแรงงานแบก  
น้ำตาล

**สัมภาษณ์ผู้ประกอบการด้านงาน  
เกษตร** พบว่า ลักษณะงานทุกขั้นตอนเป็น  
การจ้างเหมาที่มีทั้งแรงงานประจำและแรงงาน  
จ้างชั่วคราว พบว่า แรงงานหายาเสพติดมา  
ใช้เพื่อการทำงานเป็นรายบุคคลโดยสูบควัน  
หรือผสมน้ำ หากเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน  
สถานประกอบการจะไม่ชดใช้ค่าเสียหายใด ๆ  
ที่ผ่านมา พบว่า แรงงานแฝงการปลูกกัญชา  
ตามไร่ข้าวโพดแนวเขา และปลูกต้นกระท่อม  
ตามสวนยาง ซึ่ชื้อยาเสพติดจำนวนน้อย

เพื่อมาใช้แต่ละวัน ปริมาณการใช้ 1 เม็ดได้ 4 ส่วน เดียวนี้ 4 เม็ด เท่ากับ 1 ส่วน ผู้หญิงสูบ ครั้งละ 2 เม็ด เริ่มใช้ไอซ์ เข้ามาผสม การเลือกใช้วิธีเสฟ มีสิ่งที่มีค่า 2 ประการ คือ ความปลอดภัยจากการเสฟและการรับรู้ฤทธิ์ของตัวยา โดยปริมาณที่เสฟอยู่ในช่วง 2-20 เม็ด ต่อวัน แบ่งระยะห่างในการเสฟ 2-5 ชั่วโมง

### วิจารณ์ (Discussions)

ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อการทำงานภาคเกษตรในสถานประกอบการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก 104 คน พบว่า การใช้ยาเสพติดในกลุ่มแรงงานเกษตรแพร่กระจายลงไปถึงแรงงานประจำและแรงงานรับจ้างเข้าถึงยาเสพติดเป็นเรื่องง่าย ใช้เพื่อการทำงานเป็นเรื่องปกติทำได้ในทุกกรณีสถานที่และเวลา

จากการศึกษา Drug problems on-farm คนงานเกษตรกรปี 2017 ประเทศออสเตรเลีย ของ Kristy Moroney กล่าวว่า การใช้ยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ทำให้พวกเขาเป็นปกติผ่อนคลายมากขึ้น methamphetamine มีความสุขและกระปรี้กระเป่า 8-12 ชั่วโมง “ใช้ยา methamphetamine มันง่ายที่จะปลุกได้อย่างรวดเร็วหรือปลุกได้มาก” “ฉันไม่สามารถเริ่มต้นวันใหม่จนกว่าจะได้ใช้ยาบ้า”<sup>10</sup> การใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญในการเพาะปลูกต่อการปรับตัวในสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง<sup>11</sup>

ชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์ต่อการใช้ยาเสพติด ทนต่อการทำงานที่หนัก และระบายความเครียดที่ควบคุมโดยเวลา<sup>12</sup> คนงานเกษตรกรใช้กัญชามากที่สุด (13.7%) รองลงมาคือยาบ้า (9%)<sup>13</sup> และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าคนที่ไม่ได้ทำงาน<sup>14</sup> และได้รับผลกระทบ เช่น เสียค่าใช้จ่ายฟื้นฟูร่างกายและจิตใจที่แย่งลง ต่อครอบครัวชุมชนและคนอื่น ๆ และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในที่ทำงาน<sup>15</sup> ความรุนแรงในครอบครัว มีปัจจัยสัมพันธ์ ได้แก่ ความถี่ในการใช้ ปริมาณการยาเสพติดรายได้และสถานภาพสมรส<sup>16</sup> สารตัวแรกที่เริ่มใช้ คือ กัญชา รองลงมาคือ cocaine (88.9% หรือ 113 จาก 127) และสารที่สอง (79.2% หรือ 88 จาก 111) ตามลำดับ<sup>17</sup> สอดคล้องกับการศึกษา Drug use Pattern among Health Care workers 2016 รูปแบบการใช้ยาเสพติดของประชากรแรงงานทั่วไปในสหรัฐพบว่าใช้ marijuana ในขณะที่ทำงานมากที่สุดรองลงมาคือ amphetamine.<sup>18</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

งานที่ทำพีชไร พบว่า ฟังพายาเสพติดมากที่สุด รองลงมาคือ ปลุกผัก ทำสวน และทำนา ยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชา และยาบ้าผสมไอซ์

การใช้ยาเพื่อเพิ่มผลผลิตการเกษตรคุ้มค่าตอบแทนที่ได้รับเพื่อมาใช้จ่ายดูแลครอบครัวถึงแม้ครอบครัวจะรู้ว่าใช้ยาเสพติด

แต่ด้วยความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับเหมา การควบคุมลูกน้อง ความมั่นใจต่อกำลังแรงงานที่ได้รับในฤทธิ์ยาทำให้รับงานได้มากขึ้น ให้ความสำคัญของยาเสพติดเพียงเป็นตัวช่วยในการทำงาน “หากเลิกทำงานเมื่อไหร่จะเลิกใช้ยา” กระบวนการเร่งรีบของการเก็บผลผลิตให้ทันต่อเวลาที่จำกัดเพื่อป้อนเข้าสู่โรงงานแปรรูป มีโอกาสใช้ยาเสพติดมากที่สุด เพราะมีระยะเวลาเป็นตัวกำหนดและคุณภาพของผลผลิต

#### **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)**

ในสถานประกอบการขนาดเล็กควรเฝ้าระวังปัญหาเสพติดประเมินสภาพการทำงานของแรงงานบ่อยครั้งเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติด

#### **เอกสารอ้างอิง (References)**

1. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2019**. Vienna: United Nations publication; 2019.
2. Kanato M, Leyatikul P, Choomwattana C. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2016**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2017.
3. Kanato M. National household survey on substance use 2016. **ONCB Journal** 2017; 36(2): 37-48.

#### **สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)**

การเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในสถานประกอบการต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วนในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบติดตามต่อเนื่องชัดเจน วางแผนการพัฒนาศักยภาพแรงงาน มีฝ่ายให้คำปรึกษาในทุก ๆ ด้านเพื่อเสริมกำลังใจต่อแรงงาน

#### **กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)**

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดีผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่เสียสละเข้าร่วมงานวิจัย และขอบคุณสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในการสนับสนุนทุนวิจัยหลัก

4. Perngparn U, Aramrattana A, Areesantichai C. Methamphetamine Dependence Treatment Rehabilitation in Thailand: A Model Assessment. **J Med Assoc Thai** 2019; 94(1): 110-117.
5. Leyatikul P, Kanato M. Using Population Based Data on Drugs Abuse to Estimate the Relative Need for Medical Services in Thailand. **J Med Assoc Thai** 2015; 98(Suppl 6): 25-33.

6. Seemanon K, Sanguanwongse V, Titapiwatanakun B, Sirisupluxana P, Kikuchi P, Yamao M. Preparing agricultural product marketing for the new AEC market: A case study for improving the marketing organization for farmers in Chiang Rai Province, Thailand. *Journal of Agricultural Extension and Rural Development* 2015; 7(4): 105-113.
7. Ministry of Justice. **Annual Report Thailand Narcotics Control 2015**. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board Ministry of Justice; 2015.
8. Sujatanond S, Tibkaew AP, Pramojanee P. Consequences of the Asean Economic Community (AEC) on Thailand Agricultural Situation and Food Security of Southern Thailand. *GMSARN International Journal* 2013; 7(2013): 139-144.
9. Phillips M, Allsop S, Calogero C. **Drugs and Work: Responding to alcohol and other drug problems in Australian workplaces**. Melbourne: IP Communications; 2001.
10. Bletzer KV. New Drug Use Among Agricultural Workers. *Journal Substance Use & Misuse* 2014; 49(8): 956-967.
11. Janma N. Drug use among transportation workers. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2020; 8(1): 117-128. [in Thai].
12. Pidd K, Berry JG, Harrison JE, Roche AM, Driscoll TR, Newson RS. **Alcohol and work: patterns of use, workplace culture and safety**. *Injury Research and Statistics Series Number 28*. Canberra: Pirion; 2006.
13. Allan J, Meister P, Clifford A, Whittenbury K, Alston M, Ball P. **Drug and Alcohol use by farming and fishing workers**. Canberra: Union Offset Printing; 2012.
14. Lucas P, Baron EP, Jikomes N. Medical cannabis patterns of use and substitution for opioids & other pharmaceutical drugs, alcohol, tobacco, and illicit substances; results from a cross-sectional survey of authorized patients. *Harm Reduction Journal* 2019; 16(9): 1-11.
15. Janma N, Kanato M, Leyatikul P. **Drug use among agriculture-related workers in Thailand**. *F1000Research* 2019; 8(818): 1-13.
16. Thumwong N. Domestic violent among methamphetamine users in

- northeast Thailand. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2020; 8(3): 351-352. [in Thai].
17. Werb D, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Lai C, et al. Drug use patterns among Thai illicit drug injectors amidst increased police presence. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2009; 4(16): 1-5.
18. Obafemi A. Drug use Pattern among Health Care workers. **J Med toxicol clin forensic med** 2017; 3(4): 1-4.

# ผลของการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

นิจพร สว่างไสง\*, กัทธ ดานา\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 12 คน ผู้ดูแลในครอบครัว 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน และพยาบาลวิชาชีพ 10 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางลบ การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางลบลดลง Mean = 17.50 และ Mean = 6.33 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเภท, การสนับสนุนจากครอบครัว, การมีส่วนร่วมของชุมชน

---

\* โรงพยาบาลยางสีสุราช

\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง

Corresponding Author: Kamthorn Dana. E-mail: dkamthorn@gmail.com

Received 25/09/2020

Revised 23/10/2020

Accepted 27/11/2020

## **EFFECT OF FAMILY SUPPORT AND COMMUNITY PARTICIPATED ON NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS**

*Nijjapon Sawangthisong\*, Kamthorn Dana\*\**

### **ABSTRACT**

This action research was aimed to evaluated a promotion of family support and community participation among schizophrenic' s patients at Yang Si Surat District, Mahasarakham Province. The targets group consisted of 12 schizophrenics, 12 family caregivers, 12 community health volunteers and 10 community nurses. The data were collected by using general information questionnaire, negative symptom assessment forms, focus group discussion and in-depth interview. The data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test and content analysis.

The study results showed that, after support from families and community involvement schizophrenic patients had a lower mean score of negative symptoms, Mean = 17.50 and 6.33, respectively (p-value < 0.05).

**Keywords:** Schizophrenia Patient, Family Support, Community Participation

---

\* Yangsisurat Hospital

\*\* Noon Rang Tambon Health Promoting Hospital

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาวะโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลกถึง ร้อยละ 0.02 -1.65<sup>1</sup> และมีความชุกของการป่วยทั่วโลกประมาณ 4.56 ต่อ 1000 คนต่อปี (95% CI; 4.09–5.03)<sup>2</sup> ในประเทศไทยพบความชุกของโรคจิตเภทประมาณ 8.8 คน ต่อ 1,000 คนต่อปี และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด<sup>3</sup> จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มารับในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข 3 ปีย้อนหลัง มีอัตรา ร้อยละ 16.20, 12.2 และ 9.64<sup>4</sup> ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่เหมาะสม อาการแสดงที่สำคัญคือ 1) กลุ่มอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน 2) กลุ่มอาการทางลบ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตในชุมชน ในประเทศไทยพบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน<sup>5</sup> อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองบกพร่อง และเกิดจากการที่

Ventricles มีขนาดใหญ่และปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factors) เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและความผิดปกติของสมอง เช่น โพรงสมอง Ventricles มีขนาดใหญ่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จและการได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุนส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น<sup>6</sup> ปัญหาที่เกิดจากความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สมาชิกติดสุราเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล<sup>7</sup> การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อาการทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเชื่อในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าคุณสมบัติเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็น

ความยุ่งยากในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแลและผลกระทบต่อครอบครัว กล่าวได้ว่าครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาได้อีกทางหนึ่งด้วย

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต้องมารับยาอย่างต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน จากการสอบถามการมารับบริการ พบว่ามีผู้ป่วยบางราย มีอาการทางลบมากไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านยังมีอาการทางลบ มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนถึงร้อยละ 75 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับบริการและแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อ

ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอาศัยในสังคมได้ อันจะส่งผลต่อการมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

### วิธีการศึกษา (Method)

#### รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ<sup>8</sup> ดำเนินการเดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

**ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา** ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ( Purposive sampling) และ กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 4 กลุ่ม ดังนี้

**ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 1** ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลยางสีสุราช จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (ICD-10 รหัส F-20) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะอาการทางลบ เช่น มีสีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจา มีความพร้อมด้านการเข้าสังคมและการสื่อสาร มีระดับคะแนนอาการทางลบระหว่าง 5-13 คะแนน ซึ่งถือว่ามีอาการทางลบมาก ประเมินจากแบบประเมินอาการทางลบ (Negative Syndrome Scale)

3. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบอาการทางคลินิกโดยจิตแพทย์ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) เป็นการตรวจสอบอาการทางคลินิก คือ อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีค่าคะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

4. ไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 2** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 12 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

**ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 3** คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง

และทำหน้าที่ในงานจิตเวชชุมชน อย่างน้อย 6 เดือน

**ผู้ร่วมวิจัย กลุ่ม 4** คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูด มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ของผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือย้ายที่อยู่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินศึกษา คือ คู่มือในการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทุนสรุปรวมทั้งหมด ประยุกต์จาก อดิญา โพธิ์ศรี<sup>9</sup>

2. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภท 1 ชุด มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการทางลบ ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ประยุกต์จาก ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ<sup>10</sup>

ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปต้อง อยู่ในช่วง 0-3 คะแนน แปลผลค่าคะแนนโดย ค่า คะแนนสูง หมายถึง มีอาการทางลบมาก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีอาการทางลบน้อย แบ่งระดับเป็น 3 ระดับคือ 10-13 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบปานกลาง และคะแนน 0-4 คะแนน ถือว่ามีอาการทางลบน้อยในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

3. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาลในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

ก) แนวทางการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เป็นการสนทนาที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล ใช้คำถามปลายเปิดประเด็น สถานการณ์ปัญหา ความต้องการของชุมชนและแนวทางการแก้ปัญหา

ข) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลในครอบครัว ประเด็น ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน และแนวทางการแก้ปัญหา

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test เนื่องจากการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นปกติ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

#### **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 16/2562 ลงวันที่ 18 มกราคม 2562 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

#### **วิธีการดำเนินงาน**

การวิจัยดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะกำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและ 4) ระยะประเมินผล

**ขั้นตอนที่ 1** ระยะเวลาวางแผนการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อสำรวจปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ผลกระทบของผู้ดูแลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยในครอบครัวและชุมชน มีปัญหาเรื่องการกินยาไม่สม่ำเสมอ บางคนเจียบเจี้ย ไม่พูด ไม่ออกจากบ้าน บางครั้งมีอาการหงุดหงิด ทำลายข้าวของผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรง

และรู้สึกเป็นภาระ ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ บางครั้งต้องปล่อยประละเลย ไม่สนใจผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 2** ระยะดำเนินการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมคิดร่วมทำ โดยค้นหาวิธีการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับชุมชน ผลักดันให้เกิดความพร้อมที่จะช่วยเหลือครอบครัวและสร้างความรู้สึกและความคาดหวังที่ดีต่อผู้ดูแล โดยการมอบหมายหน้าที่ให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน เป็นพี่เลี้ยงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและอีก 1 คน กำหนดกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมโดยนัดหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและส่งเสริมการจัดกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัว สัปดาห์ละ 2 วัน รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 3** ระยะกำกับติดตามกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนของครอบครัว มีการติดตามผลการดำเนินกิจกรรมทุก 1 สัปดาห์จนครบ 4 สัปดาห์ โดยประเด็นที่ติดตาม ได้แก่ การกำหนดกติกาให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง อาการ/

ปัญหาที่พบ และประเด็นที่พบในการสนับสนุนของครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 4** ระยะประเมินผล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และพยาบาลวิชาชีพ โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนและสรุปประเด็นร่วมกัน

### ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทุเลา จำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) มีอายุเฉลี่ย 39 ปี เจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) มีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว มากกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) มีอายุเฉลี่ย 53 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้ป่วยจิตเภท</b>		
เพศ		
ชาย	9	75.00
หญิง	3	25.00
อายุ (อายุเฉลี่ย 39 ปี, อายุต่ำสุด 26 ปี, อายุสูงสุด 57 ปี)		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-5 ปี	5	41.67
มากกว่า 5 ปี	7	58.33
<b>ผู้ดูแลในครอบครัว</b>		
เพศ		
ชาย	4	33.33
หญิง	8	66.67
อายุ (อายุเฉลี่ย 55 ปี, อายุต่ำสุด 46 ปี, อายุสูงสุด 67 ปี)		
สถานภาพสมรส		
โสด	2	16.67
คู่	8	66.66
หม้าย หย่า/แยก	2	16.67
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย		
1-5 ปี	5	41.67
มากกว่า 5 ปี	7	58.33
รายได้ต่อเดือน		
< 1,000 บาท	2	16.67
1,000-5,000 บาท	7	58.33
> 5,000 บาท	3	25.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</b>		
เพศ		
ชาย	7	58.33
หญิง	5	41.67
อายุ		
(อายุเฉลี่ย 53 ปี, อายุต่ำสุด 45 ปี, อายุสูงสุด 64 ปี)		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
1-5 ปี	2	16.66
6-10 ปี	5	41.67
มากกว่า 10 ปี	5	41.67
รายได้ต่อเดือน		
1,000-5,000 บาท	4	33.33
5,000-10,000 บาท	6	50.00
มากกว่า 10,000 บาท	2	16.67

อาการทางลบที่พบหลังได้รับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการสนับสนุนของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน มีอาการทางลบมาก จำนวน 3 คน (ร้อยละ 25) คะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 12.33 คะแนน,

อาการทางลบปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 16.67) คะแนนการทางลบเฉลี่ย 9 คะแนน และอาการทางลบน้อย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.33) คะแนนอาการทางลบเฉลี่ย 3 คะแนน

ตารางที่ 2 อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว

ผู้ป่วย	คะแนนอาการทางลบ (คะแนน)	ระดับของอาการทางลบ
ผู้ป่วยคนที่ 1	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 2	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 3	12	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 4	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 5	9	ปานกลาง
ผู้ป่วยคนที่ 6	13	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 7	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 8	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 9	12	มาก
ผู้ป่วยคนที่ 10	3	น้อย
ผู้ป่วยคนที่ 11	9	ปานกลาง
ผู้ป่วยคนที่ 12	3	น้อย

ผลจากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังส่งเสริมทำกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบ

ของผู้ป่วยจิตเภท โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 6.33) น้อยกว่า ก่อนได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว (Mean = 17.50) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทจากการได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนจากครอบครัว

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	Mean	S.D.	D*	df	t	p-value
ก่อนสนับสนุน	17.50	2.49	4.75	11	7.856*	
หลังสนับสนุน	6.33	0.17	1.32	11	7.150	.001

## วิจารณ์ (Discussions)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์จากผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขพี่เลี้ยงของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ควบคุมอารมณ์ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นภาระและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี<sup>11</sup> ที่พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยใกล้ชิดผูกพันกัน การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มีคุณค่าในตนเองและการศึกษาของเปรมฤดี ดำรักษ์ และคณะ<sup>12</sup> ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน พบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติ ความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน และการร้อยใจร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อนในชุมชน ความผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน ในการร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่นเดียวกับศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทของ ขวัญสุดา บุญทศ<sup>13</sup> ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่น ทราบาบความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่า

ตนเองไร้สมรรถภาพ การได้รับการสนับสนุนด้านการรับรู้คุณค่า การยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้เกียรติ ไม่ล้อเลียนหรือทำให้ อับอาย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มุ่งหวังและภาคภูมิใจ

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการการสนับสนุนของครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยการสนับสนุนของครอบครัว มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ที่พบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุมทรัพย์ ก้อนทอง<sup>14</sup> ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ การส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดทักษะในการดูแลและจัดการกับตัวเองเพิ่มขึ้น แผนกิจกรรมต่าง ๆ สามารถทำได้จริง และช่วยให้ผู้ป่วยมุ่งมั่นในความเป็นจริงเท่าๆ กับการสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคม<sup>15</sup> เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การถ่ายทอดความรักต่อกัน สิ่งเหล่านี้ก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคุณค่าในตนเองและส่งผลต่อสภาพจิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน และทักษะการจัดการกับ

ความยากลำบากที่เป็นอุปสรรคในขณะดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเชื่อมโยงในเรื่องของความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมในปัจจุบัน โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ระบุกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงที่เขาสนุกกับมัน และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการเตรียมการหรือกำหนดโดยเขาเองเพื่อการยอมรับว่ามีความก้าวหน้าและดีขึ้นจากอาการทางจิตที่เกิดขึ้นของตัวผู้ป่วยเอง

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน เมื่อได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้กระบวนการทางความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน สามารถทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสมบนความเป็นจริงและแสดงออกมาในรูปของการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในชุมชน ส่งผลให้ลักษณะอาการทางลบลดลง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรนำกิจกรรมการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N.

และมีการติดตามประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ทุก 3-6 เดือน

2. ถ่ายทอดกิจกรรมการสนับสนุนครอบครัวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้เป็นพื้นฐานการจัดกิจกรรมและเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพของแต่ละตำบล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ให้ได้มากที่สุด

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ในครั้งนี้ได้รู้ถึงแนวทางและกิจกรรมที่จะช่วยผลักดันให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น และเพื่อเป็นการผลักดันให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชนที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการวิจัย

Global economic burden of schizophrenia: a systematic review.

- Neuropsychiatric disease and treatment** 2016; 12: 357-373.
2. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. **PLoS One** 2018; 13(4): 1-25.
  3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. **Population health metrics** 2010; 24(2010): 1-8.
  4. Department of Mental Health. **Ministry of Public Health 2020** [online] 2020 [cited 2020 Jul 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datanter/hdc/reds.asp>
  5. Pichaya Leangpanich CS, Ek-uma Imkome. The Effects of A Peer Support Group Program on Psychosocial Rehabilitation Abilities In Caregivers of Schizophrenic Patients. **Journal of The Royal Thai Army Nurses** 2018; 19(2018): 214-223. [in Thai].
  6. Sicras- Mainar A, Maurino J, Ruiz-Beato E, Navarro-Artieda R. Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population- based study. **BMC psychiatry** 2014; 225(2014): 1-8.
  7. Zuber-Skerritt O, Fletcher M, Kearney J. **Professional Learning in Higher Education and Communities**. London: Palgrave; 2015.
  8. Jung-in K, Pinitsoontorn S. Drinking Behavior and Impacts to Families of Alcoholic Drinkings Who Received Treatment in Thanyarak Hospital, Udon Thani. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2017; 5(3): 487-501. [in Thai].
  9. Posri A, Uthis P. The Effect of Multiple Family Support Group Program on Negative Symptoms of Patients with Schizophrenic in Community. **Thai Red Cross Nursing Journal** 2008; 1(1): 68-85. [in Thai].
  10. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai Version of the Positive and Negative Syndrome Scale ( PANSS) for Schizophrenia: Criterion Validity and Interrater Reliability. **J Med Assoc Thai** 2000; 83(6): 646-651.
  11. Meesri K, Dangdomyouth P. Selected Factors Related to Capabilities among Caregivers of Schizophrenic

- Patients in Community. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2012; 26(1): 35-49. [in Thai].
12. Posri A. Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenia Patients: A Case study at Ban Tha Muang Community Roi Et Province. **Srinagarind Med J.** 2019; 34(1): 83-89. [in Thai].
13. Boontoch K, Sricamsuk A, Arunpongpaisal S. Social Support in Patients with Schizophrenia. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2013; 58(1): 89-100. [in Thai].
14. Gontong K, Jirapaet W, Uthis P. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Program on Negative Symptoms of Schizophrenic Patients in Community. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2016; 30(3): 52-65. [in Thai].
15. Chuadee S, Prachapiphat C, Pechmanee S. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pang karn Sub- district, Phanom District, Surat Thani Province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2016; 4(1): 67-82. [in Thai].

# ความต้องการจำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

สุวัฒนา เกิดม่วง\*, ศักดิ์กมล สุวรรณเจริญ\*, วสันต์ ปิ่นวิเศษ\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และจัดลำดับความต้องการจำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ประชากร คือ ผู้ใช้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 จำนวน 34 คน เครื่องมือประเมินคุณภาพบัณฑิตเป็นรูปแบบการตอบสนอแบบรายคู่ เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชัน Google form วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นโดยใช้เทคนิค Modify Priority Needs Index (PNI<sub>modified</sub>)

ผลการวิจัย พบว่า 1. ความต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติที่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1.1) ความสามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมในการพัฒนางาน 1.2) ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวิจัย การบริหารและการจัดการด้านสุขภาพชุมชน และ 1.3) การเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน 2. ความต้องการจำเป็นด้าน ผลลัพธ์ผู้เรียนที่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ 2.1) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ 2.2) ความสามารถสร้าง งานหรือสัมมาอาชีพบนพื้นฐานของความพอเพียง และ 2.3) การเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์และพัฒนา นวัตกรรมทางเทคโนโลยีหรือสังคม

**คำสำคัญ:** ความต้องการจำเป็น, คุณภาพบัณฑิต, ผู้ใช้บัณฑิต

---

\* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

Corresponding Author: Suwattana Kerdmuang Email: suwattana\_kerd@hotmail.com

Received 24/09/2020

Revised 22/10/2020

Accepted 27/11/2020

**A NEEDS ASSESSMENT OF EMPLOYERS TOWARD GRADUATE QUALITY DEVELOPMENT FROM THE COMMUNITY PUBLIC HEALTH PROGRAM, SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH, SUPHANBURI**

*Suwattana Kerdmuang\*, Sakdikorn Suwanchareon\*, Wasan Pinwiset\**

**ABSTRACT**

The objectives of this evaluation research were to analyze and prioritize the needs assessment of employers toward graduate quality development of the Bachelor of Public Health Community Public Health Program), Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi. Population was 34 graduate employers who graduated in the academic year 2018. The needs assessment questionnaire was in a dual-response format. Data was collected by submitting online questionnaires in Google form application. The data was analyzed with the use of descriptive statistics and the needs were ranked with the use of Modified Priority Needs Index (PNI<sub>modified</sub>).

The research results show that 1. The needs for Thai qualifications framework for higher education that should be developed include: 1. 1) the ability to create innovation in work development, 1. 2) knowledge and understanding in research process, health administration and community health management and 1. 3) being a role model to others, both in self-preservation and performance. 2. The needs for desired outcomes of education that should be improved include: 2. 1) creative thinking skills, 2. 2) the ability to create a job or career prospects based on self-sufficiency and 2. 3) being a co-creator and developer of technological or social innovations.

**Keywords:** employer, graduate quality, need assessment

---

\* Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คุณภาพบัณฑิตเป็นหนึ่งในมาตรฐานหลักตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดให้บัณฑิตในระดับอุดมศึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองตามมาตรฐานใกล้เคียงกันทั้งในระดับชาติและระดับสากล คุณภาพของบัณฑิตทุกระดับและคุณวุฒิ สาขาวิชาต้องเป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้อย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี<sup>1,2</sup> สำหรับบัณฑิตระดับปริญญาตรี สาขา สาธารณสุขศาสตร์ได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้เป็น 6 ด้าน<sup>3</sup> โดยเพิ่มทักษะอีก 1 ด้าน คือ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

นอกจากนั้น กระทรวงศึกษาธิการได้ออกกฎกระทรวงการประกันคุณภาพ การศึกษา พ.ศ. 2561 กำหนดมาตรฐาน การศึกษาของชาติ ได้กำหนดผลลัพธ์ การศึกษาที่ต้องการ (Desired outcomes of education : DOE) หรือมาตรฐานด้าน ผลลัพธ์ผู้เรียน ประกอบด้วย 1) บุคคลผู้เรียนรู้ (Learner person) 2) ผู้ร่วมสร้าง สรรค์ นวัตกรรม (Innovative co-creator) และ 3) ผู้มีความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง (Active

citizen) โดยให้หลักสูตรต้องกำหนดผลลัพธ์ การเรียนรู้และจัดการเรียนการสอนที่ ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ตามวิสัยทัศน์และ จุดเน้นของหลักสูตร พร้อมทั้งกำกับดูแลให้มี การติดตามและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ของผู้เรียนและรายงานการดำเนินการที่ เป็นไปตามผลลัพธ์ผู้เรียน<sup>4,5</sup>

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2555 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหลักสูตรที่มุ่งหวังให้ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา มีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความรู้ การคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา มีความ รับผิดชอบ มีสัมพันธภาพที่ดี มีภาวะผู้นำ มี ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและ ความสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ดังนั้น ในการจัดการเรียนการสอนจึงได้ระบุผลการ เรียนรู้ 6 ด้าน ไว้ในรายละเอียดของรายวิชา (มคอ.3) และรายละเอียดของประสบการณ์ ภาคสนาม (มคอ.4) เพื่อจัดการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับ ปริญญาตรี สาขาสาธารณสุขศาสตร์ แต่ยังคง ขาดการกำหนดและติดตามมาตรฐานด้าน ผลลัพธ์ผู้เรียนอย่างเป็นรูปธรรม<sup>6,7</sup>

ที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาอย่างเป็น ระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความต้องการ จำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตในการพัฒนาคุณภาพ บัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการ

สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี มีเพียง การประเมินหลักสูตรดังกล่าวตามรูปแบบ ซิปป์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้หลักสูตร อาจารย์ผู้สอน บัณฑิต และผู้ใช้บัณฑิต ผลการวิจัยพบว่า การประเมินภาพรวมทุก ด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สำหรับ ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความรู้อื่น ๆ ที่ส่งเสริม การทำงานในความคิดเห็นของบัณฑิต ผู้ใช้ หลักสูตร และผู้ใช้บัณฑิต มีคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นภาพรวมในระดับมาก<sup>6</sup> นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ความก้าวหน้า ของการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษา ภายในระดับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีแนวโน้มผลการดำเนินงานทั้ง 6 องค์ประกอบ ในภาพรวมที่ดีขึ้นระหว่างปี การศึกษา 2557 ถึง 2559<sup>7</sup>

ทั้งนี้เพื่อให้สามารถผลิตบัณฑิตได้ตรง กับความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ บัณฑิต และเป็นหลักประกันแก่ผู้รับบริการ ผู้เกี่ยวข้องและสาธารณะชน ให้เกิดความ มั่นใจว่าหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถให้ผลผลิตทางการศึกษาสาธารณสุข ที่มีคุณภาพ และมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับ การปฏิบัติงานในวิชาชีพได้ การประเมิน ความต้องการจำเป็น (Needs assessment) ด้วยวิธีดัชนีความสำคัญของลำดับความ

ต้องการจำเป็น (Modified Priority Needs Index: PNI<sub>Modified</sub>)<sup>8,9</sup> เป็นกระบวนการที่ กำหนดความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ ในปัจจุบันกับสภาพที่ควรจะเป็นแล้ว วิเคราะห์ความแตกต่างเพื่อกำหนดช่องว่าง ของผลลัพธ์ (Outcome gaps) และนำข้อมูล มาเรียงลำดับความต้องการจำเป็นที่สำคัญ (Priority setting) มาแก้ไขพัฒนา<sup>10-12</sup>

ผู้วิจัยจึงศึกษาความต้องการจำเป็นของ ผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต ที่ สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561 ครอบคลุมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ การศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุข ศาสตร์ 6 ด้าน และมาตรฐานด้านผู้เรียน 3 ด้าน ซึ่งจะได้ข้อมูลความต้องการจำเป็นที่มี ความสำคัญเพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตร และ พัฒนาการจัดการเรียนการสอน นอกจากนี้ ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดกลยุทธ์ใน การพัฒนาระบบประกันคุณภาพของ หลักสูตรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อวิเคราะห์และจัดลำดับความ ต้องการจำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนา คุณภาพบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561

## วิธีการศึกษา (Method)

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research)

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ใช้บัณฑิตหรือผู้บังคับบัญชาของบัณฑิตจาก 34 หน่วยงานที่ใช้บัณฑิตของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 4 ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2561 ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 34 คน (บัณฑิต 1 คนต่อ ผู้ใช้บัณฑิต 1 คน)

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประเภทให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ที่สร้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ การศึกษาระดับอุดมศึกษา 6 ด้าน และมาตรฐานด้านผลลัพธ์ผู้เรียน 3 ด้าน จำแนกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ใช้บัณฑิตหรือนายจ้าง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด และแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี 6 ด้าน เป็นแบบวัดที่มีรูปแบบ

การตอบสนองแบบรายคู่ (Dual-response Format) 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพบัณฑิต ตามมาตรฐานด้านผลลัพธ์ผู้เรียน 3 ด้าน เป็นแบบวัดที่มีรูปแบบการตอบสนองแบบรายคู่ (Dual-response format) 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน และคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) พบว่า มีค่าระหว่าง .79 ถึง .85 จากนั้นนำแบบสอบถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไปทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .967 และ .972 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ใช้บัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 4 ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2561 หลังจากที่ใช้บัณฑิตทำงานได้ 1 ปี (เก็บข้อมูลในปีการศึกษา 2562 ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2563) จำนวน 34 คน โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ด้วยแอปพลิเคชัน Google form คิดอัตราการตอบแบบสอบถาม (Response rate) ได้ร้อยละ 100

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุข

สิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยในแบบสอบถาม Google form จะมีคำชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจน หากผู้ใช้บัณฑิตไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิที่ตอบปฏิเสธได้ สำหรับผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถที่จะสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะภาพรวม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์และจัดลำดับความ ต้องการจำเป็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิต ใช้เทคนิค Modify Priority Needs Index ( $PNI_{modified}$ ) ของ Wongwanich<sup>๑</sup> โดย  $PNI_{modified} = \frac{(I-D)}{D}$  เมื่อ ( $PNI_{modified}$ ) แทนดัชนีเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น I (Importance) แทนค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ของสภาพที่ควรจะเป็น D (Degree of success) แทนค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ของสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สำหรับการพิจารณาความต้องการจำเป็นจะพิจารณาค่า  $PNI_{modified}$  ที่มีค่าตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป เป็นเกณฑ์ที่ถือว่ามีความต้องการจำเป็น<sup>๑</sup> ส่วนการจัดเรียงลำดับใช้การเรียงตามค่าดัชนีจากมากไปหาน้อย

### ผลการศึกษา (Results)

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า เมื่อบัณฑิตสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถหางานทำได้ทันที ร้อยละ 91.1 และบัณฑิตทุกคนได้งานทำภายใน 1 ปี และปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ (ร้อยละ 100) โดยปฏิบัติงานตรงกับสาขาที่เรียน ร้อยละ 97.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 41.1 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 3.0 บัณฑิตปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 97.0 ลักษณะการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 44.1 และข้าราชการ ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 มีอายุเฉลี่ย  $49.10 \pm 9.363$  ปี โดยมีอายุระหว่าง 23 ปี ถึง 59 ปี ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 50.0 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย  $26.64 + 9.669$  ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1 ปี ถึง 39

ปี และมีระยะเวลาการทำงานร่วมกับบัณฑิตเฉลี่ย  $9.47 \pm 1.562$  เดือน โดยมีระยะเวลาการทำงานร่วมกับบัณฑิตระหว่าง 3 เดือน ถึง 12 เดือน

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า มีค่าพิสัยของดัชนีความต้องการ

จำเป็นอยู่ระหว่าง 0.03 – 0.38 ความต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่ควรได้รับการพัฒนาเรียงตามลำดับความสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ ลำดับที่ 1 สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมในการพัฒนางาน (0.38) ลำดับที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวิจัย การบริหารและการจัดการด้านสุขภาพชุมชน (0.34) ลำดับที่ 3 เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่น ทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน (0.33) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (N=34)

ข้อที่	รายการ	PNI (I-D)/D	ลำดับ ความสำคัญ
<b>1. คุณธรรมจริยธรรม</b>			
1.4	เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน	0.33	3
1.3	มีเจตคติที่ดี พร้อมที่จะพัฒนาและส่งเสริมงานในหน้าที่ความรับผิดชอบ	0.30	7
<b>2. ความรู้</b>			
2.3	มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวิจัย การบริหารและการจัดการด้านสุขภาพชุมชน	0.34	2
2.2	มีความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพสาธารณสุขและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	0.30	7
<b>3. ทักษะทางปัญญา</b>			
3.4	สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมในการพัฒนางาน	0.38	1

ตารางที่ 1 ความต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (N=34) (ต่อ)

ข้อที่	รายการ	PNI (I-D)/D	ลำดับ ความสำคัญ
3.2	สามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่หลากหลายไปใช้ในการแก้ปัญหา อย่างมีวิจารณญาณ	0.31	6
<b>4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ</b>			
4.3	มีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและผู้ร่วมงาน	0.30	7
<b>5. ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี</b>			
5.1	สามารถเลือกและประยุกต์ใช้เทคนิคทางสถิติและ คณิตศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง	0.30	7
<b>6. ทักษะการฝึกปฏิบัติด้านวิชาชีพ</b>			
6.1	มีทักษะการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยฯจัดการ สุขภาพ ชุมชน วางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนางาน สาธารณสุข	0.32	4
6.3	มีทักษะในการบริหารงานสาธารณสุขภายใต้ปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียงชุมชนมีส่วนร่วม	0.31	5

\*\* นำเสนอเฉพาะข้อที่มีค่า PNI<sub>modified</sub> ตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้านมาตรฐานด้านผลลัพธ์ผู้เรียน ของผู้ใช้บัณฑิตต่อการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 พบว่า มีค่าพิสัยของดัชนีความต้องการจำเป็นอยู่ระหว่าง 0.01 - 0.35 ความต้องการจำเป็นด้านมาตรฐานด้านผลลัพธ์ผู้เรียน ที่ควรได้รับการพัฒนาเรียงตามลำดับความสำคัญ มีดังนี้ ลำดับที่ 1 มี

ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (0.35) ลำดับที่ 2 มีอยู่ 2 ข้อ คือ 1) สามารถสร้างงานหรือสัมมาอาชีวะบนพื้นฐานของความพอเพียง และ 2) เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์และพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีหรือสังคม เพื่อเพิ่มโอกาสและมูลค่าให้ตนเอง และสังคม (0.32) ลำดับที่ 3 มีความรอบรู้ด้านดิจิทัล (0.31) และ ลำดับที่ 4 มีอยู่ 3 ข้อ คือ 1) เป็นผู้มีทักษะทางปัญญา 2) มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และ 3) มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสันติสุขอย่างยั่งยืนในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และประชาคมโลก (0.30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความต้องการจำเป็นด้านมาตรฐานด้านผลลัพธ์ผู้เรียน (N=34)

ข้อที่	รายการ	PNI (I-D)/D	ลำดับ ความสำคัญ
<b>1. บุคคลผู้เรียนรู้ (Learner person)</b>			
1.7	สามารถสร้างงานหรือสัมมาอาชีพบนพื้นฐานของความรู้ พอเพียง	0.32	2
<b>2. ผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม (Innovative co-creator)</b>			
2.4	มีทักษะการคิดสร้างสรรค์	0.35	1
2.7	เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์และพัฒนา นวัตกรรมทางเทคโนโลยีหรือ สังคม เพื่อเพิ่มโอกาสและมูลค่าให้ตนเอง และสังคม	0.32	2
2.3	มีความรอบรู้ด้านดิจิทัล	0.31	3
2.1	เป็นผู้มีทักษะทางปัญญา	0.30	4
2.2	มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	0.30	4
<b>3. ความเป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง (Active citizen)</b>			
3.7	มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสันติสุขอย่างยั่งยืนในระดับ ครอบครัว ชุมชน สังคม และประชาคมโลก	0.30	4

\*\* นำเสนอเฉพาะข้อที่มีค่า PNI<sub>modified</sub> ตั้งแต่ 0.3 ขึ้นไป

### วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการวิเคราะห์และจัดลำดับความ  
ต้องการจำเป็นด้านกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ  
ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของผู้ใช้บัณฑิตต่อ  
การพัฒนาคุณภาพบัณฑิตหลักสูตร  
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชา  
สาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข  
สิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561  
พบว่ายังมีความแตกต่างเกิดขึ้นในระดับที่  
ดัชนีความต้องการจำเป็นมากกว่า 0.3 แสดง  
ว่าเป็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนา<sup>8</sup> เมื่อ

พิจารณาพบว่า ความสามารถสร้างสรรค์  
นวัตกรรมในการพัฒนางาน (0.38) เป็น  
คุณลักษณะของบัณฑิตที่ควรได้รับการ  
พัฒนาเป็นอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับผล  
การศึกษารพัฒนาสมรรถนะสำหรับ  
นักวิชาการสาธารณสุข ตามความต้องการ  
ของผู้ใช้บัณฑิต<sup>13</sup> และการพัฒนาคุณลักษณะ  
บัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาระดับ  
บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร<sup>14</sup> ที่  
พบว่า การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์  
ทักษะทางปัญญา ทักษะการเรียนรู้ใน

ศตวรรษที่ 21 และการร่วมพัฒนานวัตกรรม เนื่องจากการผันแปรอย่างรวดเร็วของโลก หรือ การเกิด Disruption ที่ส่งผลต่อการพัฒนาต่าง ๆ อย่างก้าวกระโดด ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของระบบสาธารณสุขของโลกและประเทศ การเกิดโรคอุบัติใหม่ ก่อให้เกิดนวัตกรรมทั้งทางเทคโนโลยี กระบวนการและผลิตภัณฑ์ใหม่มากขึ้น ความสามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมในการพัฒนางานจึงเป็นทักษะแห่งอนาคตใหม่ที่บัณฑิตด้านสาธารณสุขศาสตร์ควรมี<sup>5</sup>

สำหรับคุณลักษณะด้านความรู้ความเข้าใจในกระบวนการวิจัย การบริหารและการจัดการด้านสุขภาพชุมชน (0.34) การเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน (0.33) ทักษะการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยฯ จัดการสุขภาพ ชุมชน วางแผน แก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข (0.32) ความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่หลากหลายไปใช้ในการแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ (0.31) ทักษะในการบริหารงานสาธารณสุขภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงชุมชนมีส่วนร่วม (0.31) ความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพสาธารณสุขและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (0.30) ความสามารถเลือกและประยุกต์ใช้เทคนิคทางสถิติและคณิตศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง (0.30) รวมถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและผู้ร่วมงาน (0.30) และการมีเจตคติที่ดี พร้อมที่จะพัฒนาและส่งเสริมงานใน

หน้าที่ความรับผิดชอบ (0.30) ซึ่งผู้ใช้บัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้ เป็นไปตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าคุณลักษณะดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะวิชาชีพสาธารณสุข ชุมชนของ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย<sup>15</sup> ที่ระบุว่านักวิชาสาธารณสุขควรมีความรู้ด้านการวิเคราะห์ระบบงานสาธารณสุขและประเมินสุขภาพของชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ชุมชน การบริหารงานสาธารณสุข ทักษะการป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการข้อมูลทางสุขภาพ การวิจัยจากงานประจำเพื่อพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน และคุณลักษณะด้านปฏิสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิตและสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี<sup>16</sup> ที่พบว่าการจัดการสุขภาพของประชาชน ความรู้ ความสามารถทางวิชาการ และงานที่รับผิดชอบ ความสามารถในการประกอบวิชาชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งนับเป็นบทบาทสำคัญของบัณฑิตสาขาสาธารณสุขชุมชนที่จะจบไป

ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาสาธารณสุข  
พืงมี<sup>6,13,15-17</sup>

สำหรับผลการวิเคราะห์และจัดลำดับ  
ความต้องการจำเป็นด้านผลลัพธ์ผู้เรียน  
พบว่ายังมีความแตกต่างเกิดขึ้นในระดับที่  
ดัชนีความต้องการจำเป็นมากกว่า 0.3<sup>8</sup> เมื่อ  
พิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทักษะการคิด  
สร้างสรรค์ (0.35) เป็นคุณลักษณะของ  
บัณฑิตที่ควรได้รับการพัฒนาเป็นอันดับแรก  
สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นด้านกรอบ  
มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ<sup>5,13,14</sup>  
ของผู้ใช้บัณฑิต ในส่วนของความสามารถ  
สร้างงานหรือสัมมาอาชีพบนพื้นฐานของ  
ความพอเพียง (0.32) เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์  
และพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีหรือ  
สังคมเพื่อเพิ่มโอกาสและมูลค่าให้ตนเอง  
และสังคม (0.32) มีความรอบรู้ด้านดิจิทัล  
(0.31) การเป็นผู้มีทักษะทางปัญญา (0.30)  
ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (0.30) และ  
การมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสันติสุขอย่าง  
ยั่งยืนในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และ  
ประชาคมโลก (0.30) สามารถอธิบายได้ว่า  
คุณลักษณะดังกล่าว เป็นสมรรถนะที่จำเป็น  
ต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในโลก  
ศตวรรษที่ 21<sup>5,11</sup> ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย  
ระดับชาติ ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูป  
ประเทศ แผนการศึกษาชาติและมาตรฐาน  
การศึกษาชาติ ที่พบว่าทักษะการคิดขั้นสูง  
และนวัตกรรม การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและ  
ดิจิทัล ทักษะชีวิตและความเจริญแห่งตน

ทักษะการเป็นผู้ประกอบการ และการเป็น  
พลเมืองตื่นรู้ และมีจิตสำนึกสากล<sup>3,6,7,13,15-17</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

คุณภาพบัณฑิตด้านกรอบมาตรฐาน  
คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและด้าน  
ผลลัพธ์ผู้เรียนที่ควรได้รับการพัฒนามาก  
ที่สุดคือ ความสามารถสร้างสรรค์นวัตกรรม  
ในการพัฒนางาน และทักษะการคิดสร้างสรรค์

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและ  
อาจารย์ผู้สอนควรนำผลการศึกษาคูณภาพ  
บัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ  
ระดับอุดมศึกษาและด้านผลลัพธ์ผู้เรียนของ  
บัณฑิต โดยเฉพาะความสามารถสร้างสรรค์  
นวัตกรรมในการพัฒนางาน มาเป็นแนวทาง  
ในการพัฒนานักศึกษาทั้งด้านการจัดการ  
เรียนการสอนและการจัดกิจกรรมเสริม  
หลักสูตรที่พัฒนานักศึกษาทางด้านวิชาชีพ  
เพื่อสามารถพัฒนาบัณฑิตได้ตรงประเด็น  
และเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ใช้  
บัณฑิต ให้มีคุณภาพเพียงพอในการ  
ปฏิบัติงานในวิชาชีพยุค Disruptive ต่อไป

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

คุณลักษณะด้านกรอบมาตรฐาน  
คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและด้าน  
ผลลัพธ์ผู้เรียนเป็นสมรรถนะหลักที่ควร  
กำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนาหลักสูตร

สำหรับผู้เรียนสาขาสาธารณสุขชุมชนหรือ  
สาธารณสุขศาสตร์ เนื่องจากสมรรถนะหลัก  
ของผู้เรียนไทยได้เปลี่ยนแปลงพลิกผัน  
เสมือนการศึกษาของโลกจากการพัฒนาแบบ  
ก้าวกระโดดของเทคโนโลยี บัณฑิตจึงควรมี  
สมรรถนะหลักด้านวิชาชีพที่เป็นทั้ง Hard  
skills และ Soft skills ที่จะนำไปสู่การ

ปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตให้ประสบ  
ความสำเร็จ

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยเรื่องนี้ ได้รับงบประมาณ  
สนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการ  
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Office of the National Education  
commission. **National education act of  
amendment B. E. 2545**. Bangkok:  
Office of the National Education  
commission; 2002. [in Thai].
2. Office of the Higher Education  
Commission. **National qualifications  
framework for higher education in  
Thailand B.E. 2552**. Bangkok: Ministry  
of Education Announcement; 2009.  
[in Thai].
3. Ministry of Education. **Undergraduate  
program standard criteria B. E. 2558**.  
Bangkok: Ministry of Education; 2015.  
[in Thai].
4. Office of the Education Council,  
Ministry of Education. **National  
education standard B. E. 2561**.  
Nonthaburr: 21<sup>st</sup> Century Company  
Limited; 2018. [in Thai].
5. Rangabtuk W. Thai learners' key  
competencies in a VUCA world.  
**Journal of Teacher Professional  
Development** 2020; 1(1): 8-18. [in Thai].
6. Suteeprasert WT, Tullachat J,  
Netsrithong S. The curriculum evaluation  
of Bachelor's Degree in Community  
Public Health program B. E. 2555,  
Sirindhorn College of Public Health,  
Suphanburi. **Journal of Nursing and  
Education** 2018; 11(1): 137-47. [in Thai].
7. Suwancharoen S, Kerdmuang S,  
Suteeprasert T, Chansaeng S,  
Kamolmalai W. The progress of  
internal curriculum quality assurance  
of Sirindhorn College of Public Health,  
Suphanburi. **Chandrakasem Rajabhat  
University Journal of Graduate School**  
2018; 13(2): 25-36. [in Thai].

8. Wongwanich S. **Needs assessment research**. 3<sup>rd</sup> ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing; 2015. [in Thai].
9. Kaufman R, Rojas AM, Mayer H. **Needs assessment: A user's guide**. Englewood Cliffs, NJ: Educational Technology Publications; 1993.
10. Silsawang W, Boosabong N, Ajpru H. Assessment of stakeholders needs regarding desirable characteristic of graduates of Royal Thai Navy College of Nursing. **Procedia Soc Behav Sci** 2014; 131: 470-75.
11. Thammasaeng P, Pupat P, Petchaboon S. Needs assessment of information and communication technology literacy (ICT literacy) of students in secondary educational service area. **International Journal of Emerging Technologies in Learning** 2016; 11(12): 9-13.
12. Chainut A, Suwanjan P, Pupat P, Pimdee P. Needs assessment for the Global- Mindedness of Vocational Certificate students under the Office of the Vocational Education Commission. **Mediterr J Soc Sci** 2019; 10(2): 25-33.
13. Pinwiset W. Competency development for public health technical officer based on the needs of employers. **Maharakham Hospital Journal** 2018; 15(2): 185-93. [in Thai].
14. Chitrakorn A. The need assessment for development of desired characteristic of graduate students studying in Master of Fine Arts Program, Division of Visual Arts Education, Faculty of Painting, Sculpture and Graphic Arts and Faculty of Education, Silpakorn University. **Silpakorn Educational Research Journal** 2016; 8(2): 19-35. [in Thai].
15. Charoenchange P, Kerdmuang S, Kalampakorn S. Public health professional competency of public health officers working in Thai primary care units. **Nursing Journal of the Ministry of Public Health** 2016; 26(1): 40-51. [in Thai].
16. Baokhumkong C, Songserm N, Bureelerd O, Thongkam. Desire and characteristics of alummaemdeserving the demand for alumnae in Master of Public Health Program (Public Health) at Faculty of Public Health, Ubon Ratchani Rajabhat University. **UBRU Journal for Public Health Research** 2017; 6(2):86-94. [in Thai].

17. Pinijchan B, Sriseanprang S, Leeyatikul P. The assessment of context- based learning ( CBL) towards competencies development among primary health providers at National Health Security Office District 3, Nakhornsawan. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2013; 1(2): 69-79. [in Thai].

## การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลนาโก อำเภอภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ธิดารัตน์ สมดี\*, ประมวล พันธุ์คุ้มเก่า\*\*, พรรณิกา งามโพธิ์\*\*\*, สุณิรัตน์ ยั่งยืน\*,  
อุดมศักดิ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม\*, สุพัตรา แก้วเมือง\*, ชัชชฎา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 58 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0) มีอายุเฉลี่ย 54.98 ปี มีผู้สูงอายุในความดูแลจำนวน 1-5 คน (ร้อยละ 82.8) ความถี่ของการให้การดูแล 2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 100.0) มีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.5) มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.2) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการบริการของนักรับบาลผู้สูงอายุ ในระดับสูง (ร้อยละ 40.0) มีการฟื้นฟูองค์ความรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี และเพิ่มเนื้อหาในประเด็นต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแลสุขภาพจิต แพทย์แผนไทย เป็นต้น และความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.414, p=0.001$ ;  $r=0.547, p=0.001$  ตามลำดับ) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตัวเองในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ผลการดำเนินงาน

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโก อำเภอภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

\*\*\* องค์การบริหารส่วนตำบลนาโก อำเภอภูฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

\*\*\*\* คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding Author: Suneerat Yangyuen. E-mail: suneerat.y@msu.ac.th

Received 28/09/2020

Revised 30/10/2020

Accepted 27/11/2020

## **THE PERFORMANCE OF CARE GIVERS FOR THE DEPENDENT ELDERLY IN NAGO SUB-DISTRICT, KUCHINARAI DISTRICT, KALASIN PROVINCE**

*Thidarat Somdee\**, *Pramon Pankumkaow\*\**, *Pannika Ngampo\*\*\**, *Suneerat Yangyuen\**,  
*Udomsak Mahaweerawat\**, *Supattra Keawmuang\**, *Chatchada Mahaweerawat\*\*\*\**

### **ABSTRACT**

This cross-sectional descriptive study aimed to assess dependent elderly caregivers' performance. The subject was 58 caregivers and 100 dependent elderly persons. The structured questionnaire was applied for data collection. The percentage, mean and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were applied for statistics analyses. The results showed that most of caregivers were female (69.0 %) with average age 54.98 years old, and had dependent elderly persons in charge 1-5 person (82.8%). All of them provided care activities 2 time per week (100.0%). Approximately 65.5% of the caregivers had moderate level of caring knowledge in dependent elderly persons and about 67.2 % of them had moderate level of caring skill in dependent elderly persons. The dependent elderly persons had satisfied with caregiver services as high level 40.0%. Additional, the caregiver's caring knowledge and skill was statistically significant with performance of care service ( $r=0.414$ ,  $p=0.001$ ;  $r=0.547$ ,  $p=0.001$  respectively). This study pointed that caregiver's knowledge and skill were important to providing elderly health care. Therefore, relevant agencies should continuously provide training to revise the knowledge and skills for caregivers that will make them become more confident in their care service providing for the elderly.

**Keywords:** Care Giver, Dependent Elderly, Performance

---

\* Faculty of Public Health, Mahasarakham University

\*\* Nago Health Promotion Hospital, Kuchinarai District, Kalasin Province

\*\*\* Nago Subdistrict Administrative Organization, Kuchinarai District, Kalasin Province

\*\*\*\* Faculty of Medicine, Mahasarakham University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยในปี 2560 พบว่า ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุหรือคนที่มีความอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้านคน (ร้อยละ 12.7 ของประชากรโลก) สำหรับสังคมไทย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.2 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ<sup>1-3</sup> โดยมีผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มากถึงร้อยละ 19<sup>1,2</sup> และถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังหรือ/และอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 11 และ 21 ตามลำดับ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามมาได้ เนื่องจากขาดบุตรหลาน หรือคนในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ อาจทำให้เกิดภาวะเครียดหรือซึมเศร้าได้<sup>1</sup> จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และการบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มากขึ้น ดังนั้นเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสุขภาพดีและได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จึงได้มีแนวทางในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยการฝึกอบรมตามหลักสูตรการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เช่น การช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น การดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น<sup>4,5</sup>

พื้นที่ตำบลนาโก อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า จำนวนทั้งหมด 9 หมู่บ้าน มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 806 คน (ร้อยละ 16.78) โดยเป็นผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 4.47) และผู้สูงอายุที่ติดเตียง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.37) มีผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับลูกหลานหรือเครือญาติ จำนวน 623 คน (ร้อยละ 77.30) ผู้สูงอายุที่อยู่รวมกันกับผู้สูงอายุด้วยกัน จำนวน 178 คน (ร้อยละ 22.08) ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือเป็นผู้ที่ให้การดูแลคนอื่นในครอบครัวที่พิการหรือเจ็บป่วย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 0.62) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 12.53 และผู้สูงอายุสูบบุหรี่ ร้อยละ 13.03 ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ส่วนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะต้องให้การดูแลเพื่อให้สามารถรักษาตนเอง และบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น<sup>6</sup> ซึ่งได้รับการดูแลจากผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการจัดอบรมเพื่อฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมาแล้วและยังไม่มีการประชุมผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผล

การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### วิธีการศึกษา (Method)

**รูปแบบการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2563

#### กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จาก 9 หมู่บ้าน ตำบลนาโก อำเภอภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่วิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย
- 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) จำนวน 58 คน
2. ผู้สูงอายุในเขตตำบลนาโก อำเภอภูจินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนน ADL อยู่ระหว่าง 0-11

คะแนน) 2) ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร และ 4) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ดำเนินการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ได้ผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และจำนวนผู้สูงอายุในการดูแล

2. การทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 6 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบให้เลือกตอบ ถูก/ผิด โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-20 คะแนน และแบ่งคะแนนความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์อ้างอิงของ Bloom ดังนี้ ระดับสูง คือ 16 – 20 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 12 -15 คะแนน ระดับต่ำ คือ 0 – 11 คะแนน (ค่า Cronbach's  $\alpha$  เท่ากับ 0.82)

3. การทดสอบทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นข้อคำถามจำลองเหตุการณ์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบให้เลือกตอบ ถูก/ผิด โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-20 คะแนน และแบ่งคะแนนทักษะ ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์อ้างอิงของ Bloom ดังนี้ ระดับสูง คือ 16 – 20 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 12 -15 คะแนน ระดับต่ำ

คือ 0 – 11 คะแนน (ค่า Cronbach's  $\alpha$  เท่ากับ 0.76)

4. ผลการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา) จำนวน 30 ข้อ เป็นลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (checklist) จำนวน 18 กิจกรรม ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ 1) ให้บริการ 2) ไม่ได้ให้บริการ และ 3) ไม่มีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย ความต้องการผู้ดูแล

2. การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต ให้ระดับคำตอบ 3 ระดับ คือ 3 (พอใจมาก) 2 (พอใจปานกลาง) 1 (พอใจน้อย) มีคะแนนรวมระหว่าง 10-30 คะแนน แบ่งระดับความพึงพอใจโดยใช้หลักการแบ่งเป็น 3 ส่วน เท่า ๆ กัน (Tertiles) ดังนี้ ระดับมาก คือ 21-30 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 11-20 คะแนน และระดับน้อย คือ 1-10 คะแนน (ค่า Cronbach's  $\alpha$  เท่ากับ 0.76)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และกรณีในกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลง

นามในแบบยินยอม และสัมภาษณ์ใช้เวลา 15 - 20 นาทีต่อคน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายคุณลักษณะของตัวแปร และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกับผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

**ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 146/2562 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2562

### ผลการศึกษา (Results)

จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0) มีอายุเฉลี่ย 54.98 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.9) มีผู้สูงอายุในความดูแล 1-5 คน (ร้อยละ 82.8) ความถี่ของการดูแลผู้สูงอายุ 2 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 100.0) มีระยะเวลาเฉลี่ยของการให้การดูแลในแต่ละครั้ง 1 ชั่วโมง 30 นาที (ร้อยละ 50.0)

**ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** พบว่าผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.5 โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุด คือ วิธีการแปรงฟันและเลือกแปรงสีฟัน วิธีการป้อนอาหารสำหรับ

ผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยาง การดูแล เรื่องการขับถ่าย/ป้องกันท้องผูก และหลักการ ให้อาหารที่สำคัญ (ร้อยละ 100) เท่ากัน รองลงมา คือ การประเมินภาวะวิกฤติในผู้ป่วยสูงอายุ และการใช้ยาในผู้สูงอายุ (ร้อยละ 96.6) เท่ากัน ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อย คือ การ พุดคุย/สื่อสารกับผู้สูงอายุ (ร้อยละ 22.4) การ ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะขับถ่าย (ร้อยละ 27.6) และการแนะนำด้านโภชนาการสำหรับ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 29.3) ตามลำดับ และผู้ดูแล ผู้สูงอายุยังมีความต้องการฟื้นฟูองค์ความรู้ อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี โดยควรเพิ่มเนื้อหา ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแล สุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยโรคไตและผู้ป่วยที่ ต้องล้างไต และแพทย์แผนไทย เป็นต้น

**ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง** พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่มีทักษะระดับ ปานกลาง ร้อยละ 67.2 โดยข้อคำถามที่ตอบ ถูกมากที่สุด คือ การนวดเพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 100) ขั้นตอนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 100) การให้คำแนะนำสำหรับญาติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การช่วยเหลือดูแล เมื่อผู้สูงอายุ เกิดอาการความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 98.3) การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง (ร้อยละ 98.3) ตามลำดับ ส่วนข้อ คำถามที่ตอบถูกน้อย คือ การปฐมพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีบาดแผล/การห้ามเลือด (ร้อยละ 3.4) การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองตีบ (ร้อยละ 48.3) การดูแล

ช่องปากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ (ร้อยละ 50.0) ตามลำดับ

**การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** พบว่า กิจกรรมที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุมาก ที่สุด คือ การพูดคุย ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ การประสานหน่วยงานให้ความช่วยเหลือ เป็นต้น (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การ ประเมินสุขภาพจิต (ร้อยละ 98.3) การแนะนำ การบริโภคอาหาร (ร้อยละ 96.6) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ไม่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุมาก ที่สุด คือ การป้อนอาหาร (ร้อยละ 48.3) รองลงมาคือ การดูแลผู้ล้างไตทางช่องท้องที่ บ้าน (ร้อยละ 46.6) การทำอาหารที่ให้ทาง สายยางและทางปาก (ร้อยละ 44.8) และ การดูแลผู้มีท่อหลอดลมคอและการดูด เสมหะ (ร้อยละ 41.4) ตามลำดับ ส่วน กิจกรรมที่ไม่มีผู้สูงอายุต้องการความ ช่วยเหลือมากที่สุด คือ การอาบน้ำบนเตียง (ร้อยละ 53.4) รองลงมาคือ การดูแลผู้ใช้ ออกซิเจน (ร้อยละ 50.0) การดูแลผู้มีท่อ หลอดลมคอและการดูดเสมหะ (ร้อยละ 48.3) ตามลำดับ

สำหรับระดับความรู้และทักษะในการ ดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินงานโดยรวมของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลฯ มี ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุใน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.5 และร้อยละ 67.2 ตามลำดับ) และสามารถให้บริการดูแล ผู้สูงอายุทุกกิจกรรม ร้อยละ 70.7 และไม่ ให้ บริการได้ทุกกิจกรรม ร้อยละ 15.5 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินงานโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตัวแปร	จำนวน (n=58)	ร้อยละ
<b>ระดับความรู้</b>		
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	20	34.5
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	38	65.5
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	0	0.0
<b>ระดับทักษะ</b>		
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	18	31.1
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	39	67.2
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	1	1.7
<b>การดำเนินงานโดยรวม</b>		
ได้ให้บริการทุกกิจกรรม	41	70.7
ไม่ได้ให้บริการทุกกิจกรรม	9	15.5
ไม่มีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ	8	13.8

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกับผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับผลการ

ดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=0.414, p=0.001$ ;  $r=0.547, p=0.001$  ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกับการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้กับผลการดำเนินงาน	0.414	0.001
ทักษะกับผลการดำเนินงาน	0.547	0.001

**ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 69.0) อายุเฉลี่ย 79 ปี สภาพสมรส (ร้อยละ 42.0) มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 35.0 อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน ร้อยละ 76.0 อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 21.0 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 3.0 ต้องการผู้ดูแลบางกิจกรรม ร้อยละ 79.0 ต้องพึ่งผู้ดูแลทั้งหมด ร้อยละ 16.0 และไม่ต้องมีผู้ดูแล ร้อยละ 5.0

ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแล ในระดับสูง ร้อยละ 40.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.0 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีความพอใจมาก ได้แก่ มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 97.0) มีการแต่งกายที่เหมาะสม สะอาด และมีความประพฤติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ (ร้อยละ 93.0) สามารถให้คำแนะนำและดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 86.0) ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ/การบริการตรงกับความต้องการ (ร้อยละ 85.0) เป็นต้น ประเด็นที่มีความพอใจระดับปานกลาง ได้แก่ มีความสามารถในการให้การปฐมพยาบาลและแนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม (ร้อยละ 57.0) เป็นต้น

### วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ

69.0) มีอายุเฉลี่ย 54.98 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์<sup>7</sup> และรวีวรรณ ศิริสมบุญณ์ และ ฌภัทรภฤต จันทวงศ์<sup>8</sup> พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 40-60 ปี โดยมีกิจกรรมที่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การพูดคุย ให้คำปรึกษาปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การประเมินสุขภาพจิต (ร้อยละ 98.3) การแนะนำการบริโภคอาหาร (ร้อยละ 96.6) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของโรดม เสมอเชื้อ และคณะ<sup>9</sup> พบว่า กิจกรรม/บริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ คือ การเยี่ยมเยียนดูแลทุกข์สุข และการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาและการศึกษาของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ<sup>10</sup> พบว่า กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.5) โดยตอบถูกมากที่สุด คือ วิธีการแปร่งฟันและเลือกแปร่งสีฟัน การดูแลเรื่องการขับถ่าย/ป้องกันท้องผูก การดูแลผู้สูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น และผู้ดูแล มีความต้องการฟื้นฟูองค์ความรู้ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การดูแลสุขภาพจิต การดูแลผู้ป่วยโรคไต และผู้ป่วยที่ต้องล้างไต และแพทย์แผนไทย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะที่

ถูกต้องและมีความมั่นใจในการทำหน้าที่สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมรัตน์ ประสทธิเมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์<sup>7</sup> และกัญญาศรีประยูร<sup>11</sup> พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับดีตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยประเด็นที่ตอบถูกน้อย คือ การปฐมพยาบาลผู้ที่เป็นลมหมดสติ และการศึกษาของรวิวรรณ ศิริสมบุญ และ ฌภัทรกฤต จันทวงศ์<sup>8</sup> พบว่า ควรฟื้นฟูความรู้ให้กับผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการสอนโดยยกตัวอย่างจากปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการศึกษาของกมลทิพย์ทิพย์สังวาล และคณะ<sup>12</sup> พบว่า การทำคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อใช้ทบทวนองค์ความรู้ และใช้ประกอบในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ พบว่า ผู้ดูแล มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.2) ประเด็นที่มีทักษะน้อย คือ การปฐมพยาบาลกรณีมีบาดแผล การห้ามเลือด การดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ การประเมินเมื่อพบผู้สูงอายุหมดสติ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมรัตน์ ประสทธิเมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์<sup>7</sup> พบว่า ผู้ดูแล มีทักษะน้อย คือ การดูแลช่องปากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ และขั้นตอนการออกกำลังกาย ดังนั้นการพัฒนาการฝึกอบรมผู้ดูแล จำเป็นต้องเน้นการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น และการมีพี่เลี้ยง

เป็นผู้ทบทวนฝึกทักษะต่าง ๆ ให้เป็นประจำ จะทำให้ผู้ดูแล มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในตัวเองในการดูแลหรือให้คำแนะนำผู้สูงอายุมากขึ้น<sup>13</sup>

ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจต่อบริการของผู้ดูแล ในระดับสูง (ร้อยละ 40.0) โดยมีความพอใจมาก ได้แก่ การติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การแนะนำและดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การให้บริการด้านสุขภาพตรงกับความต้องการ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของถนอมรัตน์ ประสทธิเมตต์ และเพชรฯ ชวนะพันธุ์<sup>7</sup> พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ<sup>14</sup> และสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน<sup>15</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก เช่น การให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการและต่อเนื่อง เป็นต้น ทั้งนี้การให้การดูแลที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งสำคัญ<sup>16</sup> เพราะผู้สูงอายุมีระดับการพึ่งพิงที่แตกต่างกัน จึงมีความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปด้วย<sup>4</sup> ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ จึงควรมีการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นทักษะการปฏิบัติและเพิ่มเติมองค์ความรู้ใหม่ ๆ ให้ทันสมัย เพื่อให้สามารถให้บริการที่ตอบสนองกับความต้องการของผู้สูงอายุได้<sup>17</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนาายุส คำโสม และคณะ<sup>18</sup> และอานนท์ แก้วบารุง<sup>19</sup> พบว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

### ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแล เป็นสิ่งสำคัญ จึงควรมีการฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้มีความมั่นใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง และให้บริการช่วยเหลือที่ตรง

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Research Institute Foundation and Development of the Thai elderly. Situation of the Thai elderly 2017 in Bangkok. Bangkok: National Senate Committee Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2017. [in Thai].

กับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และควรมีระบบการติดตามการปฏิบัติงานเพื่อประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงานให้ถูกต้อง

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ดูแล สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับความต้องการมากขึ้น รวมทั้งเกิดความเชื่อมั่น และมั่นใจในการปฏิบัติงานด้วย

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

4. Department of Health, Ministry of Public Health. **Guidelines for the training of elderly caregivers, 70 hours course.** Bangkok: Printing House, National Buddhism Office; 2018. [in Thai].
5. National Health Security Office. **Long-term care system handbook for public health. Elderly people with long-term dependence on the area ( Long Term Care) in the National Health Security System, fiscal year 2016.** Bangkok: National Health Security Office; 2016. [in Thai].
6. Nago Subdistrict Health Promotion Hospital. **Hospital health information.** Kalasin: Department of technology information, Kalasin; 2018. [in Thai].
7. Thanomrat P, Pechara C. Effectiveness of the elderly caregivers with dependence on the long-term care system for the elderly in the health zone 4. Saraburi: Health Center 2 Saraburi, Department of Health, Ministry of Public Health. **Thailand Journal of Health Promotion and Environment** 2017; 40(2): 117-132. [in Thai].
8. Raweewan S, Napatkrit J. The research evaluates the project of the periodic care system - long for the elderly with dependence. Tambon Ban Lam, Amphoe Wihan Daeng, Saraburi Province. **Journal of Public Health** 2016; 24(6): 1076-1085. [in Thai].
9. Warodom S, Pharat P, Chompunut S, Benjamas S. Factors related to quality of life among caregivers of dependent elderly people, Mueang Phayao District Phayao Province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(1): 160 – 178. [in Thai].
10. Chavalit S, Tawatchai P, Akkaradat S, Waree S. Caring for the elderly: They are in a dependent state in the northeastern part of Thailand. **Peace Studies Journal, Periscope** 2017; 5(Special issue): 387-405. [in Thai].
11. Kanya S. Factors associated to dependent care behaviors among caregiver of the long-term care for older adults program, Angthong Province. **Journal of Health Education** 2019; 42(2): 44 -51. [in Thai].
12. Kamontip T, Nitpong S, Prajob L. Development program results community care workers. **Bachelor of Journalism and Social Science. Graduate School, Pibulsongkram**

- Rajabhat University 2018; 12(1): 275-291. [in Thai].
13. Sumalee A, Rattana M, Jaroonsree T. The elderly care model of volunteer care for the elderly in Phuk Rang Municipality Phra Phutthabat District Saraburi Province. **Journal of Nursing, Ministry of Public Health** 2012; 22 (3): 77-87. [in Thai].
14. Pisamai B, Terdsak P, Supawadee Y. Continuous health care model development for the elderly, the home group bed in a health promoting hospital, Ban Dong Man Subdistrict, Singkhok Subdistrict, Kaset Wisai District Roi Et Province. **Journal of the Office of Disease Prevention and Control** 7, Khon Kaen Province 2017; 23(2): 79-87. [in Thai].
15. Suwimonrat R. The development of elderly health care models for the caregiver of the elderly district Warin Chamrap, Ubon Ratchathani Province. **Journal of Narathiwat Rajanagarindra University** 2017; 9(3): 57-69. [in Thai].
16. Budsaya W. The elderly services by the application of new paradigm process of health. **Journal of Business Administration** 2013; 2(2): 70-77. [in Thai].
17. Araya P. Compare the satisfaction and expectation of the users with the caregivers. Seniors from 11 private schools. **Journal of Safety and Health** 2012; 6(17): 68-77. [in Thai].
18. Chanayus K, Sunee L, Plernpit B. Factors influencing caring practices for dependent older adults in the long term care system: Roi Et Province. **Thai Red Cross Nursing Journal** 2019; 12(2): 193-207.
19. Anon K. Caregiver' s performance practicing of rehabilitation health care for elderly dependents at Phuket Province. **Journal of Health Science and Community Public Health** 2019; 2(2): 13-25.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังการเสพซ้ำของ ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน โรงพยาบาลคัดสรรแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

ภคพร อินจันทร์\*, วรรษญา ไชยสาส์\*, สุภาพร แก้วโชติรุ่ง\*,  
ภัชชนก รัตนกรปริดา\*\*, วรพล หนูนุ่น\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเสพติดในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา กลุ่มตัวอย่าง 134 คน เป็นกลุ่มทดลอง 67 คน จะได้รับกิจกรรมส่งเสริมความรู้และการประเมินตนเอง และกลุ่มควบคุม 67 คน ใช้ระยะเวลาในการวิจัย 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย 29 ปี ยาเสพติดที่ใช้คือ ยาบ้าและยาไอซ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษา หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การรับรู้ความสามารถในการป้องกันเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ กลุ่มทดลองมีการรับรู้มากกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม ( $p\text{-value} < 0.05$ ) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**คำสำคัญ:** ประสิทธิภาพ, โปรแกรมสุขศึกษา, ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

---

\* โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา

\*\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

Corresponding Author : Patchanok Rattanakornpreeda. Email: patchanok.preeda@gmail.com

Received 01/10/2020

Revised 05/11/2020

Accepted 04/12/2020

## **EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM APPLYING HEALTH BELIEF MODEL FOR RELAPSE PREVENTION BEHAVIORS AMONG METAMPHETAMINE PATIENTS AT A SELECTED HOSPITAL IN SONGKHLA PROVINCE**

*Paccaporn Injan\**, *Waranya Chaisalee\**, *Supaporn Kaewchotrung\**,  
*Patchanok Rattanakornpreeda\*\**, *Worapol Nunun\*\**

### **ABSTRACT**

This quasi-experimental research with two group pretest-posttest design aimed to study the result of the program to promote the prevention of relapsing into methamphetamine for patients receiving treatment at Thanyarak Songkhla Hospital. The sample was 134 people; 67 people in experimental group received knowledge promotion activities and self-assessment, 67 people in control group used 8 weeks of research. Data were collected by questionnaire and analyzed data using t-test.

Most of sample are male 65.7%, average aged 29 years old, the drugs used were methamphetamine and ice, most of them never had any treatment. After participating in the activity, it found that the experimental group showed improvement in health beliefs but with no statistical significant compared to the control group. The efficacy perception of the prevention of relapsing into Methamphetamine found the experimental group had more awareness than before and the control group ( $p$ -value  $<0.05$ ), the experimental group had more relapsing prevention behavior than the control group ( $p$ -value  $<0.05$ ).

**Key words:** Effectiveness, Health Education Program, Metamphetamine patient

---

\* Thunyarak Songkhla Hospital

\*\* Faculty of Sciences and Technology, Rajaphat Songkhla University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถานการณ์ความมั่นคงของโลกยุคโลกาภิวัตน์ ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติเป็นปัญหาสำคัญที่นับวันจะมีแนวโน้มทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการเจริญเติบโตทางเทคโนโลยี การสื่อสารตลอดจนการคมนาคมขนส่งที่มีความสะดวกรวดเร็ว ระบบเศรษฐกิจและการเมือง ทั้งนี้ยาเสพติดถือเป็นหนึ่งในปัญหาดังกล่าว<sup>1</sup> ในปี พ.ศ. 2560 มีแนวโน้มการนำเข้ายาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น จากจำนวนผู้ค้าทั่วโลก 30.5 ล้านคนเพิ่มเป็น 35 ล้านคน<sup>2</sup>

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบำบัดรักษายาเสพติดครอบคลุม 11 จังหวัดภาคใต้ ที่มีคุณภาพและมาตรฐานในระดับสากล ส่งผลให้ผู้เสพผู้ติดสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข<sup>3</sup> ช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2560 มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุดในจังหวัดสงขลา<sup>4</sup> เฉลี่ยปีละ 2,135.2 คน<sup>5</sup> แต่กลับพบว่า จำนวนของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแล้วหลายรายที่กลับไปเสพยาซ้ำ ร้อยละ 75 ในระยะเวลา 3 เดือนแรก หลังหยุดยา<sup>6</sup>

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเกิด

ความรับผิดชอบและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเกิดขึ้น<sup>7</sup>

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงนำมาสู่การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการเสพยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน เพื่อให้ผู้ป่วยเมทแอมเฟตาไม่กลับไปเสพยา ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในโรงพยาบาลพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดในโรงพยาบาลพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

## ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental

Research) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker M.H., 1974)<sup>7</sup> ซึ่งดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เสพเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระยะเวลาฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 67 คน ใช้ระยะเวลาในการวิจัยรวม 8 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยยาบ้าและ/หรือ ยาไอซ์ ทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ทั้งในระบบสมัครใจและระบบบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545<sup>8</sup>

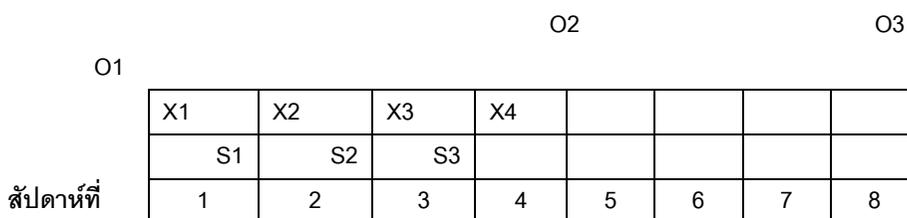
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยยาบ้าและ/หรือ ยาไอซ์ ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการ

บำบัดรักษายาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สงขลา ระหว่างเดือน เมษายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ทั้งในระบบสมัครใจและระบบบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545<sup>8</sup> ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

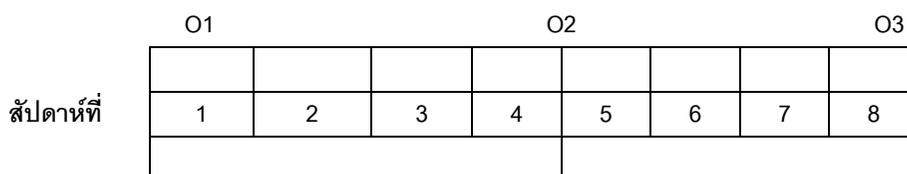
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยติดต่อประสานงานกับแผนกผู้ป่วยในเพื่อขอพบผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งให้เวลาแก่อาสาสมัครในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 67 คน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนหลัง ซึ่งมีรูปแบบการวิจัยดังภาพที่ 1 และ 2



ภาพที่ 1 การทดลองของกลุ่มทดลอง



ภาพที่ 2 การทดลองของกลุ่มควบคุม

โดยกำหนดให้

O1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพของการเสพเมทแอมเฟตามีน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

O2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของการเสพเมทแอมเฟตามีน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

O3 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

X1 หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมความรู้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเสพเมทแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยการชมวีดิทัศน์ บรรยายให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

X2 หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ ความรุนแรงของการเสพเมทแอมเฟตามีน ในสัปดาห์ที่ 2 เป็น ประกอบด้วยการชมวีดิทัศน์ การบรรยาย การเสนอตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

X3 หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ อุปสรรคของการไม่เสพเมทแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย ประเมินปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเลิกเมทแอมเฟตามีน อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอุปสรรคของการไม่เสพเมทแอมเฟตามีน การเสนอตัวแบบ ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

X4 หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ ประโยชน์ของการไม่เสพเมทแอมเฟตามีนในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ของการไม่เสพเมทแอมเฟตามีน การเสนอตัวแบบ ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพซ้ำ

S1, S2, S3 หมายถึง การให้คำปรึกษา รายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1-3 ภายหลังจากทำกิจกรรม ใช้เวลา 15 นาทีต่อ 1 คน

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ยาและสารเสพติดที่เคยใช้ ความถี่ของการใช้ยา และแหล่งที่อยู่อาศัย

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามวัดความเชื่อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนการประมาณค่า

(Rating Scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นและความเชื่อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน จากนั้นวัดผลตามเกณฑ์การประเมิน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน นำมาจัดระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Benjamin S. (1971)<sup>9</sup> แบ่งคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 3 ระดับ คือ 20-59.9 คะแนน เป็นระดับต่ำ 60-79.9 คะแนน เป็นระดับปานกลาง และ 80-100 คะแนน เป็นระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติด เป็นแบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นและความเชื่อ คือน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน จากนั้นวัดผลตามเกณฑ์การประเมิน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน นำมาจัดระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Benjamin S. (1971)<sup>9</sup> แบ่งคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้ คือ 20-

59.9 คะแนน เป็นระดับต่ำ, 60-79.9 เป็นระดับปานกลาง และ 80-100 คะแนน เป็นระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพติดของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพติดของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็นและความเชื่อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือน้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน จากนั้นวัดผลตามเกณฑ์การประเมิน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน นำมาจัดระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom Benjamin S. (1971)<sup>9</sup> แบ่งคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 3 ระดับ คือ 20-59.9 คะแนน เป็นระดับต่ำ, 60-79.9 เป็นระดับปานกลาง และ 80-100 คะแนน เป็นระดับสูง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการกลับไปเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่

ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบ normality ด้วย Kolmogorov-smirnov

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการเสพติดซ้ำการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดซ้ำและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเสพติดซ้ำก่อน-หลังการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ Paired sample t-test/Wilcoxon signed rank test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการเสพติดซ้ำการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดซ้ำและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเสพติดซ้ำ กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ Independent t-test/Mann Whitney U test

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 60007 เอกสารใบรับรองที่ 018/2560 เพื่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

#### ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย จำนวน 44 คน ร้อยละ 65.7 มีอายุเฉลี่ย 29.18

$\pm 7.16$  และ  $29.18 \pm 7.16$  ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 52.2 และ 61.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.8 และ 56.6 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.2 และ 62.7 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 35.8 และ 50.7 ประเภท ยาเสพติดที่ใช้ คือ ยาบ้า และยาไอซ์ ร้อยละ 46.3 แต่ในกลุ่มทดลองเป็นยาบ้า ร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษา ร้อยละ 64.2 และ 55.2 อีกทั้งครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้เสพยาเสพติดไม่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ร้อยละ 58.2 และ 55.7

2. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน

2.1 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.6 และหลังการทดลองระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 67.2 และ 2) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.7 หลังการทดลอง ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 76.1

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $81.2 \pm 9.4$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น  $82.4 \pm 9.0$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) 2) กลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $83.7 \pm 9.5$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น  $85.0 \pm 9.6$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

2.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของ

ผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $83.7 \pm 9.5$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย  $81.2 \pm 9.4$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) 2) หลังการทดลอง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $85.0 \pm 9.5$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย  $82.4 \pm 9.0$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้เสพ  
เมทแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=67)

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ เสพเมทแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=67)	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p-value
<b>เปรียบเทียบ</b>					
ก่อนการทดลอง	83.7	9.5	131.9	-1.5	0.13
หลังการทดลอง	81.2	9.4			
ผลต่าง	2.5				
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	85.0	9.5	131.5	-1.6	0.11
หลังการทดลอง	82.4	9.0			
ผลต่าง	2.6				

3. การรับรู้ความสามารถในการ  
ป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

3.1 ระดับการรับรู้ความสามารถในการ  
ป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ  
พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง  
กลุ่มเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถ  
ในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำใน  
ระดับต่ำ ร้อยละ 59.1 ภายหลังการทดลอง  
พบว่าระดับการรับรู้ความสามารถในการ  
ป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนเพิ่มขึ้น โดยส่วน  
ใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.5 ร้อยละ 1.5  
เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้ความสามารถ  
ในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนระยะก่อน  
การทดลองกับหลังการทดลอง พบมีการ  
เปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำลง คือ ร้อยละ 98.5

2) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า  
ส่วนใหญ่ระดับการรับรู้ความสามารถในการ  
ป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับ  
ปานกลาง 55.22 และระดับต่ำ ร้อยละ 44.78  
หลังการทดลอง พบว่าระดับการรับรู้  
ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอม  
เฟตามีน ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับปานกลาง  
ร้อยละ 61.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 38.8 เมื่อ  
เปรียบเทียบระดับความการรับรู้ความสามารถ  
ในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนระยะก่อน  
การทดลองกับหลังการทดลอง พบมีการ  
เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น คือ ความการรับรู้  
ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอม  
เฟตามีนในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น  
ร้อยละ 61.2

3.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มเปรียบเทียบด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $55.67 \pm 12.3$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น  $45.2 \pm 7.2$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ หลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) 2) กลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $58.7 \pm 12.4$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น  $61.2 \pm 10.5$  คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำหลังการทดลองสูงกว่าคะแนน

ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

3.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำก่อนการทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $58.7 \pm 12.4$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย  $55.7 \pm 12.3$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) 2) หลังการทดลอง เมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำหลังการทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $61.2 \pm 10.5$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย  $45.3 \pm 7.3$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการ  
เสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=67)

การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมท แอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบ (n=67)	$\bar{X}$	S.D.	p-value
<b>เปรียบเทียบ</b>			
ก่อนการทดลอง	58.7	12.4	0.159
หลังการทดลอง	55.7	12.3	
ผลต่าง	3.0		
<b>กลุ่มทดลอง</b>			
ก่อนการทดลอง	61.2	10.5	<0.001
หลังการทดลอง	45.3	7.3	
ผลต่าง	15.9		

#### 4. พฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน

4.1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 56.7 รองลงมา ระดับปานกลาง 43.3 หลังการทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการ

ป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 92.5 2) กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับการพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนอยู่ในระดับปานกลาง 55.20 และระดับต่ำ ร้อยละ 44.8 หลังการทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำ ร้อยละ 89.4 และระดับปานกลางร้อยละ 9.1 เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของ

ผู้เสพเมทแอมเฟตามีนระยะก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง พบมีการเปลี่ยนแปลง คือ พฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนในระดับต่ำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.4

4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนภายในกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มเปรียบเทียบด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $56.1 \pm 11.0$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น  $44.5 \pm 8.3$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำหลังการทดลองต่ำกว่าคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) 2) กลุ่มทดลอง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนของกลุ่มทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $58.6 \pm 12.4$  คะแนน และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น  $51.1 \pm 10.7$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ

ป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนระหว่างก่อนการทดลองกับหลังทดลอง พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ )

4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า 1) ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $58.7 \pm 12.4$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น  $56.1 \pm 11.1$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.05$ ) 2) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนหลังการทดลองด้วยค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย  $51.1 \pm 10.7$  คะแนน และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย  $44.5 \pm 8.3$  คะแนน เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำหลังของ กลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนกลุ่ม

เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันการเสพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (n=67)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเสพระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ (n=67)	$\bar{X}$	S.D.	p-value
<b>เปรียบเทียบ</b>			
ก่อนการทดลอง	58.7	12.4	0.206
หลังการทดลอง	56.1	11.1	
ผลต่าง	2.6		
<b>กลุ่มทดลอง</b>			
ก่อนการทดลอง	51.1	10.7	<0.001
หลังการทดลอง	44.5	8.3	
ผลต่าง	6.6		

### วิจารณ์ (Discussion)

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติกับกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้ผู้เสพระหว่างกลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการสะท้อนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง การนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker M.H. (1974)<sup>7</sup> มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมเพื่อให้ผู้เสพระหว่างกลุ่มทดลองหันเหตนเอง

ไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวกมากขึ้น โดยเพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการเสพระหว่างกลุ่มทดลอง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเสพระหว่างกลุ่มทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของการเสพระหว่างกลุ่มทดลอง การรับรู้อุปสรรคของการไม่เสพระหว่างกลุ่มทดลอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการไม่เสพระหว่างกลุ่มทดลอง ประกอบกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา ได้แก่ การบรรยาย การใช้สื่อวีดิทัศน์ ใบงานความรู้ การเล่าประสบการณ์จากคนต้นแบบ และกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้เสพระหว่าง

แอมเฟตามีนตระหนักในปัญหาของการใช้เมทแอมเฟตามีนมากขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดลพบุรี พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเสพแอมเฟตามีนดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.000$ ) (ธัญญา พฤษยาชีวะ, 2541)<sup>10</sup> รวมถึงศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ถูกคุมความประพฤติจังหวัดพิจิตร ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเสพยาบ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเสพยาบ้าดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) (ชาติเยี่ยมมา, 2544)<sup>11</sup> และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างทางสถิติกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งขัดแย้งกันกับการศึกษาของธัญญา พฤษยาชีวะ (2541)<sup>10</sup> ซึ่งกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงต่อการเสพแอมเฟตามีนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.000$ ) และชาติเยี่ยมมา (2544)<sup>11</sup> พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ

ตนเองในพฤติกรรมส่งเสริมการเลิกเสพยาบ้าดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งระดับการรับรู้นี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของธีระชัย พงษ์วิทย์ และคณะ (2557)<sup>12</sup> ที่พบว่าการรับรู้สมรรถภาพของตนเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดเมื่อไปงานเลี้ยงสังสรรค์และการพบเพื่อนใหม่ หรือเมื่อเพื่อนสนิทจะชักชวนให้เสพยาเสพติด ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ พบว่าภายหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ปัญญาบุศย์ และสุกมา แสงเดือนฉาย (2556)<sup>13</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน พบว่า ภายหลังการทดลองการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดยาของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร (วรรณุตร อรุณรัตน์โชติ, 2546)<sup>14</sup> ซึ่งพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การรับรู้ความรุนแรงของการติดยาเสพติด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.001 รวมถึงการศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้เสพยาเมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทัศนวิจารณ์ พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้เสพยาเมเฟตามีนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ ความรุนแรงของ แอมเฟตามีน มีความสามารถในการป้องกันการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีระดับนัยสำคัญ 0.05 (สุกามา แสงเดือนฉาย, 2541)<sup>15</sup> และสอดคล้องกับซาลี เอี่ยมมา (2544)<sup>11</sup> ศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังตนเองในการเลิกเสพยาบ้าของผู้ถูกคุมความประพฤติ จังหวัดพิจิตร พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในพฤติกรรมส่งเสริมการเลิกเสพยาบ้า ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเสพยาเมเฟตามีน รับรู้ความรุนแรงของการเสพยาเมเฟตามีน และอุปสรรคของการไม่เสพยาเมเฟตามีน มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเสพยาเมเฟตามีนซ้ำมากขึ้น

ด้านพฤติกรรมกำบังกำบังการเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเมเฟตามีน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกำบังกำบังการเสพยาซ้ำไม่แตกต่างทางสถิติกับก่อนทดลอง แต่มีพฤติกรรมกำบัง

กำบังกำบังการเสพยาซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกำบังกำบังการเสพยาซ้ำไม่แตกต่างทางสถิติกับก่อนทดลอง ไม่สอดคล้องกับ วรนุตร อรุณรัตน์โชติ (2546)<sup>14</sup> ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการกำบังกำบังตนเองจากยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกำบังกำบังตนเองจากยาเสพติดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกำบังกำบังการเสพยาซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของชินจิตต์ ภัทวกร (2544)<sup>16</sup> ศึกษาการประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาเผชิญความจริงต่อพฤติกรรม การควบคุมตนเองในการบำบัดรักษาและกำบังกำบังการเสพยาซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกำบังกำบังตนเองในการบำบัดรักษาดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ )

### ข้อสรุป (Conclusions)

จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเมท

แอมเฟตามีนมีคะแนนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่สูงขึ้น แต่เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาจึงควรออกแบบระเบียบวิธีที่รัดกุมขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป เช่น การวัดประสิทธิผลการวิจัย โดยการติดตามผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วทั้ง 7 ครั้ง หรือการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลเพื่อเปรียบเทียบวิธีการบำบัดรักษาระหว่างโปรแกรมต่าง ๆ

### ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. พัฒนาทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นทีมผู้บำบัดบำบัดรักษาผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนในโรงพยาบาล ให้เข้าใจการนำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนไปใช้
2. นำโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน นี้ ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน ในโรงพยาบาล
3. พัฒนาต่อยอดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนนี้ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากกลุ่มทดลอง และการวิเคราะห์ผลจากโปรแกรมฯ ที่ผ่านการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันการเสพติด

4. ทำการวิจัยทางระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ต่อจากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน และปัจจัยส่งเสริมให้ไม่มีการเสพติด

5. ทำการวิจัยโดยการวิเคราะห์อัตราอยู่รอดเพื่อหาระยะเวลาที่ยาวนานที่สุดที่โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพติดของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนนี้ นี้สามารถป้องกันการเสพติดได้

### สถานะองค์ความรู้ (Status of Knowledge)

ผลการศึกษาทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด แต่ทั้งนี้ อาจจะต้องค้นหารูปแบบวิธีที่มีประสิทธิภาพการกลับมาเสพติด ตลอดจนถึงการตีตราในผู้ป่วยยาเสพติดเมื่อกลับคืนสู่สังคม

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledge)

ขอขอบพระคุณ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับทุนสนับสนุนการวิจัย นายแพทย์ธวัช ลาภินี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและให้ดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Srimuangkanjana C. **Hot Issue 2019 February Transnational crime and security of Thailand**. Bangkok: The Secretariat of the House of Representatives; 2019. [in Thai].
2. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. **World drug report 2019**. Geneva: UNODC; 2019.
3. Thanyarak Songkhla Hospital. **Vision and Mission** [online] 2019 Jan 1 [cited 2019 June 5]. Available from: <https://sdtc.go.th/vision> [in Thai].
4. Ministry of Public Health. **Report system Follow up and Surveillance System of drug problems** [online] 2020 [cited 23 August 2020]. Available from: <http://antidrug.moph.go.th/beta2/>
5. Information Technology and Academic Support Group, Thanyarak Songkhla Hospital. **Patient Service Statistics on 2012 - 2017. Extreme Platform for Hospital Information** [online] 2020 [cited 2020 February 24]. Available from: <https://www.hoscp.net>. [in Thai].
6. Information Technology and Academic Support Group, Thanyarak Songkhla Hospital. **Patient Service Statistics on 2016 Fiscal Year. Annual report 2016 Fiscal Year**. Songkhla: SDTC; 2016. [in Thai].
7. Becker MH. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. **Health Education & Behavior** 1974; 2: 354-86.
8. **Narcotic Act ( No. 5 ) , B. E. 2545 (2002)**. Ratchakitcha No.119, Episode 96 A. (Sep 30; 2002); 2002. [in Thai].
9. Bloom Benjamin S. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill; 1971.
10. Prukshyajiva T. **An Application of Protection Motivation Theory and Social Support to Amphetamine Abuse Prevention among Secondary School Students, Department of General Education, Lopburi**. Bangkok: Mahidol University; 1998. [in Thai].
11. Aiamma C. **The Effectiveness of Empowerment in Cessation of Amphetamine Abuse among Probationers in Phichit Province**. Bangkok: Mahidol University; 2001. [in Thai].
12. Pobhirun T, Kanato M, Boonchuen P. **Factors Related to Drugs Camp Attendances' Intention on Drugs Use Cessation, Wiwatphonlamuang Camp**

- in Pakchong District, NakornRatchasima Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2014; 2(2): 43-55. [in Thai].
13. Panchabuse C, Saengduenchai S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Program on Early Relapse Prevention among Methamphetamine - Dependent Patients. *Journal of Nursing Division* 2013; 40(1): 24-38. [in Thai].
14. Ratanachote A. The Effectiveness of Health Education Program on the Prevention of Narcotic Addiction Among Matthayomsuksa 1 Students of Bangkok Metropolitan School. Bangkok: Kasetsart University; 2003. [in Thai].
15. Saengduenchai S. The Effectiveness of Empowerment for Relapse Prevention of Amphetamine, Dependence at Thanyarak Hospital. Bangkok: Mahidol University; 1998. [in Thai].
16. Patarakorn C. An Application of a Group Counseling Program Based on Reality Therapy Combined with Social Support to Self-Control Behaviors and Relapse Prevention among Amphetamine Abuses during Detoxication Period in Thanyarak Hospital, Pathumthani Province. Bangkok: Mahidol University; 1998. [in Thai].

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

สุวรรณค์ ฉิติสุทธิ\*, วิลาวรรณย์ ชาดา\*\*, วิภา ชูปวา\*\*\*, วิศิษฐ์ ทองคำ\*,  
เกษรา ปะติกาณัง\*\*\*\*, กานดา จงเทพ\*\*\*\*, สุชาติ สงหมั่นไวย\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด 542 คน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) อายุเฉลี่ย 69.33 ปี ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 94.1) สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ร้อยละ 43.5, 44.4 และ 40.2 ตามลำดับ) ส่วนด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีหนี้สิน และโรคประจำตัว ( $p$ -value = 0.014, 0.007, 0.012 และ 0.029 ตามลำดับ)

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\*\*\* คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

\*\*\*\* องค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding Author: Wilawun Chada E-mail: wilawun.c@ubru.ac.th

Received 22/09/2020

Revised 24/10/2020

Accepted 27/11/2020

## **FACTOR RELATED TO THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN SANPATONG SUB-DISTRICT, NACHUAK DISTRICT, MAHASARAKHAM PROVINCE**

*Sawan Thitisutthi\**, *Wilawun Chada\*\**, *Wipa Chuppawa\*\*\**, *Wisit Thongkum\**,  
*Ketsara Patiganang\*\*\*\**, *Kanda Jongtep\*\*\*\**, *Suchat Songmuenwai\**

### **ABSTRACT**

This study determine the factors related to the quality of life of the elderly in Sanpatong sub-district, Nachuak districk, Mahasarakham province. The samples are 542 elderly. Designed the study is cross- sectional. Collecting data from an interview questionnaires survey. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The results revealed that the majority of the elderly were female (55.7%), average age 69.33 years, mostly earning less than 5,000 baht per month (94.1%). Elderly had a quality of life at a moderate level (54.2%). (considering each domain, physical domain, social relationships, and environment domain was at low level (43.5%, 44.4%, and 40.2 % respectively) while psychological domain was at moderate level (42.3%). The factors associated with quality of life were education, monthly income, debt, and chronic illness (p-value =0.014, 0.007, 0.012 and 0.029 respectively)

**Keywords:** Factor, Quality of life, Elderly

---

\* Faculty of Public Health, Mahasarakham University

\*\* Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

\*\*\* Faculty of Liberal Arts and Sciences, Sisaket Rajabhat University

\*\*\*\* Sanpatong Subdistrict Administrator Organization, Nachuak District Mahasarakham Province

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขนาดและสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และการสาธารณสุขนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจกันเป็นอย่างยิ่งทั้งในระดับโลกและระดับชาติ<sup>1</sup> นอกจากนี้คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิตของมนุษย์และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการและเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพของประชากร ซึ่งคุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่และความรู้สึกในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาสำคัญ คือ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ<sup>2,3</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้สูงอายุและผู้เตรียมผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยมากและเร็วขึ้น ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงรายจ่ายของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุยังเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม<sup>4</sup> ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงเช่นกัน นอกจากนี้การรู้เท่าทันสุขภาพเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ยังเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพ<sup>5</sup> ทั้งนี้ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันเนื่องจากหลายปัจจัย อาทิเช่น เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมการดำรงชีวิต<sup>6</sup> ดังนั้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง<sup>7</sup>

พื้นที่เขตตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระบบสุขภาพชุมชนภายใต้การทำงานร่วมกันขององค์กรภาคีทางสุขภาพอย่างบูรณาการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจากข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมไม่ดีนัก เนื่องจากอาชีพหลักของประชาชนส่วนใหญ่ คือ เกษตรกรรมและอยู่นอกเขตชลประทาน อาศัยน้ำฝนในการทำเกษตรสภาพดินเป็นดินร่วนปนทรายทำให้ผลผลิตที่ได้ไม่ดีขึ้นอยู่กับธรรมชาติเป็นตัวกำหนด และปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอาศัย

อยู่กับลูกหลานซึ่งพ่อแม่ไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ และมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน<sup>๑</sup>

จากข้อมูลข้างต้นคณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ทราบปัจจัยที่ชัดเจนและนำข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งข้อมูลที่ได้ช่วยในการตัดสินใจวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาทางด้านสาธารณสุขเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอ นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

#### วิธีการศึกษา (Method)

**รูปแบบการศึกษา** เป็นการวิจัยแบบ cross-sectional study ระยะเวลาวิจัยตั้งแต่ 10 กุมภาพันธ์ – 10 มิถุนายน 2563

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอ

นาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive) ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 542 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย การเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ การมีหนี้สิน การเงินเก็บออม การขอกู้เงินจากธนาคาร/สถาบันการเงิน/บัตรเครดิต การเล่นเกมในคอมพิวเตอร์ที่บ้านที่ทำงาน โรคประจำตัว

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ<sup>๑</sup> จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบแต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ข้อคำถามเชิงบวก 26 ข้อ		ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ	
ข้อความ	คะแนน	ข้อความ	คะแนน
ไม่เลย	1	ไม่เลย	5
เล็กน้อย	2	เล็กน้อย	4
ปานกลาง	3	ปานกลาง	3
มาก	4	มาก	2
มากที่สุด	5	มากที่สุด	1

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์มีค่าระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.912

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยประสานงานพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม โดยได้รับความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนตำบลสันป่าตอง และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลสันป่าตองเป็นผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการเข้าร่วมอบรมการเตรียมการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด การชักชวนการสัมภาษณ์เพื่อทบทวนการสัมภาษณ์ตามเค้าโครงแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุคนละ 10-20 นาที ตามจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ประจำบ้าน เป็นระยะเวลา 14 วัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ Multiple linear regression

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ P034/2561 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561

#### ผลการศึกษา (Results)

1. **ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) มีอายุเฉลี่ย 69.33 ปี ( $\sigma=7.53$ ) ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 61.1) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.8) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 94.1) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่จากสวัสดิการจากรัฐ (ร้อยละ 74.1) ลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่พักอยู่อาศัยกับคู่สมรส (ร้อยละ 58.7) และการสร้างอาชีพใน

ชุมชน ส่วนใหญ่มีการสร้างอาชีพเสริม (ร้อยละ 62.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (N = 542)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
- ชาย	237	43.7
- หญิง	302	55.7
<b>กลุ่มอายุ</b>		
- 60 - 69	239	61.1
- 70 - 79	110	28.1
- 80 ปีขึ้นไป	42	10.7
Mean = 69.33 SD = 7.53 Max = 60 ปี Min = 98 ปี		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
- ไม่ได้เรียน	33	6.1
- ประถมศึกษา	470	86.7
- มัธยมศึกษา	15	2.7
- อนุปริญญา	2	0.4
- ปริญญาตรีและสูงกว่า	5	0.9
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	510	94.1
- 5,000 – 10,000 บาท	17	3.1
- 10,001 – 15,000 บาท	6	1.1
- มากกว่า 15,000 บาท	9	1.7
Mean = 2857.28 SD = 4946.7 Max = 400 บาท Min = 50000บาท		
<b>การมีหนี้สิน</b>		
- ไม่มีหนี้สิน	102	18.8
- มีหนี้สิน	440	81.2
<b>โรคประจำตัว</b>		
- โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ	303	56.0
- โรคระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ	157	28.9
- โรคระบบทางเดินอาหารและตับ	29	5.4
- โรคระบบประสาทและสมอง	19	3.5
- โรคระบบทางเดินหายใจ	28	5.1
- โรคระบบเซลล์ร่างกายผิดปกติ	6	1.1

2. **ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**  
พบว่า สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2 จำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ร้อยละ 43.5) ด้าน

จิตใจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ร้อยละ 44.4) และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.2) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (N = 542)

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	คุณภาพชีวิต ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพชีวิต ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	236 (ร้อยละ 43.5)	208 (ร้อยละ 38.4)	98 (ร้อยละ 18.1)
2. ด้านจิตใจ	105 (ร้อยละ 19.4)	229 (ร้อยละ 42.3)	209 (ร้อยละ 38.3)
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	228 (ร้อยละ 44.4)	241 (ร้อยละ 42.0)	74 (ร้อยละ 13.6)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	218 (ร้อยละ 40.2)	198 (ร้อยละ 36.5)	126 (ร้อยละ 23.3)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	112 (ร้อยละ 20.6)	294 (ร้อยละ 54.2)	136 (ร้อยละ 25.2)

3. **ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ระดับการศึกษา (P- value =0.014)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (P- value =0.007) การมีหนี้สิน (P- value =0.012) และโรคประจำตัว (P- value =0.029) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (N = 542)

ตัวแปร	B	Std. Error	t	p-value
1. ระดับการศึกษา	-0.093	0.21	-1.693	0.014
2. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.483	0.16	10.192	0.007
3. การมีหนี้สิน	0.226	0.29	6.360	0.012
4. โรคประจำตัว	-0.124	0.18	-3.340	0.029

### วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตพบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากสภาพร่างกายผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยตามกาลเวลา ทำให้รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกหงุดหงิด ผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าสูง พึงพอใจในตนเองในระดับต่ำ<sup>10</sup> ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ รวมไปถึงมีหนี้สิน ไม่มีการเงินเก็บออม การขอกู้เงินจากธนาคาร สถาบันการเงิน บัตรเครดิต การไม่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมเป็นกิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คนในสังคมและได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการยอมรับจากคนในสังคม ช่วยส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุและยังแสดงถึงความสามารถในการปรับตัว มีร่างกายสมบูรณ์ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ<sup>11</sup> และด้านสิ่งแวดล้อม ถ้า

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อากาศถ่ายเทสะดวก จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสดชื่นและมีจิตใจที่สงบและรู้สึกดียิ่งขึ้น<sup>12</sup> หากสถานที่ที่มีคนเบียดเสียดพลุกพล่าน อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และสุขลักษณะไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเจ็บป่วยได้ง่ายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ<sup>13</sup>

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับวิไลพร ขาววงษ์ และคณะ<sup>14</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลบางกว้าง อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาโดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าอาจมีการดูแลสุขภาพ แนวคิดที่เป็นระบบ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า กล่าวคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาสูงใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมด้าน นันทนาการ ทำงานอดิเรก

เล่นกีฬา เป็นสมาชิกชมรม ทำกิจกรรม  
ทางการเมือง งานอาสาสมัคร หรืออ่าน  
หนังสือ และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงส่วนใหญ่  
มักจะเคยมีอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพและ  
การจัดการ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา  
ต่ำจะมีอาชีพด้านการเกษตร บริการและ  
อาชีพที่ต้องใช้แรงงาน ซึ่งให้ค่าตอบแทนใน  
ระดับที่ต่ำกว่า จึงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน  
นอกจากนี้รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและหนี้สิน  
เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต  
ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ อภินันท์พร  
วงษ์รัตน์<sup>15</sup> และจิรัชยา เคล้าดี และคณะ<sup>6</sup>  
พบว่า หากผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอในการ  
ดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ  
กายสุขภาพจิตดี ไม่เกิดภาวะวิตกกังวล  
แต่อย่างใด และสามารถดำรงชีวิตอย่างมี  
ความสุขได้ และยังพบว่าโรคประจำตัวเป็น  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของ  
ผู้สูงอายุเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ  
ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี<sup>16</sup>  
และ Joyce et al.<sup>17</sup> พบว่า การที่ผู้สูงอายุป่วย  
เป็นโรคเรื้อรังนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน  
จิตใจของผู้สูงอายุ เช่น เกิดความหงุดหงิด  
รำคาญใจที่มาจากกรเจ็บป่วย หรือผลกระทบ  
ทางด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุอาจจะสูญเสีย  
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน  
หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่ง  
สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุ

## ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต  
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.2  
จำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ได้แก่  
ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม  
และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต  
ระดับไม่ดี (ร้อยละ 43.5, 44.4 และ 40.2  
ตามลำดับ) ส่วนด้านจิตใจส่วนใหญ่มี  
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.3)  
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต  
ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้  
การมีหนี้สิน และโรคประจำตัว

## ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนด  
นโยบายเรื่องสวัสดิการด้านการเพิ่มรายได้  
ให้กับผู้สูงอายุ เช่น การจัดกระบวนการเรียนรู้  
เพื่อเพิ่มทักษะต่าง ๆ ในการประกอบอาชีพ  
เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ด้วยตนเอง รวมไปถึง  
อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ  
ตนเองสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางในการ  
ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่  
ดีมีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิต  
ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง

## สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ปัจจัยด้านบุคคล อาทิ ระดับการศึกษา  
รายได้ การมีหนี้สิน และ โรคประจำตัว ส่งผล  
ต่อการมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ และทำให้มี  
ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีตามมา ดังนั้นการส่งเสริม  
ให้ผู้สูงอายุมีความรู้การดูแลสุขภาพและ

ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงเพิ่มทักษะด้านอาชีพให้ผู้สูงอายุสามารถหารายได้ด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

คณะผู้วิจัยขอขอบ คุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kantaros N, Santivong A. Participatory Action Research for Developing the Piloted Curriculum of Geriatric School in Local Government: A Case Study of Some Ngam Municipality, Soem Ngam District, Lampang Province. *Veridian E - Journal, Silpakorn University* 2018; 11(2): 3387-3420. [in Thai].
2. Suwitawat J, Kaewchantha N. Quality of life in the elderly with diabetes mellitus. *Journal of nursing science and health* 2009; 32(1): 29-38. [in Thai].
3. Turnbull N, Chada W, Chuppawa W, Prakodhan W. Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly with Diabetes Mellitus in Chen Chom District, Maha - sarakham Province. *Quality of life and law Journal* 2018; 14(2): 42-52. [in Thai].

(สสส.) ที่สนับสนุนทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสันป่าตอง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และประสานงานกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี

4. Sampaothong G. *Family and elderly health care*. Pathum Thani: Thammasat University; 2006. [in Thai].
5. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health Literacy: Situation and Impacts on Health Status of the Older Adults. *APHEIT J NH* 2020; 2(1): 1-19. [in Thai].
6. Keawmuang S, Yangyuen S, Mahaweerawat U, Mahaweerawat C. Health literacy and self - care behaviors among rural elderly. *Community Health Development Quarterly, Khon Kean University* 2020; 8(3): 311-22. [in Thai].
7. Klaodee J, Naksuwan S, Sukmaitree J. Factors Affecting the Life Quality of the Elderly in Nakhon Si Thammarat Province. *Ratchaphruek Journal* 2017; 15(1): 27-32. [in Thai].

8. San Pa Tong Health Center. **Demographic data of people preparing to enter the elderly.** Maha Sarakham: San Pa Tong Health Center; 2018. [in Thai].
9. Mahatnirunkun S. Tantipiwattanasakun W, Pumphaisanchai W. WHOQOL-BREF-THAI (26 items). **J Ment Health Thai** 1998; 5: 4-15. [in Thai].
10. Yodphet S. **Long-term care system integration for elderly.** Bangkok: Jprint2; 2009. [in Thai].
11. Sarnsang C. Quality of Life and Health-promoting Behavior of the Elderly in Thungkhawpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiang mai Province. [ **Master of Public Health** ]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2018. [in Thai].
12. Dana K, Kunwong M, Sonboonchu T, Phutthaban S. The effect of promoting active aging on self-care behavior and quality of life: A case study of ban ku, yang si surat district, Mahasarakham province. **Community Health Development Quarterly, Khon Kean University** 2020; 8(2): 249-61. [in Thai].
13. Wuttigarn S , Jombunruang P, Sansorawisut P. Factors that Influence the Quality of Life in the Bangmulnak Municipality. Bang MunNak District Pichit Province. **Proceedings of the 15<sup>th</sup> National and International Conference Interdisciplinary Research for Local Development Sustainability.** North Rajabhat University: Nakhon Sawan; 2015. p 341- 57. [in Thai].
14. Khumwong W, Natsawat J, Prayaworapanya W, Siripanya J. Factors Relating to Quality of Life of Elderly. **J Health Sci** 2011; 5(2): 32-40. [in Thai].
15. Wongratana A, Lertpaisarn J, Romyen L. Quality of life of the aged in the Mueng Sakon Nakhon province. **Graduate studies journal** 2016; 13(63): 145-156. [in Thai].
16. Ketklai P, Jantaraposri W. Factors Associated with Quality of Life of the Elderly who Receive Subsistence Allowance in Panna nikhom District, Sakon nakhon Province. **JDPC7KK** 2012; 19(2): 55-64. [in Thai].
17. Joyce GF, Keeler EB, Shang B, Goldman DP. The lifetime burden of chronic disease among the elderly: reducing chronic illness in future elderly cohorts will have only modest effects on medicare's financial stability. **Health Affairs** 2005; 24:5-18.



## พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย\*, ณัฐปภัสญ์ นวลสีทอง\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 และยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้จำนวน 330 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าจำนวนร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.03 มีอายุในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 63.33 มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 93.03 ผู้ดูแลนักศึกษา คือ บิดา-มารดา ร้อยละ 93.94 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.46 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 74.24 และแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 75.75 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.93$ ,  $SD. = 0.37$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{x}= 3.39$ ,  $SD. = 0.53$ ) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ( $\bar{x}= 3.21$ ,  $SD. = 0.5$ ) และด้านการจัดการกับความเครียด ( $\bar{x}= 3.15$ ,  $SD. = 0.49$ ) และมี 3 ด้านที่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{x}= 2.65$ ,  $SD. = 0.71$ ) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{x}= 2.54$ ,  $SD. = 0.67$ ) และด้านโภชนาการ ( $\bar{x}= 2.7$ ,  $SD. = 0.4$ )

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยการให้ความรู้ และจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแบบอย่างที่ดี ในด้านสุขภาพต่อไป

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding Author: Thanyarat Phuchongchai Email: joothanyarat@gmail.com

Received 12/10/2020

Revised 17/11/2020

Accepted 18/12/2020

## HEALTH PROMOTION BEHAVIOR OF NURSING STUDENTS AT RAJABHAT CHAIYAPHUM UNIVERSITY

*Thanyarat Phuchongchai\*, Natpapat Nuansithong\**

### ABSTRACT

This survey research aimed to study health promotion behaviors of nursing students, faculty of nursing, Rajabhat Chaityaphum University. Three hundred -thirty of 1<sup>st</sup>-4<sup>th</sup> year nursing students willing to participate in this study. Data collection by using health promotion questionnaire. Data analyzed by percentage and standard deviation.

The result, participant characteristics showed that most of them were a woman (93.03%), aged between 21-25 years(63.31%), most of the participants were taking care of by their parents (93.94%), healthy (95.4%), normal BMI (74.24%), and the source of information they accessed was Facebook (75.75%). Health promotion behaviors showed that overall health promotion behaviors were median level ( $\bar{x} = 2.93$ ,  $SD = 0.37$ ). However, when considered in each aspect the results found that good level was including the aspect of the relationship between a person ( $\bar{x} = 3.39$ ,  $SD = 0.53$ ), the spiritual development aspect ( $\bar{x} = 3.21$ ,  $SD = 0.5$ ), stress management aspect ( $\bar{x} = 3.15$ ,  $SD = 0.49$ ) and the median level was including health responsibility aspects ( $\bar{x} = 2.65$ ,  $SD = 0.71$ ), exercise ( $\bar{x} = 2.54$ ,  $SD = 0.67$ ) and nutrition ( $\bar{x} = 2.7$ ,  $SD = 0.4$ )

Suggestion from this study, administrator and relative organization should promote nursing students' health promotion behaviors with education and provide continuous health promotion activities especially health responsibility, exercise, and nutrition, to enable nursing students having appropriate health-promoting behaviors and being a role model in health promotion.

**Keywords:** Health Promotion, Nursing Students

---

\* Faculty of Nursing, Rajabhat Chaityaphum University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การที่ในแต่ละบุคคลนั้นมีสุขภาพดี เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็น อย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ผู้ที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นจะต้องมีการดูแลตนเอง อยู่ด้วยกันหลายด้านทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และทางด้านสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มสาขาวิชาทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่จะต้องมีการฝึก ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วย ที่มีอาการป่วยด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อ ซึ่งทางนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จะต้องเผชิญกับสภาพของความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิด ความเครียดทั้งด้านร่างกายและด้าน จิตใจตามมา ซึ่งการเอาใจใส่และการดูแล สุขภาพให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์นั้นจะต้อง มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง<sup>1</sup>

เป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริม สุขภาพ คือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพใน ผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีความ เจ็บป่วย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ดี อยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็น ส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การที่บุคคลจะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพนั้นเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก และมี

แนวโน้มที่บุคคลอาจไม่สามารถกระทำได้ อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญที่มีการมุ่งใจให้ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัย ด้านความคิด ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อ พฤติกรรม ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคในการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ ปฏิบัติอิทธิพล ระหว่างบุคคล และอิทธิพล ด้านสถานการณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรม ทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพ ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางด้านจิต วิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด<sup>2,3</sup>

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ได้ดำเนินงาน ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพอย่าง ต่อเนื่อง และยึดหลักการดูแลสุขภาพให้ ครอบคลุมทุกมิติทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาล เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ เนื่องจาก วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่จะต้อง ให้บริการทางด้านสุขภาพ ให้แก่ประชาชน แบบองค์รวม องค์การวิชาชีพพยาบาล สถาบัน ศึกษาทางการพยาบาลต่างให้ความสำคัญ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการ พัฒนาการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาล

ศาสตร์ให้มีสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีความรู้ความสามารถ และเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>4,5</sup> ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จึงควรเป็นแบบอย่างที่ดี ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลายนับว่าเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว มีความอยากรู้ อยากลองกระทำบางสิ่งบางอย่างตามอย่างเพื่อน ซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้การเรียนที่ค่อนข้างหนัก และต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ณ แหล่งฝึกต่างสถานที่ด้วย ต้องปรับตัวในการทำงานร่วมกับบุคลากรทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพ ภารกิจต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของนักศึกษาและจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นไทยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบผลการวิจัยมีแนวโน้มที่สอดคล้องกันเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นไทยเพิ่มมากขึ้นในด้านความปลอดภัยในการใช้ยานพาหนะ และความรุนแรง ด้านการสูบบุหรี่ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งล้วนแต่เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

ได้นอกจากนี้การเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มีเนื้อหาที่อัดแน่นและยาก จึงส่งผลทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมาได้<sup>6-9</sup> พยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อที่นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และทางด้านสังคม นักศึกษาพยาบาลศาสตร์จึงเป็นเป้าหมายหลักที่มีความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนต่อไปในอนาคตจะต้องมีความตระหนักและเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแล และสร้างเสริมสุขภาพตนเอง<sup>4</sup> ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดกิจกรรมหรือโครงการในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง สามารถปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพ อันจะส่งผลให้สถาบันการศึกษามีความเจริญก้าวหน้าและเป็นองค์กรสร้างเสริมสุขภาพตัวอย่าง รวมทั้งเป็นผู้นำในด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจริงจัง เป็นแบบอย่างที่ดี ในการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

### วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2. ด้านกิจกรรมทางกาย 3. ด้านโภชนาการ 4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5. ด้านพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 6. ด้านการจัดการกับความเครียด

ประชากรในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 330 คน ที่มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ<sup>2</sup> ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ภูมิลำเนา ผู้ดูแลนักศึกษา โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 50 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ

3) ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 8 ข้อ 5) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ จำนวน 8 ข้อ 6) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามแต่ละข้อ มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลให้คะแนน ลักษณะคำตอบของข้อความ ที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติสม่ำเสมอ จนถึงไม่ปฏิบัติเลยให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยนำแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมครบถ้วนและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ แล้วนำแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของแบบสอบถามด้านความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach' alpha coefficient) พบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ, ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ, ด้านความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล, ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ จำนวน และด้านการจัดการความเครียดได้ ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน เท่ากับ 0.76, 0.85, 0.83, 0.88, 0.94, 0.75 ตามลำดับ และทั้งหมดเท่ากับ 0.88

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ จำนวน ร้อยละ และระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รายด้านและโดยรวม โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### **ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรอง เลขที่ 005/2561 และในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งหากไม่ยินยอมให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### **ผลการศึกษา (Results)**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.03 มีอายุอยู่ระหว่าง 19-32 ปี พบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 63.33 รองลงมา มีอายุในช่วง 18-20 ปี ร้อยละ 35.46 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 20.94 ปี (SD.=1.90) ชั้นปี 2 ร้อยละ 29.39 รองลงมาคือ ชั้นปี 3 และชั้นปี 4 ร้อยละ 27.27 และ 25.46 ตามลำดับ มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 93.03 รองลงมา คือ ภาคเหนือ และภาคกลาง ร้อยละ 2.42 และ 1.51 ตามลำดับ และมีภูมิลำเนาในประเทศกัมพูชา ร้อยละ 0.91 ส่วนใหญ่ผู้ดูแลนักศึกษา คือ บิดา-มารดา ร้อยละ 93.94 รองลงมาคือ ลูกพี่/น้อง และตนเอง ร้อยละ 2.42 และ 2.12 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.46 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 74.24 และส่วนใหญ่แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมากที่สุด คือ Facebook ร้อยละ 75.75 รองลงมาคือ Website และสื่อ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ร้อยละ 9.09 และ 7.58 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	23	6.97
หญิง	307	93.03
<b>2. อายุ</b>		
18-20 ปี	117	35.46
21-25 ปี	209	63.33
มากกว่า 26 ปี	4	1.21
<b>3. โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	315	95.46
มี	15	4.54
<b>4. ดัชนีมวลกาย</b>		
< 18.5 กก./ตร.เมตร (น้ำหนักน้อย)	39	11.82
18.6-22.9 (ปกติ)	245	74.24
> 23 (น้ำหนักเกิน)	46	13.94
<b>5. แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับมากที่สุด</b>		
โทรทัศน์	12	3.64
Facebook	250	75.75
Line	13	3.94
Website	30	9.09
สื่อ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ	25	7.58

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 2.93, SD. = 0.37) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $\bar{x}$  = 3.39, SD. = 0.53) ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ( $\bar{x}$  = 3.21, SD. = 0.5) และด้านการจัดการกับความเครียด

( $\bar{x}$  = 3.15, SD. = 0.49) และมี 3 ด้านที่พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{x}$  = 2.65, SD. = 0.71) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{x}$  = 2.54, SD. = 0.67) และด้านโภชนาการ ( $\bar{x}$  = 2.7, SD. = 0.4) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้านและโดยรวม

ด้าน	ระดับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (จำนวน/ร้อยละ)			$\bar{x}(SD.)$
	ไม่ตี	ปานกลาง	ดี	
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	53 (16.06)	217 (65.76)	60 (18.18)	2.65 (0.71)
การออกกำลังกาย	91 (27.58)	176 (53.33)	63 (19.09)	2.54 (0.67)
โภชนาการ	9 (2.73)	235 (71.21)	86 (26.06)	2.70 (0.40)
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	11 (3.33)	105 (31.82)	214 (64.85)	3.39 (0.53)
การพัฒนาจิตวิญญาณ	10 (3.03)	141 (42.73)	179 (54.24)	3.21 (0.50)
การจัดการกับความเครียด	13 (3.94)	142 (43.03)	175 (53.03)	3.15 (0.49)
<b>โดยรวม</b>	3 (0.91)	193 (58.48)	134 (40.61)	2.93 (0.37)

### วิจารณ์ (Discussions)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.93$ ,  $SD. = 0.37$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>4,5,10-13</sup> ที่พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนีสงขลา พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก<sup>14</sup> จะเห็นได้ว่าระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลเช่นกัน ซึ่งมีการจัดการเรียนการสอนด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรระดับหนึ่ง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใกล้เคียงกัน และ

นักศึกษาพยาบาลต่างก็ได้รับความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และมีเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ จะทำให้บุคลากรเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ การจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อระดับของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยมีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและการออกกำลังกายในนักศึกษาระดับปริญญาตรีแห่งหนึ่งใน กทม. ที่ไม่ได้อยู่ในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ พบว่ามีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับไม่ดี<sup>15</sup> ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลมีการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรแล้ว แต่พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้อยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษานักพยาบาลมีการเรียนที่ค่อนข้างหนัก และมีการฝึกปฏิบัติที่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในชั้นปีที่ 3 และ 4 ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการฝึกปฏิบัติงาน<sup>16</sup> ไม่มีเวลาในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากนัก มีการดำเนินชีวิต ที่ต้องเร่งรีบทำให้ไม่พื้พิดัน ในเรื่องการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ นักศึกษามีความหลากหลายของพื้นเพแหล่งที่มาของตนเอง นักศึกษาอาจมีภาวะความเครียดจากการเรียนและการสอบ หรือจากการปรับตัวในการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยโดยเฉพาะชั้นปี 1 ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การ

พักผ่อนหย่อนใจเพื่อคลายเครียด ภาวะโภชนาการ เป็นต้น สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ที่ว่า การคาดการณ์ต่ออุปสรรคที่จะขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ ว่าอาจจะ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงใน การรับรู้ของแต่ละบุคคลและอาจมีผลกระทบต่อการปฏิบัติตามมาด้วย<sup>11</sup> เมื่อจำแนกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาพยาบาลได้รับการศึกษาด้านสุขภาพ และส่วนใหญ่ได้เรียนวิชาประเมินภาวะสุขภาพแล้ว ทำให้มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ด้านสุขภาพอธิบาย การว่าการได้รับข้อมูลหรือหาความรู้จากแหล่งดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้ง่าย และส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

2. ด้านการออกกำลังกาย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่านักศึกษานักพยาบาลมีภาระด้านการเรียนและการฝึกปฏิบัติที่หนัก และต้องใช้ระยะเวลาเดินทางไปฝึกปฏิบัติ กลับมาทำให้รู้สึกเหนื่อย และต้องเตรียมตัวในการฝึกวันต่อไป จึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกายมากนัก สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง<sup>17</sup>

3. ด้านโภชนาการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเรียนทั้งทฤษฎีและปฏิบัติค่อนข้างชัดเจนและเป็นไปตามตารางการเรียนการสอน ทำให้นักศึกษาต้องรับประทานอาหารเช้าทั้ง 3 มื้อและครบ 5 หมู่ เพื่อเตรียมพร้อมในการเรียนและการฝึกปฏิบัติทั้งวันของนักศึกษาเพื่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้และทำงานได้อย่างเต็มที่

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}= 3.39, SD.= 0.53$ ) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทยที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างอยู่ในระดับดีถึงดีมาก นักศึกษามีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว และยังมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน อาจารย์ และคนอื่น ๆ ในเรื่องการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น<sup>17</sup>

5. ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ พบว่า อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}= 3.21, SD.= 0.50$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ มีการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง จัดกระบวนการเรียนรู้ด้วยความเชื่ออาทร และกิจกรรมพัฒนานักศึกษาด้านต่าง ๆ โดยปลูกฝังให้นักศึกษามีจิตอาสาในการทำประโยชน์เพื่อสังคม สอดคล้องกับ การศึกษาภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทยที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มี

ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี นักศึกษาทั้งหมดรู้สึกว่าการตนเองรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นและให้เกียรติผู้อื่นได้ง่าย รู้สึกผ่อนคลาย ร่าเริง เบิกบาน สบายใจ และมองโลกในแง่ดี ราบรื่น<sup>17</sup>

6. ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับดี ( $\bar{x}= 3.15, SD.= 0.49$ ) แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีการจัดการความเครียดที่ดี และมีวิธีจัดการความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ

### ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพเปรียบเทียบในแต่ละชั้นปี

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละด้าน

3. ควรทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิต่อไป

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

จากการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ พบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์

ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Paopong S, Kumpiranon U, Chuntarasathapom S. Healthy Behaviors of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2011; 17: 81-92. [in Thai].
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5<sup>th</sup> ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
3. Jantarangsiworakul W, Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in Nakhon Sawan Province.

- Journal of Health Science Research* 2010; 4: 12-20. [in Thai].
4. Thongsuk S, Putawatana P, Orathai P. Health Promoting Behaviors of Ramathibodi Nursing Students. *Ramathibodi Nursing Journal* 2012; 8: 117-189. [in Thai].
5. Rodniam J, Saetiauw S, Jantaweemuang W. Perceived Benefits, Perceived Barriers, Perceived Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors, and Health Status of Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014; 23: 88-97. [in Thai].

6. Kitisri C, Nokham R, Phetcharat K. A Smartphone Using Behavior and Health Status Perception of Nursing Students. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2016; 5(1):19-34. [in Thai].
7. Phongsakchat P, Areesophonpichet S, Navichareern R. Health Literacy on Eating, Exercise, Emotion Health Behaviors Among Nursing Students. **Dusit Thani College Journal** 2020; 14: 226-240. [in Thai].
8. Noimontree W, Piphatvanitcha N. Health Risk Behaviors of Baccalaureate Students in a Public University. **The Journal of Faculty of Nursing Burapa University** 2015; 23: 31-40. [in Thai].
9. Thongsuk S, Putwatana P, Orathai P. Health Promoting Behaviors of Ramathibodi Nursing Students. **Ramathibodi Nursing Journal** 2012; 18: 178-189. [in Thai].
10. Sridapeng, A, Moonmuang N. Health Promoting Behaviors of University Students. **Journal of Liberal Arts, Maejo University** 2016; 1: 59-86. [in Thai].
11. Kasiphon T, Lekwijitthada P, Jinayon A. Selected Factors Affecting Health Promoting Behaviors of Undergraduate Students in Huacheiw Chalermprakiet University. **HCU Journal** 2012; 15: 31-46. [in Thai].
12. Suriyawong W, Songkham W, Sripetchwandee N, Kawil K. Health literacy and health promotion behaviors among student nurses, Chiang Mai University. **Journal of Nursing Science & Health** 2019; 42: 96-106. [in Thai].
13. Phongsakchat P, Sompee P, Kaeonoi A, Me-kanantawat K. Health literacy and health behaviors based on local wisdom of nursing students, Borommarajonani College of Nursing Nopparat Vajira. **Journal of Health Science** 2019; 28: 20-32. [in Thai].
14. Rongruang S, Suknuntapong S. Health Promoting Behavior among University Students in Prince of Songkla University, Pattani Campus. **Journal of Behavioral Science** 2011; 17: 110-123. [in Thai].
15. Manokum S, Therawiwat M, Imamee N. Factors related to health promotion behaviors among students in a University in Bangkok. **Journal of Health Education** 2019; 42: 146-56. [in Thai].

16. Panchuwong T, Banlikitkul T. Fatigue and fa-tigue management during the fundamentals of nursing practicum for nursing students at the Thai Red Cross College of nursing. **Thai Red Cross Nursing Journal** 2010; 3: 59-71. [in Thai].
17. Arpanantikul M, Putwatana P, Jariya W. Health Status and Health Practices of Thai Nursing Students. **Thai Journal of Nursing Council** 2011; 26: 123-136. [in Thai].



## คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีในหอพัก : กรณีศึกษา ในมหาวิทยาลัยคัดสรรแห่งหนึ่ง

สโรชิน สมพงษ์พันธุ์\*

### บทคัดย่อ

การสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 144 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม 2563 ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่สร้างขึ้นค่าความเชื่อมั่น 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่ากลาง Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis H test

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศหญิง ร้อยละ 81.3 มีความพึงพอใจในทำเลที่ตั้งของหอพักทำให้เข้าถึงบริการของมหาวิทยาลัยได้สะดวก โดยเฉพาะการเข้าถึงห้องสมุด ร้อยละ 90.3 ในขณะที่ไม่พึงพอใจใน ความเร็วอินเทอร์เน็ตร้อยละ 69.4 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางพบว่า การบริการของสำนักงานหอพัก สิ่งแวดล้อมบริเวณหอพัก อำนวยความสะดวกในหอพัก สภาพแวดล้อมห้องพัก และความคุ้มค่า มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, นักศึกษา, หอพักในมหาวิทยาลัย

---

\* นักวิชาการอิสระ

Corresponding Author: seehapong phetcharat Email: johnypech9265@gmail.com

Received 19/10/2020

Revised 26/11/2020

Accepted 24/12/2020

## **QUALITY OF LIFE AMONG UNDERGRADUATE STUDENTS LIVING IN DORMITORY: CASE STUDY IN A SELECTED UNIVERSITY**

*Sarochin Sompongpun\**

### **ABSTRACT**

This cross-sectional survey aimed to describe the quality of life among undergraduate students living in a private dormitory in a selected university and factors associated. 144 undergraduate students were recruited as study samples using systematic sampling. Data were collected using a self-administered online questionnaire developed with reliability 0.84 in October 2020. Data analysis such as percentage, mid-point, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used.

The majority of participants was woman 81.3 percent. Most of the participants satisfied dormitory location to access university facilities especially in accessibility to library 90.3 percent. While 69.4 percent dissatisfied with the internet speed. Their quality of life was moderate. The factors that associated with the quality of life with a statistically significant  $p$ -value < 0.05, there was the service of the dormitory office, dormitory environment, the facility in the dormitory, the room environment, and the worth of the dormitory.

**Keywords:** Quality of life, student, private dormitory

---

\*Independent Scholar

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

มหาวิทยาลัย ไม่เพียงแต่ให้ความรู้แต่ยังเป็นสถานที่สร้างความสัมพันธ์ วัฒนธรรม และสังคม สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัย มีผลต่อการเติบโตและประสิทธิภาพของนักศึกษา หอพักนักศึกษาจัดเป็นสถานที่พักอาศัย เป็นแหล่งหล่อหลอมและพัฒนาบุคลิกนักศึกษา ปี 2531 สว่างจิต ศรีระชา ศึกษา ชีวิต นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่ามีปัจจัยสภาพหอพักเป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อชีวิตนักศึกษามหาวิทยาลัย<sup>1</sup> ปี 2546 มีการศึกษาการเปรียบเทียบการพักอาศัยของนักศึกษามหาวิทยาลัย ระหว่างหอพักมหาวิทยาลัย กับที่พักอาศัยเอกชน พบว่าหอพักมหาวิทยาลัยเป็นที่พักที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนักศึกษา แต่ควรปรับปรุงการบริหารจัดการให้การพักอาศัยมีความสุขสบาย เหมือนที่พักเอกชน<sup>2</sup> ต่อมามหาวิทยาลัยร่วมกับผู้ประกอบการเอกชนได้ก่อตั้งหอพักสวัสดิการนักศึกษา ได้ก่อตั้งหอพัก ในปี 2550-2555 ซึ่งแม้จะมีราคาแพงแต่ก็ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ปกครองย่อมคาดหวังถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของลูกในการตัดสินใจเลือกที่พักอาศัยสำหรับการเข้าเรียนระดับมหาวิทยาลัย คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคล ในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม<sup>3</sup> สถานที่พักอาศัยเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต<sup>4</sup> แต่ละ

มหาวิทยาลัยต่างมีระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันตามวัฒนธรรม สังคม และลักษณะการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและรูปแบบที่พักอาศัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยในปี 2557 ที่พบว่า ปัจจัยที่พักอาศัย ปัจจัยสถานที่ให้บริการ ปัจจัยด้านความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ปัจจัยราคา ต่างมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ที่พักอาศัยรูปแบบแตกต่างกันมีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน<sup>5</sup>

การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัยและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลสำคัญในการสร้างแนวทางการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษา

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย

### วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย

## วิธีการศึกษา (Method)

### รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยดำเนินการศึกษาในนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย ระยะเวลาการศึกษาเดือน ตุลาคม 2563

### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยและปัจจุบันเช่าห้องพักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า** คือ นักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยประจำอยู่ในหอพัก

**เกณฑ์การคัดออก** คือ มีปัญหาด้านสุขภาพหรือเจ็บป่วยในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูลทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัย และปัจจุบันเช่าห้องพักอาศัยที่หอพักทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) ปรับปรุงแบบสอบถามและนำค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม WinPepi ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 198 คน จึงเลือกสุ่มตัวอย่างหอพักละ 100 คน จากนั้นสำรวจด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกได้ 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับหอพักปัจจุบัน ปรับมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยของ วิสัญ อ่างเฮ้า และเพิ่มเติมในส่วนการเข้าถึงบริการของมหาวิทยาลัย และข้อความประเภทอินเทอร์เน็ตไร้สาย ร้านอาหาร/ร้านสะดวกซื้อเข้าไปในหัวข้อ สิ่งอำนวยความสะดวกภายในหอพัก และสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณหอพักและบริเวณใกล้เคียง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อความ 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515

เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96-130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสุขภาพกาย คะแนน 7-16 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 27-35 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านจิตใจ คะแนน 6-14 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 23-30 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนน 3-7 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 12-15 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนน 8-18 หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 30-40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 4 การวางแผนที่พักอาศัยในอนาคต เป็นข้อคำถามหลายตัวเลือก ถึงแนวโน้มการอยู่อาศัยต่อของนักศึกษาปริญญาตรี มีคำตอบปลายเปิดได้แก่ ไม่ย้าย ย้าย ไปหอพักที่คุณภาพดีกว่า ย้ายไปหอพักที่ราคาถูกกว่า ไม่แน่ใจ และอื่น ๆ ระบุ เป็นคำตอบปลายเปิดในกรณีที่นักศึกษามีคำตอบอื่นนอกเหนือจากตัวเลือก

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นเพิ่มเติม เป็นข้อคำถามปลายเปิดให้นักศึกษาสามารถแสดงความคิดเห็นได้ว่าอยากให้หอพักปรับปรุงในด้านไหนเป็นพิเศษ สามารถเลือกตอบหรือไม่ก็ได้

### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแจ้งกับทางสำนักงานหอพัก พร้อมทั้งขอข้อมูลประชากร จำนวนนักศึกษา ปริญญาตรี โท เอก พร้อมเลขห้องพัก คัดเลือกเฉพาะนักศึกษาปริญญาตรี ทำการติด QR code ที่ประตูห้องพักตามหมายเลขจากการสุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ google form

### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง จากนั้นแปรข้อมูลตามรหัสข้อมูลที่กำหนดไว้และเข้าห้ผลการประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis H test

### **ข้อพิจารณาทางจริยธรรม**

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตสำนักงานหอพัก และในแบบสอบถามออนไลน์มีการแจ้งกับผู้ตอบแบบสอบถามใน

การไม่นำข้อมูลไปใช้นอกเหนือจากการวิจัย และนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

### ผลการศึกษา (Results)

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาคั้งนี้ มีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 72 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศหญิง รายได้จากผู้ปกครอง  $6,000 \pm 3,000$  บาท ไม่มีรายได้เสริมจากการ

ทำงาน ร้อยละ 88.9 ภูมิลำเนา อยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 86.8 ระยะเวลาที่อาศัยในหอพัก น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 38.2 พักอาศัยอยู่กับเพื่อน ร้อยละ 61.1 พักอาศัยที่ชั้น 3 ร้อยละ 24.3 พักห้องประเภทแอร์ธรรมดา ร้อยละ 56.9 ไม่เคยมีประสบการณ์การอยู่อาศัย ร้อยละ 46.5 เดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 54.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (N = 144)		
ชาย	24	16.7
หญิง	117	81.3
เพศทางเลือก	3	2.1
รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง (median $\pm$ interquartile range = $6,000 \pm 3,000$ บาท ) (N = 142)		
ระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในหอพัก (N = 144)		
น้อยกว่า 1 ปี	55	38.2
1 ปี	24	16.7
2 ปี	21	14.6
3 ปี	33	22.9
4 ปี และมากกว่า	11	7.7
จำนวนสมาชิกในห้องพัก (N = 144)		
1 คน	56	38.9
2 คน	88	61.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์อยู่หอพัก (N = 144)		
ไม่เคย	67	46.5
เคย หอเอกชน	44	30.6
เคย หอมหาวิทยาลัย	33	22.9

2. ความพึงพอใจ

นักศึกษาปริญญาตรีที่อาศัยอยู่หอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มีความพึงพอใจในด้านการเข้าถึงบริการของมหาวิทยาลัยมากที่สุดถึงร้อยละ 91 (เข้าถึง

ห้องสมุดได้สะดวกมากที่สุดร้อยละ 90.3) ในขณะที่ไม่พึงพอใจด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในหอพักน้อยที่สุดร้อยละ 34.7 (ความเร็วอินเทอร์เน็ตมากที่สุดร้อยละ 69.4) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อหอพัก (N = 144)

ความคิดเห็นต่อหอพัก	พอใจ
	n (ร้อยละ)
สภาพแวดล้อมห้องพัก	121 (84)
แสงสว่าง	92 (63.9)
เสียงรบกวน	67 (46.5)
อุณหภูมิ	125 (86.8)
การระบายอากาศ	103 (71.5)
สิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก	94 (65.3)
ห้องอ่านหนังสือ	95 (66)
เครื่องซักผ้า/อบผ้ามีเพียงพอและเหมาะสม	78 (54.2)
ตู้หยอดน้ำมีเพียงพอและเหมาะสม	80 (55.6)
อินเทอร์เน็ตมีความเร็วมีเพียงพอและเหมาะสม	44 (30.6)
สิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณหอพักและบริเวณใกล้เคียง	122 (84.7)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อหอพัก (N = 144) (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อหอพัก	พอใจ
	n (ร้อยละ)
ทัศนียภาพสวยงาม ร่มรื่น น่าอยู่อาศัย	121 (84)
สถานที่ที่ขย่ะจำนวนเพียงพอและมีการจัดการอย่างเหมาะสม	112 (77.8)
มีร้านอาหาร/ตู้สะดวกซื้อ/ร้านสะดวกซื้อจำนวนมากเพียงพอ	93 (64.6)
มีตู้กดเงินสด (ATM) จำนวนมากเพียงพอ	58 (40.3)
มีการจัดเตรียมพื้นที่รับพัสดุหรือจดหมายที่เหมาะสม	68 (47.2)
หอพักมีระบบรักษาความปลอดภัยที่ดีและเหมาะสม	116 (80.6)
การบริการของสำนักงานหอพัก	113 (78.5)
การบริการของสำนักงานหอพัก	113 (78.5)
เจ้าหน้าที่สำนักงานหอพักดูแลเอาใจใส่และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี	123 (85.4)
เจ้าหน้าที่สำนักงานหอพักรับฟังและแก้ปัญหาให้อย่างรวดเร็ว	82 (56.9)
ทางสำนักงานหอพักมีการจัดเตรียมพื้นที่แจ้งข้อมูลข่าวสารอย่างเหมาะสมและทั่วถึง	103 (71.5)
การเข้าถึงบริการของมหาวิทยาลัย	131 (91.0)
ความสะดวกในการการเดินทางไปห้องสมุด	130 (90.3)
ความสะดวกในการเดินทางไปศูนย์สุขภาพ/สถานรักษาพยาบาล	121 (84)
ความสะดวกในการเดินทางไปสถานที่เล่นกีฬา/ออกกำลังกาย	114 (79.2)
ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการขนส่งสาธารณะ	122 (84.7)
ความคุ้มค่าของที่พักอาศัย	117(81.3)
ค่าน้ำค่าไฟ (median $\pm$ interquartile range = 500 $\pm$ 488 บาท ) N(144)	

3. คุณภาพชีวิต 91.49  $\pm$ 13.14 อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และมี  
 นักศึกษาปริญญาตรีที่อาศัยอยู่ใน  
 หอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มี  
 ค่านิยมฐานของคะแนนภาพรวมคุณภาพชีวิต  
 คุณภาพชีวิตในรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ใน  
 เกณฑ์ปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิต (Median ±IQR)

คุณภาพชีวิตแต่ละด้าน	ภาพรวม
ภาพรวมคุณภาพชีวิต	91.49 ± 13.14
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	25.41 ± 3.76
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	20.98 ± 3.97
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม	10.58 ± 1.95
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	27.42± 4.64

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$

ปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อหอพัก มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$  โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมความสะดวกในหอพัก ปัจจัยด้านการบริการของสำนักงานหอพัก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณหอพักและ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมห้องพัก ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละด้าน

ปัจจัยด้านการวางแผนที่พักในอนาคต ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$

ปัจจัยด้านความคิดเห็นต่อหอพักที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตมีรายละเอียดแต่ละด้านดังนี้

สิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับ สิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ห้องอ่านหนังสือ เครื่องซักผ้า หยอดน้ำและอินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$  การบริการของสำนักงานหอพัก คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับการบริการของสำนักงานหอพัก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านพื้นที่แจ้งข่าวสารและด้านการเอาใจใส่ให้คำแนะนำ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$

สิ่งแวดล้อมบริเวณหอพัก คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมบริเวณหอพัก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน

ทัศนียภาพสวยงาม ร่มรื่น น่าอยู่อาศัย ด้านการจัดการขยะ ด้านร้านอาหาร/ร้านสะดวกซื้อ ด้านความปลอดภัยและด้านพื้นที่รับพัสดุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่  $p\text{-value}<0.05$

สภาพแวดล้อมห้องพัก คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในห้องพัก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านแสงสว่าง ด้านเสียงรบกวน ด้านอุณหภูมิในห้องพัก

และด้านการระบายอากาศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$

การเข้าถึงสวัสดิการของมหาวิทยาลัย คุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงสวัสดิการของมหาลัย ความคุ้มค่าค่าน้ำ-ค่าไฟ และการวางแผนอยู่อาศัยในอนาคตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value}<0.05$

**ตารางที่ 4** ความพึงพอใจต่อห้องพักและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

ความคิดเห็นต่อห้องพัก (N = 144)	พอใจ (mean)	ไม่พอใจ (mean)	P-value
สภาพแวดล้อมห้องพัก	92.91	84	0.002*
แสงสว่าง	94.55	86.06	0.000*
เสียงรบกวน	95.01	88.42	0.001*
อุณหภูมิ	92.44	85.21	0.009*
ระบายอากาศ	92.81	88.17	0.049*
สิ่งอำนวยความสะดวกในห้องพัก	94.46	85.9	0.000*
ห้องอ่านหนังสือ	93.82	86.96	0.001*
เครื่องซักผ้า	93.95	88.58	0.003*
ตู้หยอดน้ำ	94.64	88.96	0.006*
อินเตอร์เน็ต	94.59	90.12	0.026*
สิ่งแวดล้อมบริเวณห้องพัก	92.79	84.27	0.001*

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อหอพักและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ความคิดเห็นต่อหอพัก (N = 144)	พอใจ (mean)	ไม่พอใจ (mean)	P-value
ทัศนียภาพสวยงาม ร่มรื่น	93.17	82.65	0.000*
การจัดการสถานที่ที่ชียงยะ	93.3	85.13	0.000*
ร้านอาหาร/ร้านสะดวกซื้อ	93.22	88.33	0.014*
ตู้ ATM	91.57	91.43	0.687
พื้นที่รับพัสดุ	94.01	89.22	0.026*
ปลอดภัย	92.71	86.43	0.017*
การบริการของสำนักงานหอพัก	93.29	84.9	0.000*
เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ	92.7	84.38	0.002*
รับฟังและแก้ปัญหารวดเร็ว	93.1	89.35	0.063
พื้นที่แจ้งข่าวสาร	94.94	82.8	0.000*
การเข้าถึงสวัสดิการของมหาวิทยาลัย	91.65	89.85	0.453
ห้องสมุด	91.45	91.86	0.683
ศูนย์สุขภาพ/สถานพยาบาล	92.54	85.96	0.014*
สถานที่ออกกำลังกาย/เล่นกีฬา	93.06	85.5	0.004*
บริการขนส่งสาธารณะ	91.66	90.5	0.594
ความคุ้มค่า	92.36	87.7	0.033*

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

#### 5. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ อยากให้มีการปรับปรุงอินเทอร์เน็ตไว้

สายให้มีความเร็วสูงมากขึ้น รองลงมาเป็นเรื่องเสียงรบกวนในหอ อยากให้หอพักมีมาตรการหรือกฎในการใช้เสียงดังในหอพัก และหอวารอินเตอร์โดยส่วนใหญ่มี

ข้อเสนอแนะให้จัดทำหลังคาที่จอดรถและปรับปรุงการสื่อสารกับทางสำนักงานหอพัก ขณะที่หอพักแปดหลังมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงซ่อมแซมสิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก ได้แก่ เครื่องซักผ้า และเครื่องกดน้ำดื่ม นักศึกษาปริญญาตรีที่อาศัยอยู่หอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่วางแผนไม่ย้ายจากหอพักเดิมและจะอยู่จนเรียนจบการศึกษามากที่สุดร้อยละ 52.80 โดยมีการให้เหตุผลเพิ่มเติมอื่น คือ ไม่ย้ายเนื่องจากผู้ปกครองไม่อนุญาต 1 คน ไม่ย้ายต้องทนอยู่ต่อไป 1 คน และไม่ย้ายเพราะผู้ปกครองไม่อนุญาตจึงต้องทนอยู่ต่อไป 1 คน รองลงมาคือ นักศึกษาปริญญาตรีที่ยังไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอยู่พักอาศัยในหอพักเดิมต่อหรือไม่ร้อยละ 32.6 และนักศึกษาปริญญาตรีที่ตัดสินใจว่าจะย้ายไปหอพักอื่น ร้อยละ 32.60 เลือกที่จะย้ายไปอยู่หอพักที่มีบริการและคุณภาพดีกว่านี้ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.43 จะย้ายไปหอพักที่มีราคาถูกกว่านี้ 6 คน ร้อยละ 4.17 และจะย้ายไปหอพักที่ใกล้กับคณะมากกว่านี้ 2 คน ร้อยละ 1.39

### วิจารณ์ (Discussions)

ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า ข้อมูลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์ ต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรพล มหาพันธ์ ที่พบว่า เพศ ผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและในรายด้าน<sup>6</sup>

ด้านความคิดเห็นต่อหอพัก พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัยพึงพอใจด้านการเข้าถึงบริการของมหาวิทยาลัยมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการเดินทางไปหอสมุดสามารถเดินทางไปได้สะดวก กล่าวได้ว่า หอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัยตั้งอยู่ในทำเลที่ดี สามารถเข้าถึงทรัพยากรของมหาวิทยาลัยได้สะดวก รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกบริเวณหอพักและบริเวณใกล้เคียง(พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องทัศนียภาพสวยงาม รมรื่น น่าอยู่อาศัย), ด้านสภาพแวดล้อมห้องพัก(พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องอุณหภูมิ), ด้านการบริการของสำนักงานหอพัก(พึงพอใจมากที่สุดในเรื่องการดูแลเอาใจใส่และให้คำแนะนำเป็นอย่างดี) และ พึงพอใจน้อยที่สุดในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก (พึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องความเร็วอินเทอร์เน็ต) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ทั้งนักศึกษาหอพักรวมอินเทอร์เน็ตและนักศึกษาหอพักแปดหลังให้ความเห็นว่า อินเทอร์เน็ตหอพักโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงนี้ที่การเรียนออนไลน์เข้ามามีบทบาทสำคัญ ทำให้นักศึกษามีการใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น และมีความคาดหวังต่อความเร็วอินเทอร์เน็ตมากขึ้น

ด้านคุณภาพชีวิต พบว่านักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยอยู่ในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัยมีค่ามัธยฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต  $91.49 \pm 13.14$  และโดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นวสันันท์ วงศ์ประสิทธิ์ เรื่อง คุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่อาศัยอยู่หอพักมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่อาศัยอยู่หอพัก ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>7</sup> และ สอดคล้องกับการศึกษา คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ของ อนันต์ศรี สมิธินราเศรษฐ์ ที่พบว่า โดยรวมนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลางและมีค่าคะแนน  $89.95 \pm 14.389^8$  และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรงรอง สิตไทย ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ในระดับชั้นคลินิกพบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง<sup>9</sup> และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้านแล้ว พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัยมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ของ อนันต์ศรี สมิธินราเศรษฐ์ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>8</sup>

ด้านการวางแผนที่พักอาศัยในอนาคต พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีที่พักอาศัยอยู่ในหอพักเอกชนในกำกับของมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่ ตัดสินใจที่จะพักอยู่อาศัยต่อมากที่สุด ถึง เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลในการตัดสินใจอยู่ต่อแล้ว พบว่ามีกรให้เหตุผลเพิ่มเติมอื่นคือ ไม่ย้ายเพราะผู้ปกครองไม่อนุญาตจึงต้องทนอยู่ต่อไป ซึ่งด้วยเหตุผลด้านอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้การวางแผนที่อยู่อาศัยในอนาคตของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากนักศึกษาอยู่อาศัยที่หอเดิมต่อด้วยเงื่อนไขอื่นที่ไม่ใช่การอยู่อาศัยต่อด้วยความสมัครใจ และนักศึกษาปริญญาตรีที่ตัดสินใจว่าจะย้ายไปหอพักอื่น โดยเลือกที่จะย้ายไปอยู่หอพักที่มีบริการและคุณภาพดีกว่านี้ ย้ายไปหอพักที่มีราคาถูกลงกว่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในด้านของความคุ้มค่าของหอพัก ที่กล่าวว่าหอพักมีราคาแพง นอกจากนี้มีนักศึกษาที่จะย้ายไปหอพักที่ใกล้กับคณะมากกว่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตพร หัวเจริญ พบว่า ปัจจัยเรื่องระยะทางจากบริเวณหอพักไปอาคารเรียน มีความจำเป็นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดเมื่อเทียบจากปัจจัยทางกายภาพภายนอกอาคาร<sup>10</sup> และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภคมน วิททยปิยานนท์ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกเช่าลักษณะที่พักของนักศึกษา คือ ระยะทางจากที่พักถึง

มหาวิทยาลัย ค่าเช่า และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในที่พัก<sup>11</sup>

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือปัจจัยด้าน ด้านการบริการของสำนักงานหอพัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิสัญ อ่างเข้า ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหอพัก คือ การดูแลเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่หอพัก และสภาพแวดล้อมของห้องพักด้วยแสงสว่าง<sup>12</sup> และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในหอพัก ด้านสภาพแวดล้อมห้องพัก และด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณหอพัก สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตพร หัวงเจริญ พบว่า ปัจจัยด้านการให้บริการมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพของนักศึกษาในหลายลักษณะมากที่สุด รองลงมาคือ องค์ประกอบภายในอาคาร (ขนาดและสัดส่วนของห้องพัก และสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกภายในหอพัก) และองค์ประกอบภายนอกอาคาร (ตำแหน่งที่ตั้ง และความร่มรื่นสวยงามของทัศนียภาพ)<sup>10</sup>

นักศึกษาที่เช่าหอพักราคาแตกต่างกันให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ต่างกัน<sup>13</sup>อีกทั้ง นักศึกษาที่พักหอพักมหาวิทยาลัย มีวิถีชีวิตทั้งในด้านการเรียน การเที่ยวพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมของมหาวิทยาลัยแตกต่างกับนักศึกษาที่พักหอพักเอกชนและพักบ้านตนเอง<sup>14</sup> เนื่องจากการพักอาศัยอยู่ในมหาวิทยาลัยก็อาจมีปัจจัยสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัยเข้ามามีส่วนร่วมด้วย<sup>15</sup> และ

ความพึงพอใจต่อหอพักของนักศึกษาจึงอาจมีความแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคม ปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในวิถีชีวิตและการเรียนของนักศึกษาอย่างมากสะท้อนให้เห็นจากการรวบรวมข้อมูลข้อเสนอแนะของนักศึกษาจากแบบสอบถามที่พบว่า นักศึกษามีความต้องการให้ปรับปรุงด้านความเร็วอินเทอร์เน็ตมากที่สุดสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิมลพรรณ จันทศร ที่พบว่า นักศึกษามีความต้องการให้ปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ตและสัญญาณ Wi-Fi ให้มีความเสถียรพร้อมใช้งานมากขึ้นมากที่สุด<sup>16</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

คุณภาพชีวิตของนักศึกษาหอพักมีความสำคัญและเป็นผลสะท้อนให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมที่ดีของหอพัก จึงควรมีการปรับปรุงที่พักอาศัยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้นักศึกษาหอพักมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ปรับปรุงระบบอินเทอร์เน็ต ให้มีความเร็วและสม่ำเสมอ

1. เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับทางสำนักงานหอพัก
2. จัดพื้นที่สำหรับร้านสะดวกซื้อ หรือร้านอาหารเพิ่มเติม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

องค์ความรู้ในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาหอพัก สามารถเป็นแนวทางการพัฒนาปรับปรุงที่อยู่อาศัยบริเวณมหาวิทยาลัยเพื่อตอบสนองความต้องการของนักศึกษาได้อย่างถูกต้อง

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Srirasa S. Student life at Khon Kaen University [ Master Thesis in Education]. Bangkok: The graduate School, Chulalongkorn University; 1988. [in Thai].
2. In-Ya I. Comparative of Khon Kaen University students living between university dormitory and private dormitory. Chulalongkorn University Bangkok; 2003. [in Thai].
3. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [online] 2012 [cited 2020 Oct 10]. Available from: <https://kku.world/3r0fl>
4. Poomjan P. The study of quality of life of preclinical medical students of Faculty of medicine Siriraj Hospital. Siriraj Medical Bulletin 2017; 10(1): 10-17. [in Thai].
5. Premmaprayoonwongsa T. The relation between quality of life and

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณทางสำนักงานหอพักที่ให้ความร่วมมือและคณาจารย์ที่ให้คำปรึกษาและขอขอบคุณนักศึกษาทุกท่านที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ข้อมูล

housing pattern for students in Khon Kaen University [ Master Thesis in Social Development]. Khon Kaen: The graduate School, Khon Kaen University; 2014. [in Thai].

6. Mahakhan P. The Study quality of life Bachelor Degree Faculty education Silpakorn University. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2007. [in Thai].
7. Wongprasit N, Yanmanovisit N, Prapatsorn C, Viriyakul O, Seangsawang W. The Quality of Life of Students Living in Dormitory Rajabhat University. Research and Development Journal, Loei Rajabhat University 2020; 52( 15) : 61– 72. [in Thai].
8. Smithnaraseth A. The study of Quality of life among Nursing Students, Eastern Asia University. Christian University of Thailand Journal 2018;

- 24(4): 562–576. [in Thai].
9. Sitthai W. He Quality Of Life of Clinical Medical Students. **Srinakharinwirot Research and Development ( Journal of Humanities and Social Sciences)** 2020; 12(23): 73-85. [in Thai].
10. Haocharoen K. Dormitory's Physical Factor and the Quality of Thammasat University' s Lives. **Journal of the faculty of architecture King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang** 2012; 14: 13–24. [in Thai].
11. Vithayapiyanont P. The factor Influencing in Choosing Accommodation of Students in Sansai District, Chiang Mai Province [online] 2017 [cite 2020 Oct 9]. Available from [https:// kku.world/p6t2h](https://kku.world/p6t2h) [in Thai].
12. Anghao W, Nimnuan C. Quality of life of students living in dormitories of Chulalongkorn University. **Chala Med J** 2009; 53(6):545-55. [in Thai].
13. Sukpatcharaporn N, Klunklin P. Behavior of Undergraduate Students Towards Renting Accommodations in Mueang Chiang Mai District. **J.Grad Res** 2019; 10(2): 213-227. [in Thai].
14. Prommali C, Jaroenkornburi S. Lifestyles of Undergraduate student of Khon Kaen University. **Journal of Education Khon Kaen University (Graduate Studies Research)** 2020; 1(2): 26-34. [in Thai].
15. Thawongsa K, Srinonyang P, Aphaiso P, Chotichai B, Sariya W. Factors of influencing Quality of student life in Mahamakut Buddhidt University, Srilanchang Campus. **MBU Education Journal** 2018; 6(1): 547-65. [in Thai].
16. Chantasorn W, Teeravannittrakul S, Saengjan K. The Quality of Life of the Undergraduate Students in Burapha University, Bangsaen Campus. **Journal of education** 2019; 30(3) : 228- 42. [in Thai].

## ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน

พูนรัตน์ ลียติกุล\*, รังสิยา วงศ์อุปปา\*

### บทคัดย่อ

การเสพยาเสพติดมีผลกระทบต่อผู้เสพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงการเกิดอาการจิตเวช เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมอื่น ๆ ระดับบุคคลในการเพิ่มความเสี่ยงการก่อโรค การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาโรคร่วมที่มาจากการเสพยาเมทแอมเฟตามีน ผลการศึกษาพบว่าการใช้ methamphetamine สัมพันธ์กับความบกพร่องทางประสาทในด้านความสามารถในการบริหารการเรียนรู้ ความจำขั้นตอนการประมวลผลข้อมูล และส่งผลในการลดการรับรู้ของบุคคล นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจเต้นที่ผิดปกติที่เกิดจากใช้ methamphetamine อาจทำให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การท้องร่วงแบบเฉียบพลัน และการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจฉับพลัน

**คำสำคัญ:** เมทแอมเฟตามีน, การเสพยาเสพติด, ผล

---

\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

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

Received 14/10/2020

Revised 16/11/2020

Accepted 22/12/2020

## **MEAMPHETAMINE ABUSE UNDESIRABLE EFFECTS**

*Poonrut Leyatikul\*, Rungsiya Wonguppa\**

### **ABSTRACT**

Substance abuse affects people both physically and mentally, in particular, the risk of psychiatric symptoms. This is because there are other risk factors associated with the individual level to increase the disease risk. This study is a systematic review aimed to explore the associated diseases caused by methamphetamine abuse. The results of the study showed that methamphetamine abuse correlated with neurological impairment in the ability to manage learning, memory of data processing steps, and results in a reduction in the perception of the person. In addition, hypertension and irregular heartbeat caused by methamphetamine abuse can cause serious events such as Coronary heart disease, Acute diarrhea, and Sudden cardiac death.

**Keyword:** Methamphetamine, Drug Abuse, Effects

---

\* Faculty of Public Health, Vongchawalitkul University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สารเสพติดมีการใช้ในสังคมมาเป็นระยะเวลานานหลายร้อยปี ในสมัยโบราณนิยมใช้สารเสพติดในพิธีกรรมทางศาสนา และใช้เป็นส่วนประกอบยารักษาการเจ็บป่วย เช่น ชนพื้นเมืองในอเมริกาใต้เคี้ยวโคคา (COCA) ใช้เคี้ยวในพิธีกรรมศาสนาและการทำฟาร์ม<sup>1</sup> ยาฝิ่นมีการใช้มากกว่า 5,000 ปี ก่อนคริสตกาลโดยชาวเมโสโปเตเมีย<sup>2</sup> และถูกนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้าโดยชาวอังกฤษในประเทศจีนจนเกิดสงครามฝิ่นในช่วงปี ค.ศ. 1839 – 1842, 1856 - 1860<sup>3</sup> มอร์ฟีนถูกสกัดครั้งแรกโดยเภสัชกรเยอรมัน Serturmer ในปี ค.ศ. 1806 และนำมาใช้ในช่วงสงครามกลางเมืองของสหรัฐอเมริกา (American civil war) ระหว่างปี ค.ศ. 1861 – 1865 หลังสงครามมีทหารที่ติดเฮโรอีนประมาณมากกว่า 100,000 คน<sup>2</sup> แอมเฟตามีนได้ถูกนำมาใช้ในกองทัพญี่ปุ่น เยอรมัน อเมริกัน และอังกฤษ เพื่อให้ร่างกายมีกำลัง กระฉับกระเฉงอยู่ตลอดเวลา และแพร่ระบาดของการใช้ในประชาชนทั่วไป<sup>4</sup> สำหรับกัญชามีการใช้ในประเทศอินเดียและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อย่างกว้างขวางมาตั้งแต่ในศตวรรษที่ 17 เพื่อวัตถุประสงค์ทางยาและทำให้เมา และการใช้อย่างแพร่หลายในอเมริกาและยุโรป หลัง ปี ค.ศ. 1960 โดยระยะแรกนิยมใช้ในในกลุ่มนักดนตรีแจ๊ส และชาวเม็กซิกันอพยพกลุ่มนักประพันธ์<sup>5</sup>

สารเสพติด (Illicit drugs) เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ทางเคมีขึ้นใหม่ ผลิตขึ้นเพื่อนำมาใช้ให้มีผลต่อร่างกาย หรือจิตของมนุษย์ หรืออาจมีการนำไปใช้สำหรับสัตว์ด้วยในบางกรณี เพื่อการรักษาการเจ็บป่วย หรือลดการเจ็บปวด แต่เมื่อมีผู้ใช้นำมาใช้ นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ดังกล่าว ด้วยเกิดความพึงพอใจในผลที่เป็นแบบ Stimulant, Depressant, Narcotic, Hallucinogen ของสารที่ได้รับจึงทำให้เกิดอาการเสพติดขึ้น<sup>6</sup> ซึ่งรายการชื่อของสารเสพติดได้มีการประกาศไว้ในอนุสัญญาว่าด้วยสารเสพติดระหว่างประเทศ ปี 1961, 1972<sup>7</sup>

ผลกระทบของการใช้สารเสพติดทำให้เกิดภาวะโรคหลายโรคทางร่างกายและจิตใจของผู้เสพ และกระทบต่อความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ<sup>8</sup> ผลกระทบเฉพาะด้านจิตนั้น ได้ส่งผลโดยตรงต่อระบบประสาทและระบบสมองของผู้เสพ โดยในระยะแรก จะทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ มีความรู้สึกกลัวที่รุนแรง ความคิดสับสน และมีอาการประสาทหลอน ซึม ง่วง ไม่มีสมาธิ หากมีการใช้ต่อเนื่อง ในระยะยาวจะเกิดอาการคือ อาการทางโรคจิตเวช โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การทำร้ายตัวเอง ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง และมีอารมณ์แปรปรวน<sup>9</sup> โดยอาการทางจิตเวชสารเสพติดที่พบบ่อยในผู้ใช้สาร

เสพติด ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการ  
หูแว่ว และเห็นภาพหลอน<sup>10-12</sup>

ในปี ค.ศ. 2017 ทั่วโลก มีประชากร  
ประมาณ 271 ล้านคน ที่มีอายุ 15 - 64 ปี  
หรือประมาณร้อยละ 5.5 ที่ใช้สารเสพติด  
อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา หรือ  
ประมาณทุก 18 คน มีผู้เสพสารเสพติด 1 คน  
เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี ค.ศ. 2009 กับปี  
ค.ศ. 2017 จำนวนผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกในปี  
ที่ผ่านมา มีจำนวนมากขึ้น จาก 210 ล้าน เป็น  
271 ล้าน โดยมีผู้ใช้กัญชาประมาณ 188  
ล้านคน โดยใช้ทั้งเพื่อการบำบัดและการใช้ที่  
ผิดกฎหมาย พื้นที่ใช้มาก คือ แถบอเมริกาใต้  
และอเมริกาเหนือ การใช้สารเสพติด กลุ่ม  
Opioids มีผู้ใช้ประมาณ 53 ล้านคน โดย  
Opium poppy และผลิตภัณฑ์ พื้นที่ที่มีการ  
ผลิตมากที่สุด คือ อาฟกานิสถาน เมียนมาร์  
และเม็กซิโก ส่วน Fentanyl เป็นสารที่ใช้มาก  
ที่สุด และมีการใช้เกินขนาดทำให้เสียชีวิต  
จำนวนเพิ่มขึ้นในอเมริกาเหนือ (ปี 2017  
สหรัฐอเมริกา 47,000 คน แคนาดา 4,000  
ราย) Tramadol มีการใช้นอกวัตถุประสงค์  
ทางการแพทย์ในพื้นที่แอฟริกาตะวันตก-  
ตอนกลาง-ตอนเหนือ และแอมเฟตามีนและ  
กลุ่มยากระตุ้นประสาท มีผู้ใช้ประมาณ 29  
ล้านคน มีอัตราการใช้สูงสุดที่พื้นที่อเมริกา  
เหนือ ประมาณร้อยละ 2.1 ส่วนพื้นที่เอเชีย  
ตะวันออกเฉียงใต้ ความชุกประมาณร้อยละ  
0.5 - 1.1 ผู้ใช้ Ecstasy มีประมาณ 21 ล้านคน  
และผู้ใช้โคเคนประมาณ 18 ล้านคน โดยมี

ความชุกของการใช้สูงที่สุดที่พื้นที่อเมริกา  
เหนือ คือ ร้อยละ 4.4 ในปี 2015, 2017 ทั่วโลก  
มีผู้เสียชีวิตที่เป็นผลจากการใช้สารเสพติด  
415,000 คน และ 585,000 คน<sup>13</sup>

ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนประมาณการ  
ผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปี 2562 ใน  
กลุ่มประชากรไทยอายุระหว่าง 12-65 ปี คาด  
ประมาณว่ามีคนไทย 3.75 ล้านคน หรือร้อยละ  
7.46 เคยใช้ยาเสพติดในช่วงชีวิตและ 1.97  
ล้านคน หรือร้อยละ 3.91 ใช้ยาเสพติดในปีที่  
ผ่านมา มีคนไทย 1.32 ล้านคน หรือร้อยละ  
2.62 ใช้ยาเสพติดในเดือนที่ผ่านมาในจำนวนนี้  
452,000 คน หรือร้อยละ 0.9 ใช้ยาเสพติด  
เป็นประจำ (ใช้ 20 วันหรือมากกว่าในเดือนที่  
ผ่านมา) ยาเสพติดที่ใช้มาก ได้แก่ กัญชา เมท  
แอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์) และพืชกระท่อม  
(ใบกระท่อมและน้ำต้มกระท่อม) ตามลำดับ<sup>14</sup>

ข้อมูลการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการ  
รักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยที่ใช้  
สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิต  
ประมาณ 86.2 % เป็นผู้ใช้ยาเมทแอมเฟตา  
มีน 20% และเป็นโรคจิตเภท 13%<sup>15</sup>

องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้สาร  
methamphetamine และโคคร่วมจึงเป็นองค์  
ความรู้ที่สำคัญในการป้องกันและบรรเทา  
ผลกระทบจากการใช้ยา

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาโคคร่วมที่มาจากการเสพเมท  
แอมเฟตามีน

## วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบจากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตในฐานข้อมูล Google Scholar โดยการใส่คำสืบค้นว่า methamphetamine comorbidity ย้อนหลัง 10 ปี พบบทความที่เกี่ยวข้องจำนวน 16,300 บทความ คัดเลือกเฉพาะที่เป็น Free Full Text, และเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น พบบทความที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วมที่เกิดจากผลกระทบของ methamphetamine abuse จำนวนทั้งสิ้น 137 บทความ ซึ่งบทความที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับโรคร่วมมีจำนวน 6 บทความ

## ผลการศึกษา (Results)

การใช้ methamphetamine สัมพันธ์กับความบกพร่องทางประสาทในระดับปานกลาง โดยความผิดปกติของระบบประสาทดังกล่าวมักเกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนหน้าและด้านข้าง ซึ่งความผิดปกติของระบบประสาทดูเหมือนจะเกิดขึ้นในด้านความสามารถในการบริหารการเรียนรู้

ความจำขั้นตอนการประมวลผลข้อมูล และส่งผลในการลดการรับรู้ของบุคคลด้านการใช้ methamphetamine ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการควบคุมแรงกระตุ้น การระลึกถึงความจำ ความสนใจอย่างต่อเนื่อง ความทรงจำในการทำงาน ความเพียรพยายาม และความคล่องแคล่ว มีสอดคล้องกับการสังเกตการณ์ทางคลินิกที่มักพบว่า ผู้ป่วยที่มีสารที่มีองค์ประกอบเดียวกับ methamphetamine มีแนวโน้มที่จะแสดงอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาในการให้ความสนใจ<sup>16</sup>

นอกจากนี้ มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เกิดจากการใช้ methamphetamine โดยหลักฐานทางคลินิกจำนวนมากเกิดขึ้นจากกรณีศึกษา กล่าวคือ ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจเต้นที่ผิดปกติที่เกิดจากการใช้ methamphetamine อาจทำให้เกิดเหตุการณ์รุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การท้องร่วงแบบเฉียบพลัน และการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจฉับพลัน<sup>17</sup>

ตารางที่ 1 ผลกระทบของ methamphetamine abuse (โรคร่วม)

ชื่อผู้แต่ง	ปี	วิธีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	ผลสรุป
Ramon L. Ramirez, Vinicio DeJesus Perez, and Roham T. Zamanian <sup>16</sup>	2019	Case report	ผู้ป่วยที่ใช้ methamphetamine และป่วยเป็น arterial hypertension (PAH)	ผู้ป่วยที่ใช้ methamphetamine มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนา PAH มากกว่ากลุ่มปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้ methamphetamine และเป็น arterial hypertension ยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ventricular dysfunction
LiŚkiewicz, et al. <sup>17</sup>	2019	RCT <sub>s</sub>	หนูจำนวนกลุ่มละ 12 ตัว รวมจำนวนทั้งหมด 24 ตัว ที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการทดลองในสัตว์ใน Katowice ให้ใช้ในการทดลอง	หนูในกลุ่มทดลองที่ได้รับ methamphetamine จะมีการเพิ่มระดับโปรตีน IL-1 $\beta$ ใน hippocampal tissue มีผลในการลด spatial learning ทำให้เกิดความสามารถทางด้านสติปัญญาที่บกพร่อง
Arunogiri , et al. <sup>18</sup>	2019	Controlled trial without randomized	กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย ผู้ใช้ methamphetamine ที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย จำนวน 29 คน ผู้ใช้ methamphetamine ที่ไม่มีโรคจิตเวชร่วม จำนวน 70 คน และผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จำนวน 32 คน	เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ methamphetamine มีกระบวนการตัดสินใจและการตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเองที่แย่กว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มากไปกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้ methamphetamine แต่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยจะมีการตระหนักรู้ในอารมณ์โกรธและเศร้า น้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ตารางที่ 1 ผลกระทบของ methamphetamine abuse (โรคร่วม) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	ปี	วิธีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	ผลสรุป
Nicole A. Northrop and Bryan K. Yamamoto <sup>19</sup>	2015	Systematic Review	-	methamphetamine มีผลในการลด blood-brain barrier (BBB) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารสื่อประสาท ได้แก่ dopamine และ serotonin ส่งผลให้บุคคลที่ใช้ methamphetamine มีความเครียดสูงและมีความเสี่ยงที่จะรับเชื้อ HIV มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ methamphetamine เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันที่ถูกทำลาย
Duarte, et al. <sup>20</sup>	2012	Controlled trial without randomized	กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ประกอบไปด้วย กลุ่มผู้ที่มีประวัติการเสพติด methamphetamine และถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) จำนวน 23 คน กลุ่มผู้ที่มีประวัติแต่เพียงเสพติด methamphetamine จำนวน 25 คน และ กลุ่มผู้ใช้ที่ไม่มีประวัติการเสพติด methamphetamine และโรคสมาธิสั้น (ADHD) ที่ผ่านการทำแบบทดสอบ Iowa Gambling Task (IGT) จำนวน 22 คน	เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 กลุ่ม ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีประวัติการใช้ methamphetamine ทั้งมี ADHD ร่วม และไม่มี ADHD ร่วม มี working memory ที่บกพร่องซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีประวัติการใช้ methamphetamine และมี ADHD ร่วม ที่มีภาวะบกพร่องในการตัดสินใจที่แย่ที่สุด เนื่องจากจากความไม่สามารถใช้ working memory ได้

ตารางที่ 1 ผลกระทบของ methamphetamine abuse (โรคร่วม) (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง	ปี	วิธีการศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง	ผลสรุป
Kuo, et al. <sup>21</sup>	2011	Cohort study	กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,254 คน ที่เป็นผู้เสพติด methamphetamine และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไต้หวันตั้งแต่ มกราคม 1990 ถึง ธันวาคม 2007	ในระหว่างระยะเวลาของการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมการทดลองจำนวน 130 คน ได้เสียชีวิตโดยร้อยละ 63.1 เป็น การตายที่เกิดจากภาวะโรคร่วม ในขณะที่ร้อยละ 36.9 เป็นการตายตามธรรมชาติ อัตราการตายสะสมระยะเวลา 1 ปี จากภาวะโรคร่วมและสาเหตุตามธรรมชาติเท่ากับ 0.018 และ 0.006 ตามลำดับ ในด้านอัตราตายสะสมระยะเวลา 5 ปี จากภาวะโรคร่วมและสาเหตุตามธรรมชาติ เท่ากับ 0.046 และ 0.023 ตามลำดับ

### วิจารณ์ (Discussions)

สารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีน (Amphetamine-Type Stimulant; ATS) เป็นยาที่อยู่ในกลุ่มสารกระตุ้นประสาทสังเคราะห์ที่ทำให้ระบบประสาทมีการทำงานที่เร็วขึ้น โดยสารกระตุ้นประเภทแอมเฟตามีนมี Phenethylamine เป็นโครงสร้างโมเลกุลพื้นฐาน ซึ่งสารกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อร่างกายโดยการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางให้มีการหลั่งหรือการดึงกลับของสารสื่อประสาท 3 ชนิด ได้แก่ dopamine, noradrenaline และ serotonin ที่ส่งผลให้ผู้ใช้เกิดความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม มีความสุข และอาจมีผลทำให้

เกิดภาวะประสาทหลอนหรือหวาดระแวงได้ ATS สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มที่ผิดกฎหมายตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 เช่น amphetamine, methamphetamine, และ ยากลุ่ม ecstasy ที่ประกอบด้วย 3,4-Methylenedioxymethamphetamine, 3,4-Methylenedioxeneamphetamine, และ 3,4-Methylenedioxeneamphetamine และ 2) กลุ่มยาที่ไม่ผิดกฎหมายและใช้ในการรักษาโรค เช่น Methylphenidate, Amphetamine, Mazindol, และ Fenproporex<sup>22</sup>

เมื่อสูดดม ก้าวดู ซึ่งมี methamphetamine สามารถมีได้ตั้งแต่ร้อยละ 67 ถึง ร้อยละ 90 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเทคนิคของการสูดดม ซึ่งผลของการสูดดม methamphetamine อย่างรวดเร็วนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการถ่ายโอนตัวยา จากถุงลม ไปสู่หลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเนื่องจาก methamphetamine เป็นสารซีเคมีร้อยละ 79 ความเข้มข้นของ methamphetamine ใน plasma จะเกิดขึ้นหลังจาก 4 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามฤทธิ์ของ methamphetamine ที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (ภายใน 5-15 นาที) ซึ่งความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นสูงสุดของ plasma และผลกระทบทางคลินิกสะท้อนถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับโมเลกุลของ Monoamines ที่กระจายตัวอย่างรวดเร็วและความสามารถในการรับสารของ Monoamine receptors และ transporters<sup>23</sup>

\*\*\*\*\*ในการสูดดมนี้ผลกระทบที่รุนแรงเฉียบพลันสามารถลดลงได้แต่อาจใช้เวลามากกว่า 4 ชั่วโมง ขณะที่ในระยะเวลาดียวกันนั้นผลกระทบที่มีต่อหัวใจและหลอดเลือดก็ยังคงอยู่ในระดับสูง สิ่งนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงให้เห็นว่า ถึงอันตรายหรือผลกระทบอย่างเฉียบพลันจะสามารถลดลงแต่ความเสี่ยงที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดก็ยังคงอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นข้อพึงระวังในการใช้สารเสพติด<sup>24</sup>

methamphetamine เป็น agonist หรือตัวช่วยที่ทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองในทางอ้อมเมื่อมีการจับกับ receptor ของ dopamine, noradrenaline และ serotonin เนื่องจากโครงสร้างของ methamphetamine นั้นมีความคล้ายคลึงกับกับโครงสร้างของ monoamines ที่ทำหน้าที่ขนส่งสารผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ของร่างกาย methamphetamine จึงสามารถทำหน้าที่แทนในการขนส่งสารต่าง ๆ ได้แก่ monoamines, dopamine, noradrenaline และ serotonin ซึ่งมีชื่อเรียกเฉพาะว่า dopamine transporter (DAT), noradrenaline transporter (NET), serotonin transporter (SERT) และ vesicular monoamine transporter-2 (VMAT-2) โดย VMAT-2 นั้นจะฝังอยู่ในเยื่อหุ้มปัสสาวะในขณะที่ DAT, NET และ SERT ที่ถูกใช้งานอยู่ในร่างกายของมนุษย์ คือ โปรตีนฝังตัวของเซลล์ผิว methamphetamine จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน monoamines จากถุงเก็บอาหารให้เข้าไปใน cytosol ของเซลล์ผ่านการทำงานในลักษณะย้อนกลับของ VMAT-2 และการเบี่ยงเบนของค่า pH ที่ทำให้เกิดการสะสมของ monoamine นอกจากนี้ การทำงานของ DAT, NET และ SERT ในทางย้อนกลับยังทำให้เกิดการปลดปล่อย dopamine, noradrenaline และ serotonin จาก cytosol ไปสู่ synapses monoamines synaptic ที่พร้อมจะกระตุ้นตัวรับ monoamine

postsynaptic ส่งผลให้ methamphetamine ยับยั้งการเผาผลาญ monoamine โดยการยับยั้ง monoamine oxidase ซึ่งการสะสมของ monoamine นี้ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในช่วงแรกและความรู้สึกเศร้าในระยะต่อมา เนื่องจาก monoamine มีผลต่อการทำงานของสารสื่อประสาท<sup>25</sup>

methamphetamine มีผลต่อการทำงานของสมองส่วน cerebrum ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้หลังจากมีการใช้ methamphetamine ฤทธิ์ของสารดังกล่าวจะทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของสมองที่ส่งผลต่อร่างกายทำให้ผู้ใช้รู้สึกมีแรงในการทำสิ่งต่าง ๆ หรือมีความรู้สึกสุขมากขึ้น แต่ก็มีผลทำให้เกิดอาการทางร่างกายอื่น ๆ เช่น ปากแห้ง ใจสั่น มือสั่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลดลง และตื่นตกใจง่าย หากใช้ไปนาน ๆ อาจทำให้เกิดอาการหวาดระแวง วิดกกังวล ความจำเสื่อม และประสาทหลอน เนื่องจากการสมองถูกกระตุ้นให้มีการทำงานที่ผิดปกติ (Nelson et al., 2010) โดยผลเฉียบพลันของการใช้ methamphetamine อยู่ได้นานถึง 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาโดยการสูดดมขนาด 30 mg นอกจากนี้ methamphetamine ขนาด 30 mg ที่เข้าไปในหลอดเลือดดำจะออกฤทธิ์มากกว่า 2 นาที และมีความเข้มข้นพลาสมาได้สูงที่สุดถึง 110 mg ซึ่งสามารถก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ภายใน 2 นาที และมีผลข้างเคียงภายใน 10

นาที ผลข้างเคียงดังกล่าว ได้แก่ อาการชัก การทำงานของระบบหัวใจและทางเดินหายใจล้มเหลวซึ่งเสี่ยงต่อชีวิต<sup>23</sup>

หากเสพ methamphetamine โดยการกิน การฉีดเข้าหลอดเลือด การสูบ หรือการสูดดม ไอระเหย ครึ่งชีวิตของ methamphetamine จะมีค่าเท่ากับ 10 ชั่วโมง โดยปกติแล้วประมาณร้อยละ 70 ของปริมาณ methamphetamine จะถูกขับออกจากปัสสาวะภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งสิ่งที่ขับออกมานั้นจะประกอบไปด้วย methamphetamine มากถึงร้อยละ 30-50 ขณะที่ร้อยละ 15 ของสารที่ถูกขับออกมาคือ 4-hydroxymethamphetamine และที่เหลือจะเป็น amphetamine ประมาณร้อยละ 10 มีเพียงส่วนน้อยที่ methamphetamine จะถูกขับออกมาทางเหงื่อหรือทางอุจจาระ<sup>22</sup>

การใช้ methamphetamine ในทางที่ผิด ประกอบด้วยการใช้ methamphetamine เป็นระยะเวลานานติดต่อกัน การใช้ปริมาณที่มากจนเกินไป และการใช้ด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสมจนทำให้ร่างกายในแต่ละบุคคลได้รับผลกระทบอย่างเฉียบพลัน<sup>25</sup>

นอกจากการใช้ methamphetamine ปริมาณมาก (overdose) การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ methamphetamine ในทางที่ผิดสามารถเกิดจากภาวะปัสสาวะอุดตัน ปอดบวม และระบบไหลเวียนโลหิตทำงานผิดปกติอันเนื่องมาจากความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเฉียบพลัน (hyperpyrexia) นอกจากนี้ การเสียชีวิตในลักษณะอื่น ๆ อาจเกิดขึ้นจากการฉีดยาฆ่าเชื้อหรือภาวะขาดอากาศหายใจโดยการสำลักอาเจียน<sup>25</sup>

คุณสมบัติทั่วไปของการใช้ methamphetamine ในทางที่ผิด ได้แก่ อาการกระวนกระวายใจ อัตราการเต้นของหัวใจสูง ความดันโลหิตสูง และอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหายใจและระบบการทำงานของหัวใจ เช่น อาการสั้น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก hyperpyrexia หัวใจล้มเหลวของตับและ / หรือไต และอาการโคม่าหรืออาการชัก รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิตจนทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายผู้อื่น อีกทั้งอาจนำไปสู่การเกิดโรคจิตเภทเฉียบพลันที่มีอาการของหูแว่ว ประสาทหลอน และการรับรู้ความจริงที่บิดเบือนไป<sup>25</sup>

### ข้อยุติ (Conclusions)

methamphetamine ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาททำให้ในการเสพช่วงแรก ๆ ร่างกายจะเกิดภาวะตื่นตัว เนื่องจากอัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น แต่เมื่อหมดฤทธิ์ร่างกายจะเกิดภาวะอ่อนเพลีย การทำงานของระบบประสาทจะช้าลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อผู้เสพยาใช้ methamphetamine ไปสักระยะหนึ่งจะเกิดภาวะดื้อยา (tolerance) ที่ทำให้ผู้เสพยาต้องการเสพยาในปริมาณที่มากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์ยาที่เพียงพอต่อ

ความต้องการของผู้เสพยา หากผู้เสพยาใช้ methamphetamine ติดต่อกันเป็นระยะเวลาเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือหากผู้เสพยาใช้ปริมาณมาก (overdose) ฤทธิ์ของ methamphetamine ก็จะไปกดประสาทและระบบการหายใจจนอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ด้านจิตใจ ผู้เสพยา methamphetamine อาจเกิดโรคทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็น ภาวะหวาดระแวง หูแว่ว และประสาทหลอน ทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง ยากที่จะควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

amphetamine เป็นสารที่ส่งผลต่อ serotonin และ dopamine โดยตรง อีกทั้งเมื่อมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของโมเลกุลส่งผลให้ amphetamine และ methamphetamine มีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดผ่านการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำให้เกิด tachycardia, vasoconstriction, hypertension, dysthymia, aortic dissection, valvular dysfunction, myocardium infarction รวมถึงภาวะ hallucination และ psychosis ซึ่งอาการกระสับกระส่าย hallucination psychosis หรืออาการอื่น ๆ นั้นอาจจำเป็นที่จะต้องรักษาด้วยการให้ยาเป็นตัวช่วยในการระงับอาการ นอกเหนือจากการบำบัดรักษาแบบปรับพฤติกรรมในการเลิกใช้ยาเสพติดที่

เป็นรูปแบบพื้นฐานในการช่วยบำบัดรักษา  
ผู้ใช้ methamphetamine

**สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)**  
การใช้ methamphetamine ในทางที่  
ผิด ประกอบด้วย การใช้ methamphetamine

### เอกสารอ้างอิง (References)

Papers of particular interest, published  
within the annual period of review, have  
been highlighted as:

\* of special interest

\*\* of outstanding interest

1. Dillehay TD, Rossen J, Ugent D, Karathanasis A, Vasquez V, Netherlyl PJ. Early Holocene coca chewing in northern Peru. *La Mastication de Coca Au Nord Du Pérou Au Début de l'holocène* 2010; 84(326): 939–953.
2. Olive MF. *Understanding Drugs "Morphine"*. New York: Chelsea House; 2011.
3. William Travis H, Frank S. *Opium wars: the addiction of one empire and the corruption of another*. Naperville: Sourcebooks; 2002.
4. Nancy H. *Amphetamines*. Farmington Hill: Greenhaven Press; 2005.
5. McMulin J. *Marijuana*. Detroit: Greenhaven Press; 2005.

เป็นระยะเวลาอันยาวนานติดต่อกัน การใช้ปริมาณ  
ที่มากจนเกินไป และการใช้ด้วยวิธีการที่  
ไม่เหมาะสมจนทำให้ร่างกายในแต่ละบุคคล  
ได้รับผลกระทบอย่างเฉียบพลัน

6. Houck MM, Siegel JA. *Fundamentals of Forensic Science*. 3<sup>rd</sup> ed. Academic Press; 2010.
7. UNODC. *Terminology and Information on Drugs*. 3<sup>rd</sup> ed. [online] 2020 [cited 23 August 2020]. Available from: [https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/terminology-and-information-on-drugs\\_new.html](https://www.unodc.org/unodc/en/scientists/terminology-and-information-on-drugs_new.html)
8. Australian Government Department of Health and ageing. *National Amphetamine-Type stimulant strategy Background paper*. Nation Drug Research Institute Australian Institute of Criminology; 2007.
9. Mccrady BS, Epstein EE. *Addictions: A comprehensive guide book*. United of America: Oxford University; 2013.
10. Grant KM. Methamphetamine associated psychosis. *J Neuroimmune Pharmacol* 2012; 7(1): 113–139.

11. Srisurapanont M, Ali R, Marsden J, Sunga A, Wada K. Psychotic symptoms in methamphetamine psychotic in-patients. **International Journal of Neuropsychopharmacology** 2003; 6(4): 347–352.
12. Gan H, Zhao Y, Jiang H, Zhu Y, Chen T, Tan H, et al. A Research of Methamphetamine Induced Psychosis in 1,430 Individuals with Methamphetamine Use Disorder: Clinical Features and Possible Risk Factors. **Frontiers in Psychiatry** 2018; 9: 1-8.
13. UNODC. World drug report 2019. United Nations; 2019.
14. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2012; 36(2): 37-48.
15. Maneeganol S, Pimpanit V, Jarassaeng N, Boontoch K. Prevalence of Substance Use in Psychiatric Outpatient Clinic at Srinagarind Hospital. **J Psychiatr Assoc Thailand** 2014; 59(4): 371–380.
16. Liśkiewicz A, Przybyła M, Liśkiewicz D, Nowacka-Chmielewska M, Małeckiecki A, Barski J, et al. Methamphetamine-associated cognitive decline is attenuated by neutralizing IL-1 signaling. **Behavior, and Immunity** 2019; 80: 247-254.
17. Ramirez RL 3rd, Perez VJ, Zamanian RT. Methamphetamine and the risk of pulmonary arterial hypertension. **Curr Opin Pulm Med** 2018; 24(5): 416-424.
18. Arunogiri S, Verdejo- Garcia A, McKetin R, Rubenis AJ, Fitzpatrick RE, Lubman DI. Emotion Recognition and Impulsive Choice in Relation to Methamphetamine Use and Psychosis Symptoms. **Frontiers in Psychiatry** 2019; 10(889): 1-7.
- \* This article is a quasi - experimental research and using community participation.
19. Northrop NA, Yamamoto BK. Methamphetamine effects on blood-brain barrier structure and function. **Frontiers in Neuroscience** 2015; 9(69): 1-11.
- \*\* This article is a RCT research.
20. Duarte NA, Woods SP, Rooney A, Atkinson JH, Grant I, Translational Methamphetamine AIDS Research Center ( TMARC) Group. Working memory deficits affect risky decision-making in methamphetamine users with attention- deficit/ hyperactivity

- disorder. **Journal of psychiatric research** 2012; 46(4): 492-499.
- \* This article is a quasi - experimental research and using community participation.
21. Kuo CJ, Liao YT, Chen WJ, Tsai SY, Lin SK, Chen CC. Causes of death of patients with methamphetamine dependence: a record-linkage study. **Drug and alcohol review** 2011; 30(6): 621-628.
22. Jamlongkul A. Amphetamines: A review of forensic medicine. **Chulalongkorn Medical Journal** 2016; 60(4): 399-412. [in Thai]
23. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. **Journal of Addiction** 2009; 104(7): 1085-1099.
24. Richards JR. Laurin EG. **Methamphetamine Toxicity**. Treasure Island: Stat Pearls Publishing; 2020.
25. Nelson L. **Goldfrank's Toxicologic Emergencies**. 9<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2010.
22. Jamlongkul A. Amphetamines: A review of forensic medicine.

# คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

## 1. ประเภทของบทความ

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ ประกอบด้วย

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ สถานะองค์ความรู้ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของนิพนธ์ต้นฉบับทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ พิมพ์กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

1.2 บทความปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสาร หรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย ชื่อผู้พิมพ์ (พร้อมชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน) บทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ผลการศึกษาบททวน ข้อยุติ ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง และคำแนะนำสำหรับค้นคว้าเพิ่มเติม โดยจำแนกเอกสารอ้างอิงออกเป็น 3 ประเภท คือ ไม่ระบุ, \*น่าสนใจ (\*of special interest), และ \*\*น่าสนใจเป็นพิเศษ (\*\*of outstanding interest) พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการจำแนกประเภทของเอกสารอ้างอิงในวงเล็บท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ ความยาวของบทความปริทัศน์ทั้งหมดไม่ควรเกิน 4000 คำ กระดาษขนาด B5 (Cordia New ขนาดตัวอักษร 14)

## 2. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 18 ตัวเข้ม สำหรับภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด โดยชื่อเรื่องต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ หรือไม่ควรเกิน 20 คำ ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...” เป็นต้น

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 14 โดยใช้ชื่อเต็ม ไม่ระบุตำแหน่งหน้าที่ ไม่ใช่คำย่อ และระบุชื่อผู้พิมพ์ไม่เกิน 7 คน

2.1.3 ชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ปฏิบัติงาน อยู่ในขณะนั้น ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.1.4 Corresponding author ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12 ตัวเอน

2.1.5 ชื่อแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา ใช้ Cordia New ขนาดอักษร 12

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 300 คำ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษาและข้อสรุป ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ สำหรับภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ

2.3 คำสำคัญ (Keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 5 คำ

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีคำสำคัญ (keywords index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medic US โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง

2.4 ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

เป็นส่วนของบทความบอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาดที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผล เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

2.5 วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective) ใช้การบรรยาย หรือระบุเป็นข้อ

2.6 วิธีการศึกษา (Method) เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ

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

2.6.2 วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

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

ประชากรศึกษา เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก เป็นต้น ต้องบอกถึงการยินยอมจากตัวอย่างที่ศึกษา การยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต

ตัวอย่าง วิธีการได้มาซึ่งขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ (sample size) 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 ใช้ตารางหรือแผนภูมิ ภาพ กร่งงข้อมูลประกอบ โดยอธิบายสรุปเชื่อมโยงในเนื้อเรื่อง

## 2.8 วิจารณ์ (Discussions)

การวิพากษ์/วิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของข้อค้นพบ วิเคราะห์และสรุป เปรียบเทียบกับงานวิชาการอื่น (ทฤษฎี งานวิจัย) ที่น่าเชื่อถือ อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นหรือข้อมูลที่ตีตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นหรือแตกต่างเป็นพิเศษก็ได้ รวมทั้งการวิพากษ์ระเบียบวิธีการศึกษา และข้อจำกัดในการศึกษาด้วย

## 2.9 ข้อยุติ (Conclusions)

สรุปข้อค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยย่อ

## 2.10 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ความยาวไม่เกิน 200 คำ โดยให้ระบุข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์/ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะต้องมีรากฐานมาจากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัย

## 2.11 สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ความยาวไม่เกิน 100 คำ โดยให้ระบุองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วก่อนทำการศึกษาวิจัย และองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นภายหลังจากทำการศึกษาวิจัย

## 2.12 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 3. การเตรียมตาราง ภาพ แผนภูมิ และกล่องข้อความ

ใช้อักษร Cordia New ขนาดอักษร 14 ในบทความหนึ่งๆ ควรมีตารางหรือภาพหรือแผนภูมิหรือกล่องข้อความ หรือผสมกัน ไม่เกิน 5 ตาราง/แผนภูมิ/ภาพ/กล่องข้อความ

### 3.1 ตาราง (Tables)

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

ตารางละครึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

ชื่อคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้น หรือย่อ ๆ และอธิบายให้ละเอียด ในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะ อาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายแทน

### 3.2 ภาพ และแผนภูมิ (Figures and Charts)

ภาพ และแผนภูมิ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ

ต้องคมชัด และเป็นภาพขาว-ดำ เท่านั้น

ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels

### 3.3 กล่องข้อความ (Box)

กล่องข้อความ ใช้กับคำพูด (quote) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

คำพูดต้องเป็นคำพูดสำคัญ ภาษาถิ่น ที่สื่อความหมายเฉพาะชัดเจนลุ่มลึก ความยาว แต่ละคำพูดไม่ควรเกิน 20 คำ ใช้ตัวเอนอยู่ใน “ ” และต้องมีแหล่งที่มาของคำพูดในวงเล็บท้ายเครื่องหมาย “ ”

แต่ละกล่องข้อความ สามารถมีหลายคำพูดได้ แต่ต้องอยู่ในประเด็นเดียวกันหรือต่อเนื่องกัน ไม่เกิน 10 คำพูด

## 4. การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงให้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษ ควรมีอย่างน้อย 15 รายการ และสามารถตรวจสอบได้ทาง internet โดยการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร หลีกเลี่ยงการใช้ข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ โพลล์มาใช้อ้างอิง การอ้างอิงจาก internet ให้อ้างอิงเฉพาะ website ของทางราชการและองค์กรที่น่าเชื่อถือเท่านั้น โดยเน้นข้อมูลสถิติที่เป็นทางการ แนวนโยบาย และข้อมูลสำคัญมาก

ที่วารสารในการอ้างอิง 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 สารระทาง internet จาก website ที่น่าเชื่อถือ

ทุกรายการต้องสามารถระบุที่มา วันเวลา

วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความที่อ้างอิง โพลล์, หนังสือพิมพ์, ความคิดเห็น ฯลฯ

## 5. การส่งต้นฉบับ

ให้ประสานงานกับฝ่ายจัดการ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของฝ่ายจัดการโดยเคร่งครัด

### 5.1 การตรวจสอบสถานะบทความ

สอบถามที่กองบรรณาธิการ โทรศัพท์ 043-363588 โทรสาร 043-202488

E-mail: [chdkku2560@gmail.com](mailto:chdkku2560@gmail.com)

เมื่อฝ่ายจัดการได้รับต้นฉบับแล้ว จะตรวจสอบคุณลักษณะและความสมบูรณ์ครบถ้วนของบทความ จากนั้นจึงส่งให้บรรณาธิการได้พิจารณาดำเนินการตามขั้นตอน และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบว่าต้องแก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์ หรือตีพิมพ์โดยไม่ต้องแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์ 1 เล่ม

### 5.2 สถานะบทความ

การตรวจสอบสถานะบทความ สามารถตรวจสอบได้ที่ฝ่ายจัดการ โดยสถานะบทความมีดังนี้

5.2.1 ฝ่ายจัดการได้รับบทความต้นฉบับ และอยู่ระหว่างกระบวนการ SUBMISSION (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 ผู้นิพนธ์สามารถขอรับหนังสือรับรองสถานการณตีพิมพ์จากฝ่ายจัดการ

### 5.3 การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป ผู้ประเมินจะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วน ด้านวิชาการ แล้วส่งให้ ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ ทางวารสารสงวนสิทธิในการตีพิมพ์ เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบของบรรณาธิการตามรูปแบบและสาระที่เหมาะสมกับวารสารเท่านั้น

### 5.4 การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (proof reading)

ผู้นิพนธ์ต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วน ของเนื้อหา

ทั้งนี้ ในหน้าแรกของบทความจะระบุวันที่ Received, Revised, Accepted ด้านล่าง

หมายเหตุ หากผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการตามรูปแบบที่ระบุไว้ ฝ่ายจัดการขอสงวนสิทธิในการ ไม่รับพิจารณาการตีพิมพ์