

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม 2569

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2569
ISSN 3027-8104 (Online)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการวิจัยด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนทั้งในและ

ต่างประเทศ

3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้ด้านการวิจัย

กำหนดการเผยแพร่

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

ฝ่ายจัดการ

อ.ดร. บังอรศรี จินดาวงค์

อ.ดร. นิธิฐพนธ์ สีอุปถด

น.ส.โชติกา ธัญพงศ์พร

แบบปก: พรธีรา โพธิ์ชัย

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ 043-363588, 080-2077570

E-mail: chdjourn@kku.ac.th

Website: https://he05.tci-thaijo.org/index.php/CHDMD_KKU หรือ

<https://chdkkujournal.md.kku.ac.th/>

<https://www.Facebook.com/วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน-มขอนแก่น>

หมายเหตุ

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

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว

และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.พญ.วิศิษฐา ลูวีระ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว

และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำปี พ.ศ. 2569

ศ.ดร.พญ.เนลิณี ไชยเอี้ย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.(กิตติคุณ)ดร.รัตนา สำโรงทอง

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.สุณีรัตน์ ยิ่งยืน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.อรพินท์ เล่าธี

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.พญ.อิสราภรณ์ เทพวงษา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.นพ.พรรษ โนนจ้อย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.นพ.อาคม บุญเลิศ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ศิรินทีพย์ บุญจรัสสิญญ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.นพ.ภาณุมาศ ไกรสร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.พ.ต.ท.หญิง ดร.รังสิยา วงศ์อุปปา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร.ธัญธิดา พิมพ์พวง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาเขตปัตตานี

ผศ.ดร.นฤมล จันทร์มา
ผศ.ดร.มาศโมฬี จิตวิริยธรรม

ผศ.ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์
ผศ.ดร.ราณี วงศ์คงเดช
ผศ.ดร.นันทวรรณ ทิพยเนตร
ผศ.ดร.พลกร สืบสำราญ

ผศ.ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว

ผศ.ดร.ศิราณี ศรีหาภาค

ผศ.ดร.วรรณภา ภาจำปา
ผศ.ดร.วรวิมล ชมภูพาน

ผศ.ดร.อุมาพร เคนศิลา
ผศ.ดร.ดวงใจ วิชัย
ผศ.ดร.นฤกร อิตฺุพร
ผศ.(พิเศษ) นพ.วรยศ ดาราสว่าง

ดร.นพ.พิทักษ์พงศ์ พายูหะ
ดร.ภัสชนก รัตนกรปรีดา
ดร.วรพล หนูนุ่น
ดร.สุภัทรญาณ ทองจิตร
ดร.กาญจนา นิ่มสุนทร

ดร.สดุดี ภูหนองไผ่
ดร.ธิโสภินิฏ ท่องไทย
อ.ดร.บังอรศรี จินดาวงศ์
อ.ดร.นิพัทธ์พนธ์ สี่อุปถัด

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี

วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขอนแก่น
สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

โรงพยาบาลบุรีรัมย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.นพ.พิเนต ตติเวชกุล

อ.นพ.ฉัตรพงศ์ งามโชควัฒนา

อ.นพ.นนท์ปวิธ โชติชัย

อ.นพ.ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล

อ.นพ.ธนภูมิ เชื้อพงศ์การุณ

ดร.สุทิน ชนະบุญ

นพ.วรารุณ กุลเวชกิจ

พว.กาญจนา จันทะนุญ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

บทบรรณาธิการ

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับนี้เป็นปีที่ 14 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม 2569 เป็นสื่อกลางในการนำเสนอถึงบทความเชิงวิชาการอันน่าสนใจที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในการวิจัยด้านการพัฒนาชุมชน ซึ่งบทความดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) จากหลากหลายหน่วยงาน เพื่อให้การพิจารณาการตีพิมพ์บทความนั้นเป็นไปตามประสิทธิภาพของ TCI

ทางกองบรรณาธิการวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่นต้องขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ที่สละเวลาอันมีค่าของท่าน ในการให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงบทความ จนทำให้เกิดวารสารฉบับนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นประโยชน์ในทางวิชาการสืบไป และทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในวารสารฉบับต่อไป

สำหรับท่านผู้อ่านที่มีความประสงค์จะเผยแพร่บทความของท่าน ผ่านวารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่เว็บไซต์วารสาร และหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามมายังกองบรรณาธิการ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกสำหรับทุกท่าน

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ประโยชน์ทางวิชาการที่เกิดจากวารสารฉบับนี้ และฉบับต่อไป จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้สู่ชุมชน และนำมาซึ่งการพัฒนาด้านสุขภาพ และสุขภาพะที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืนตลอดไป

บรรณาธิการ



วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly Khon Kaen University

ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569 Vol.14 No.1 January - March 2026

สารบัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี	1-13
--	------

ณัฐฐิณี อ็อกซุ, ลาวัณย์ ผลสมภพ, ต่อเกียรติ สิงหะ

ประสิทธิผลของคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น	14-31
---	-------

อภิสร่า อ่างวรารุง, พวงเพชร จันทน์บุตร, นิภารัตน์ สีลาเลข

การจัดการความเครียดและปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวในกลุ่มนักศึกษา ระดับปริญญาตรีใน มหาวิทยาลัยขอนแก่น	32-53
---	-------

นลัทพร หมอยาดี, วริศรา ลูวีระ, นนทปวิธ ชาติชัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วม เรื่อง 4D และวินัยเชิงบวกเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและ พัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเพชรบูรณ์	54-69
---	-------

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์, รัตติกาล สีมุเทศ, ภาวิณี หอมยศ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอนุกรมเวลาระหว่างปริมาณฝนกับจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อ ไวรัสฮาร์เอสในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย	70-81
---	-------

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ, ภัทร์พิชชา ครูทางคะ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธรการดื่ม ต่อพฤติกรรมการดื่ม และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง	82-96
--	-------

น้ำทิพย์ ปินตาปลูก, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรม ของพยาบาล ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลตติยภูมิ	97-113
--	--------

ปาริชาติ เพ็ญพรรณ, จุริรัตน์ รัตน์เพชร, สาวนีสาสล บุตรสาทร

สุวัฒนา ชุนทดคล้าย, วรรณวิศา ปะเสทะกัง, วริสรา ลูวีระ

การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น	114-128
--	---------

กรกนก เรียงพรม, วริสรา ลูวีระ

ISSN 3027-8082 (Print)

ISSN 3027-8104 (Online)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Influencing Health Literacy in Self-Care Among Pregnant Women in Suphanburi Province

ณัฐริณี อ็อกซู*, ลาวณีย์ ผลสมภพ*, ต่อเกียรติ สิงห์**

Natchavee Oksue*, Lawan Pholsompop*, Torkiet Singha**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 119 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ 3) การสนับสนุนทางสังคม และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .92, .92 และ .94 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัจจัยส่วนบุคคลในด้านระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.182, p=.048$) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางประมาณ 11.11 เท่า ($OR = 0.090, 95\% CI = 0.009-0.877, p=.038$) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางประมาณ 17.24 เท่า ($OR = 0.058, 95\% CI = 0.008-0.451, p=.006$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีส่วนช่วยให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นด้วย จึงควรมีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกับมารดาและทารกในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์, สุขภาพมารดาทารก

*คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

*Faculty of Nursing, Kanchanaburi, Western University

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

Corresponding author: Lawan Pholsompop Email: lawan.ph@western.ac.th

Received 16/12/2025

Revised 07/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

This predictive correlational research aimed to examine factors influencing health literacy in self-care among pregnant women in Suphanburi province. The sample consisted of 119 pregnant women aged 20 years and above. Data were collected using a questionnaire comprising four sections: (1) personal factors, (2) health promotion motivation, (3) social support, and (4) health literacy in self-care among pregnant women. The reliability coefficients of the questionnaires were .92, .92, and .94. Data collection was conducted from October to December 2025. Data were analyzed using descriptive statistics and ordinal logistic regression.

The study revealed that personal factors, health promotion motivation, and social support significantly influenced health literacy in self-care among pregnant women at the .05 level. Regarding personal factors, educational level was positively correlated with health literacy in self-care among pregnant women at a statistically significant level ($r = .182, p = .048$). In addition, pregnant women with high levels of health promotion motivation were 11.11 times more likely to possess high health literacy in self-care compared to those with moderate health promotion motivation ($OR = 0.090, 95\% CI = 0.009-0.877, p = .038$). Similarly, those receiving high social support were 17.24 times more likely to exhibit high health literacy in self-care than those with moderate social support ($OR = 0.058, 95\% CI = 0.008-0.451, p = .006$).

Health literacy is an individual's ability that influences self-care, particularly among pregnant women who continuously experience physical, psychological, and social changes. The findings of this study indicate that enhanced health promotion motivation and social support contribute to improved health literacy in self-care among pregnant women. Therefore, enhancing health promotion motivation and social support should be prioritized to promote favorable long-term health outcomes for both mothers and infants.

Keywords: Health Literacy, Self-Care for Pregnant Women, Maternal and Infant Health

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในทุกระยะของการตั้งครรภ์ ผลต่อทารกด้านพัฒนาการของทารกในครรภ์ ผลต่อมารดาด้านความปลอดภัยในการคลอด หลังคลอด และผลลัพธ์สุขภาพระยะยาว¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี 2023 หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 260,000 ราย และร้อยละ 75 ของการตายเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ เลือดออกมาก การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง หรือครรภ์เป็นพิษภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ส่วนใหญ่พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำ² ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง ได้แก่ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย ในปี 2023 พบอัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน คือ 6, 26 และ 34 ตามลำดับ³ ซึ่งประเทศไทยมีอัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนสูงกว่าประเทศในกลุ่มรายได้ใกล้เคียงกัน และในปี พ.ศ. 2565-2567 รายงานในประเทศไทยพบอัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน คือ 25.86, 21.40 และ 19.29 ตามลำดับ⁴ แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ยังจำเป็นต้องยกระดับการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในบริบทของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีตัวชี้วัดด้านหญิงตั้งครรภ์ ในปี พ.ศ. 2565-2567 จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ คือ 84.27, 80.49 และ 74.90 ตามลำดับ และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ คือ 79.09, 72.69 และ 69.53 ตามลำดับ และพบว่ามีการตายเสียชีวิตจำนวน 1, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน คือ 0.20, 0.20 และ 0.44 ตามลำดับ⁵ แม้ว่าจำนวนการเสียชีวิตของมารดาจะไม่มาก แต่ยังพบการเสียชีวิตเป็นรายปี และร้อยละของการมาฝากครรภ์ลดลง แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ ผลลัพธ์การคลอด และสุขภาพของทั้งมารดาและเด็กในระยะยาว เนื่องจากช่วงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ฮормอน อารมณ์ และความต้องการทางโภชนาการ การสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง⁶ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ⁶ เหล่านี้เป็นทักษะที่ช่วยให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลำดับของการตั้งครรภ์^{7,8} 2) ปัจจัยแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ⁹ 3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม⁷ ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มากมีแนวโน้มที่ดีของสุขภาพมารดาและทารก และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา¹⁰

หญิงตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงส่งผลให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ในขณะที่เดียวกันหญิงตั้งครรภ์ที่มีจิตใจผ่อนคลาย เป็นสุข พึงพอใจ สามารถปรับตัวได้กับสภาวะการตั้งครรภ์ส่งผลถึงสุขภาพของทารกในครรภ์ด้วยเช่นกัน⁵ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพลังผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมกระทำตามความต้องการ มีความปรารถนาที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามความต้องการซึ่งอาจจะเกิดมาตามธรรมชาติ หรือจากการเรียนรู้ โดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Behavior Theory) ของ Dunn และ Rogers¹¹ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตน และความคาดหวังประสิทธิผล การปฏิบัติในการป้องกันโรคเป็นการกระตุ้นความตระหนักของมนุษย์ที่ถึงผลลัพธ์เกิดขึ้นส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนอง จึงเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้

บุคคลรอบข้างยังมีส่วนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพทางสังคม ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ทั้งสมาชิกครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งอารมณ์และร่างกายด้วย และการที่หญิงตั้งครรภ์อาศัยอยู่ในบริบทที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี จะส่งผลดีต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และลูกในครรภ์ด้วยเช่นกัน¹² การสนับสนุนทางสังคม จึงอาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ด้วย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมของคนในสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลทางด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายทำให้การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย มีสุขภาพที่แข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันต้านโรค ส่วนด้านจิตใจทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีพลังในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองตามสถานการณ์และมีความเครียดลดลง¹³ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House¹⁴ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินผล จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อส่งผลดีต่อทั้งตัวหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี

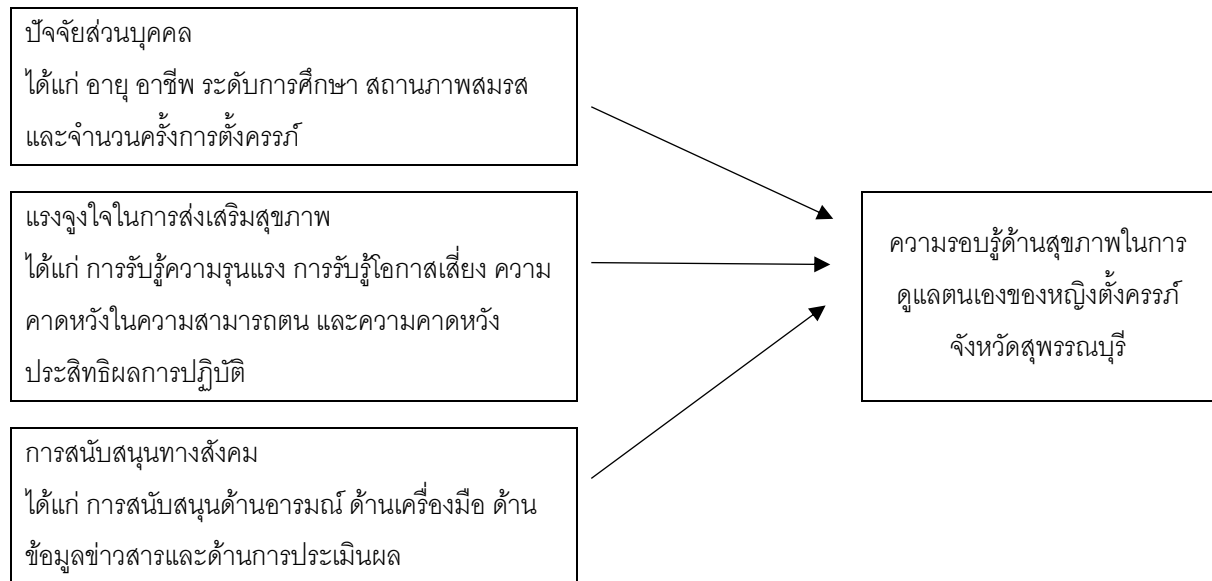
สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์) มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี
3. การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี
4. ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่พัฒนาโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁶ ซึ่งอธิบายว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ร่วมกับปัจจัยด้านแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ Dunn และ Rogers¹¹ ซึ่งอธิบายว่าแรงจูงใจเป็นพลังภายในที่ผลักดันให้บุคคลแสวงหาความรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถตน และความคาดหวังประสิทธิผลการปฏิบัติ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ ซึ่งอธิบายว่าการสนับสนุนจาก ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ลดความเครียด และเพิ่มศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ใน

การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านการประเมินผล ซึ่งแนวคิดเหล่านี้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ดังแผนภาพ



วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 119 ราย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Level of Significant) ที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis) = .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง .15 และตัวแปรอิสระ จำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 103 ราย เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15¹⁵ จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 119 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี
2. สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน
4. เป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกครรภ์เป็นครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การยุติจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพของณัฐฉวี อ็อกซู และวราสิริ วสิริวิวิ⁶ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบและเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนที่เป็นไปได้ มีตั้งแต่ 20 – 100 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ (class intervals)¹⁵ คำนวณจากค่าพิสัยของคะแนน (range) โดยหาจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ ดังนี้

22 – 46 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพน้อย

47 – 73 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

74 – 100 คะแนน หมายถึง แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของณัฐฉวี อ็อกซู และวราสิริ วสิริวิวิ⁶ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบและเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนที่เป็นไปได้ มีตั้งแต่ 20 – 100 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ (class intervals)¹⁵ คำนวณจากค่าพิสัยของคะแนน (range) โดยหาจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ ดังนี้

22 – 46 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย

47 – 73 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

74 – 100 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ของณัฐฉวี อ็อกซู และวราสิริ วสิริวิวิ⁶ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อถามเป็นลักษณะคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือกตอบและเป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1 – 5 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนนที่เป็นไปได้ มีตั้งแต่ 30 – 150 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับ (class intervals)¹⁵ คำนวณจากค่าพิสัยของคะแนน (range) โดยหาจากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำผลลัพธ์ที่ได้มาหารด้วยจำนวนช่วงที่ต้องการ ดังนี้

30 – 70 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์น้อย

71 – 110 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปานกลาง

111 – 150 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92, .92 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หนังสือรับรองเลขที่ WTU 2568 - 0103 (รับรองวันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2568) ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี สำหรับการเก็บข้อมูลโครงการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยชื่อในหนังสือแสดงความยินยอม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. การดำเนินการเก็บรวบรวม ผู้วิจัยเข้าชี้แจงการดำเนินการโครงการวิจัย การเก็บข้อมูล ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวบรวมแบบสอบถามคืน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 – 45 นาที โดยขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซักถามได้เมื่อมีข้อสงสัย
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ และ อายุ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แบบสอบถามแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.215 ถึง .334 ไม่มีความสัมพันธ์ซ้อนของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity)
5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression)

ผลการศึกษา (Results)

ปัจจัยส่วนบุคคลผลศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.47 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 24.37 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 37.82 ส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 93.82 และส่วนใหญ่เป็นกรรมสิทธิ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 40.34 ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-30 ปี	91	76.47
31-40 ปี	28	23.53
(Range = 20 – 40, Mean = 27.09, S.D. = 3.19)		
อาชีพ		
เกษตรกร	11	9.24
ค้าขาย	13	10.92
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	7.56
พนักงานสถานประกอบการ	15	12.61
รับจ้างทั่วไป	29	24.37
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27	22.69
อาชีพอิสระ	15	12.61
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.68
ประถมศึกษา	11	9.24
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	31.09
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	45	37.82
อนุปริญญา/ปวส.	8	6.72
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	13.45
สถานภาพสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	111	93.28
หย่า/หย่า/แยก	8	6.72
จำนวนครั้งการตั้งกรรมสิทธิ์		
กรรมสิทธิ์แรก	45	37.82
กรรมสิทธิ์ที่ 2	48	40.34
กรรมสิทธิ์ที่ 3 ขึ้นไป	26	21.85

ผลศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 93.28 การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 92.44 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.12 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (n=119)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ	(Mean = 85.82, S.D.= 9.43, Range = 52-100)	
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง	8	6.72
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพมาก	111	93.28
การสนับสนุนทางสังคม	(Mean = 83.69, S.D.= 7.97, Range = 61-100)	
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	9	7.56
การสนับสนุนทางสังคมมาก	110	92.44
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์	(Mean = 125.87, S.D.= 10.55, Range = 102-149)	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปานกลาง	7	5.88
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มาก	112	94.12

ผลจากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ (n=119)

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	-.015	.869
อาชีพ	-.004	.968
ระดับการศึกษา	.182	.048*
สถานภาพสมรส	-.003	.971
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	-.118	.201
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ	.617	<.001**
การสนับสนุนทางสังคม	.488	<.001**

*p<.05, **p<.001

ผลจากการศึกษาถดถอยโลจิสติกแบบลำดับเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางประมาณ 11.11 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .038) และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางประมาณ 17.24 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .006)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบลำดับกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	B	OR	95% CI for OR		p-value
			Lower	Upper	
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ					
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง	-2.404	0.090	0.009	0.877	.038*
แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพมาก		-กลุ่มอ้างอิง-			
การสนับสนุนทางสังคม					
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	-2.842	0.058	0.008	0.451	.006**
การสนับสนุนทางสังคมมาก		-กลุ่มอ้างอิง-			

*p<.05, **p<.01

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับร่วมกับแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Asadi และคณะ¹⁷ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาโทมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwan และคณะ¹⁸ การศึกษาระดับปริญญาตรีปัจจัยส่งผลเชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และของ Ferreira และคณะ¹⁹ ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยพบการศึกษาของ สีนินา ทวาโก และคณะ⁷ ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และไม่มีอิทธิพลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจ และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเอง เนื่องจากระดับการศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับทักษะการอ่าน การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในบริบทปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการเข้าถึงสื่อดิจิทัลที่สะดวกและรวดเร็วอาจช่วยลดช่องว่างด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันได้ ทั้งนี้ การเข้าถึงข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากขาดทักษะในการคัดกรองและตีความข้อมูลอย่างถูกต้อง จึงทำให้ระดับการศึกษาแสดงความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางประมาณ 11.11 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Javanmardi และคณะ²⁰ การศึกษาเชิงคุณภาพการสำรวจแรงจูงใจของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ความมุ่งมั่นในการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ จะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Dunn และ Rogers¹¹ แรงจูงใจเป็นพลังภายในที่เกิดจากการรับรู้คุณค่าของสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยง และความคาดหวังต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลแสวงหาทำความเข้าใจ และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติกรดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมหญิงจากการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระดับมาก สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางประมาณ 17.24 เท่า สอดคล้องกับสินีนาท วราโภค และคณะ⁷ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญในสมการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติ และการศึกษาของ Nawabi และคณะ²¹ พบว่าปัจจัยแวดล้อมและเครือข่ายช่วยเหลือสนับสนุนมีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ตามแนวคิดของ House¹⁴ การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนช่วยเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาและตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล การช่วยเหลือเชิงปฏิบัติ และการประเมินสถานการณ์ ทำให้สามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง จึงช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฝากครรภ์ โภชนาการ การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ยังช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ข้อสรุป (Conclusions)

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ แรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงควรมีการสนับสนุนส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมอื่น ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ยังส่งผลต่อสุขภาพและการพัฒนาของทารกในครรภ์ด้วย

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการประเมิน ติดตาม และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ให้เกิดการดูแลสนับสนุนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณหรือการศึกษาในรูปแบบอื่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน มีโรคร่วม หรือในภูมิภาคอื่นๆ เพื่อเข้าใจถึงบริบท วัฒนธรรม สาเหตุและปัญหา ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
2. ผลจากการวิจัยในครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้สนใจ หรือหน่วยงาน เพื่อพัฒนาหาแนวทาง สร้าง โปรแกรม หรือแนวปฏิบัติ ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดสุพรรณบุรี จึงอาจไม่ใช่ตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chandrakar A, Ramasamy S, Galhotra A, Shenoy MS. Maternal health literacy (MHL) for improved maternal and child outcomes: A scoping review. *Indian Journal of Community Medicine*. 2025; 50(5): 733–8. DOI: 10.4103/ijcm.ijcm_390_24
2. World Health Organization. **Maternal mortality** [Internet] 2025 [cited 2025 Nov 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Department of Economic and Social Affairs/ Population Division. **Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023** [Internet] 2025 [cited 2026 Jan 5]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2023/>
4. กรมอนามัย. **ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม** [อินเทอร์เน็ต]. **กระทรวงสาธารณสุข**. 2568 [อ้างเมื่อ 1 มีนาคม 2568]. จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
5. อัญญา ปลดเปลื้อง, สุพรรณิ กัณห์ดิฏ, เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์, ณัฐพร อุตัยธรรม, พรพรรณ พรประยูร, จิรยา อินทนา. การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิง ตั้งครรภ์. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 2560; 27(3): 42–56.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **คู่มือการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย**. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
7. สีนินา วราโศก, เอมพร วตินธร, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์. **วารสารสภาการพยาบาล**. 2563; 35(1): 86–98.
8. Naigaga MDAS, Guttersrud Ø, Pettersen KS. Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country - the impact of selected demographic characteristics. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2015; 24(17–18): 2402–9. DOI: 10.1111/jocn.12796
9. Tavananezhad N, Bolbanabad AM, Ghelichkhani F, Effati-Daryani F, Mirghafourvand M. The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022; 22(1): 351. DOI: 10.1186/s12884-022-04686-z
10. Kara P. Determinants of well-being in pregnancy: the impact of sociodemographic and obstetric variables and maternal health literacy, cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2025; 25(1): 524. DOI: 10.1186/s12884-025-07654-5
11. Prentice-Dunn S, Rogers RW. Protection Motivation Theory and preventive health: beyond the Health Belief Model. *Health Education Research* 1986;1(3): 153–61. DOI:10.1093/her/1.3.153
12. Appleton AA, Lin B, Holdsworth EA, Feingold BJ, Schell LM. Prenatal exposure to favorable social and environmental neighborhood conditions is associated with healthy pregnancy and infant outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(11): 6161. DOI: 10.3390/ijerph18116161

13. Lee S-C, Tsai P-H, Yu K-H, Chan T-M. Effects of mind-body interventions on immune and neuroendocrine functions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Healthcare (Basel)**. 2025; 13(8): 952. DOI: 10.3390/healthcare13080952
14. House JS. **Work Stress and Social Support**. Boston, MA: Addison-Wesley Educational; 1981.
15. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. **Burns & grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence**. 8th ed. Saunders; 2016.
16. ญัฏฐ์ฉวี ออักษุ, วิราสิริ วสิริสิริ. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**. 2568; 20(2): 102–16.
17. Asadi L, Amiri F, Safinejad H. Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. **Journal of Education and Health Promotion** 2020; 9: 286. DOI: 10.4103/jehp.jehp_204_20
18. Siriwan T, Pansri S, Srichum D, Prasittivatechakool A, Kaoaiem H. A cross-sectional study of maternal health literacy among third-trimester pregnant women: Key Socio-demographic determinants. **The Pacific Rim International Journal of Nursing Research** 2025; 29(3): 558–72. DOI:10.60099/prijnr.2025.272373
19. Ferreira N, Ferreira M, Santos E, Ferreira S, de Arriaga MT, Costa A. Health literacy and its determinants among pregnant women in Portugal. **BMC Public Health** 2025; 25(1): 2963. DOI:10.1186/s12889-025-24225-7
20. Javanmardi M, Noroozi M, Mostafavi F, Ashrafi-Rizi H. Exploring the motivations of pregnant women to seek health information: A qualitative study: A qualitative study. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research** 2022; 27(5): 446–51. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr_327_21
21. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health literacy in pregnant women: A systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health** 2021; 18(7): 3847. DOI: 10.3390/ijerph18073847

ประสิทธิผลของคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น Effectiveness of a Collaborative Community-Based Diabetes Remission Clinic in Ubolrat District, Khon Kaen Province

อภิศรา อัมรวงรวงกูร์*, พวงเพชร จันทรบุต*, นิภารัตน์ สีลาเลข*

Aphitsara Thamrongwarangoon*, Puangpetch Juntaraboot*, Niparat Seelalek*

บทคัดย่อ

บทนำและวัตถุประสงค์: โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อำเภออุบลรัตน์ มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 2,845 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.2 โดยมีเพียงร้อยละ 36.5 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c 6.5-8.5% จำนวน 66 ราย ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน รูปแบบการแทรกแซงประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้นผ่านระบบออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) การติดตามดูแลในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย และการใช้ระบบ telemedicine รวม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ One-way Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย โดยใช้ Pearson correlation และ Multiple Linear Regression

ผลการศึกษา: พบว่าหลังการแทรกแซง 6 เดือน มีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับ HbA1c ลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง น้ำหนักลดลง ดัชนีมวลกายลดลง และรอบเอวลดลง ($p < 0.001$) ผลลัพธ์ด้านการรักษา พบว่าผู้ป่วยสามารถหยุดยาเบาหวานได้ร้อยละ 27.3 และสามารถลดปริมาณยาได้ร้อยละ 34.8 ในส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน พบว่า ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญ ปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยา พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซงเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: รูปแบบนี้มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยสามารถหยุดยาหรือลดยาได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการจัดบริการแบบบูรณาการที่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สนับสนุนแนวคิดเรื่องเบาหวานระยะสงบ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนไทยได้

คำสำคัญ: เบาหวานระยะสงบ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิต

* โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

* Ubolrat hospital, Khonkaen

Corresponding author: Aphitsara Thamrongwarangoon Email: chickdz@gmail.com

Received 08/12/2025

Revised 05/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Introduction and Objective : Diabetes is a major public health issue with continuously rising prevalence. Ubolrat District has 2,845 registered diabetic patients, representing a prevalence of 8.2% , with only 36.5% achieving glycemic control. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of a collaborative community-based diabetes remission clinic model on clinical outcomes, self-care behaviors, and quality of life.

Methodology : This study employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 66 Type 2 diabetes patients with HbA1c levels between 6.5-8.5%. The study duration was 6 months. The intervention consisted of 1) Intensive lifestyle modification education via an online system, conducted weekly for 12 weeks, focusing on health behavior changes and 2) Community-based follow-up by network partners and the use of telemedicine for 12 weeks. Data collection tools included general information and laboratory record forms, self-care behavior questionnaires, and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) assessment. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, and One-way Repeated Measures ANOVA. Factor associations were analyzed using Pearson correlation and Multiple Linear Regression.

Results : After 6 months of intervention, clinical outcomes showed significant decreases in HbA1c levels, fasting blood sugar, body weight, Body Mass Index (BMI), and waist circumference ($p < 0.001$). Regarding treatment outcomes, 27.3% of patients were able to discontinue diabetes medication, and 34.8% were able to reduce their dosage. Self-care behaviors significantly improved, and patients' quality of life increased. Factors significantly affecting HbA1c levels at 6 months included baseline HbA1c and BMI. The only factor significantly associated with medication reduction or cessation was the baseline quality of life score.

Conclusion : This model is effective in significantly improving clinical outcomes, self-care behaviors, and quality of life. Over 60% of patients were able to stop or reduce their medication, demonstrating the potential of an integrated service model with network participation. This supports the concept of diabetes remission and suggests that this model can be effectively applied within the Thai community context.

Keywords : Diabetes remission, Network participation, Self-management, Quality of life

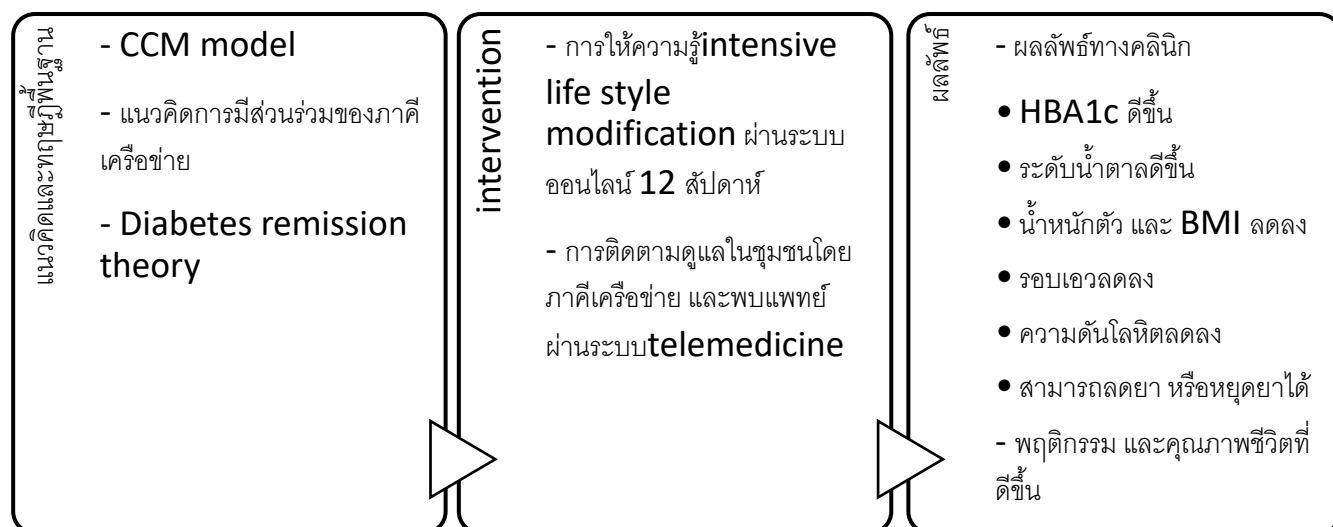
ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและระดับประเทศที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานขององค์การอนามัยโลกปี 2022 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 570 ล้านคนในปี 2030 สำหรับประเทศไทย²⁴ พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2564 โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบความชุกร้อยละ 9.1 และในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น²⁸ มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 2,845 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 8.2 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สถานการณ์การควบคุมโรคยังไม่เป็นที่น่าพอใจ โดยในปี 2567 พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย (HbA1c < 7%) มีเพียงร้อยละ 36.5 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ (มากกว่าร้อยละ 40) สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการจัดการโรคเบาหวานในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2564 พบภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 32.4 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 12.6 และภาวะแทรกซ้อนทางเท้าร้อยละ 5.8 ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการนำแนวคิดเรื่องเบาหวานหายได้มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพและลดภาระจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในพื้นที่ ในปัจจุบันแนวคิดเรื่อง ภาวะเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)²⁴ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าร้อยละ 6.5 ต่อเนื่องและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ โดยการศึกษา DIRECT trial (2018)^{3,4,5} ได้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถกลับสู่ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติโดยไม่ต้องใช้ยาได้ถึงร้อยละ 46 หากได้รับการจัดการด้านอาหารและน้ำหนักอย่างเข้มข้น และการติดตามล่าสุดหลัง 2 ปี พบว่ายังมีผู้ป่วยร้อยละ 36 ที่ยังคงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยไม่ต้องใช้ยา นอกจากนี้ในปัจจุบันยังเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบ²⁴ เพื่อให้บริการประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้นและมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถลดการใช้ยา หรือสามารถหยุดยาและเข้าสู่ระยะสงบคือไม่ต้องใช้ยา แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิชาการที่สนับสนุนแนวคิดเบาหวานระยะสงบ แต่การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในบริบทของชุมชนไทยโดยเฉพาะในชุมชนชนบทยังมีข้อจำกัดในด้านรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงความยั่งยืนของโปรแกรม ด้วยเหตุนี้ การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสม ค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบที่มีประสิทธิผลในบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ระดับ HbA1c, ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร, น้ำหนัก, และการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม และปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดำเนินการวิจัยครอบคลุมในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านดง ตำบลนาคำ ตำบลโคกสูง ตำบลศรีสุขสำราญ ตำบลทุ่งโป่ง และตำบลเขื่อนอุบลรัตน์ โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 6 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือนธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 30-80 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 2,845 คน โดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตประชากรเฉพาะกลุ่มที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) อยู่ระหว่าง 6.5-8.5% ซึ่งมีจำนวน 1,120 คน เพื่อนำมาคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกตามพื้นที่ตำบลทั้ง 6 ตำบลในอำเภออุบลรัตน์ จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละตำบล เพื่อให้ได้ตัวแทนของประชากรที่ครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกลุ่มเดียว กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ($Z=1.96$) ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลสะสมจากการศึกษาที่ผ่านมา²⁷ เท่ากับ 1.2 และกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.3 จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 62 คน

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด โดยเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี มีอายุระหว่าง 30-80 ปี (เนื่องจากจากข้อมูลในปัจจุบันพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ที่มีอายุน้อยเพิ่มขึ้นในพื้นที่อำเภออุบลรัตน์) มีค่า HbA1c อยู่ระหว่าง 6.5-8.5% ในการตรวจย้อนหลังไม่เกิน 3 เดือนก่อนเริ่มโครงการ มีภูมิลำเนาในอำเภออุบลรัตน์และสามารถเข้า

ร่วมกิจกรรมได้ตลอด 6 เดือน สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ผลที่เท้าหรือจอประสาทตาเสื่อมรุนแรง ผู้ที่มีโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ที่มีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนเริ่มโครงการ สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร รวมถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

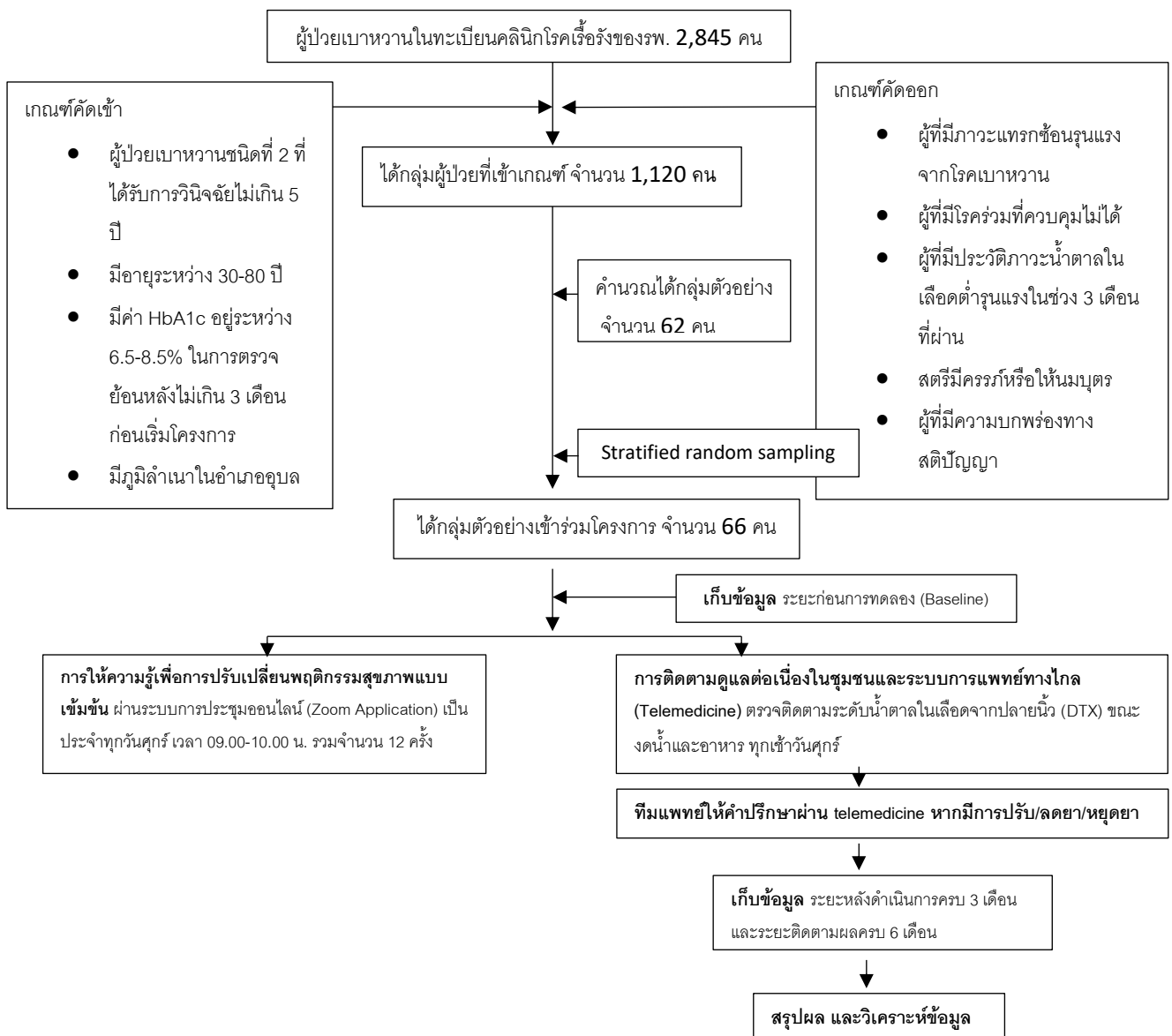
การรวบรวมข้อมูล กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ครอบคลุมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ 3.แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) และ 4.แบบบันทึกผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง (Baseline) ระยะหลังดำเนินการครบ 3 เดือน และระยะติดตามผลครบ 6 เดือน สำหรับขั้นตอนการดำเนินการในระยะเวลาการแทรกแซง (Intervention Phase) ซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์นั้น ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบเข้มข้นที่บูรณาการระหว่างเทคโนโลยีสารสนเทศและการดูแลโดยชุมชน ประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1.การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้น ดำเนินการผ่านระบบการประชุมออนไลน์ (Zoom Application) เป็นประจำทุกวันศุกร์ เวลา 09.00-10.00 น. รวมจำนวน 12 ครั้ง เนื้อหาการบรรยายมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองใน 3 ด้านหลัก (3อ.) คือ ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างเท่าเทียมกัน สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารหรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทางโครงการได้จัดเตรียมจุดรับชมการบรรยายแบบกลุ่ม ณ บ้านของนักบริหารชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ใกล้บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2.การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนและระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน โดยกำหนดให้มีการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) ขณะดื่มน้ำและอาหาร ทุกเช้าวันศุกร์ ณ จุดให้บริการของ อสม. หรือนักบริหารชุมชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจจากโรงพยาบาล เมื่อได้ผลการตรวจแล้ว ผู้ป่วยหรือผู้รับผิดชอบจุดตรวจจะดำเนินการรายงานผลมายังทีมผู้ช่วยวิจัยและรวบรวมส่งต่อให้แพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการภายในเวลา 12.00 น. ของวันเดียวกัน ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันนี้จะช่วยให้แพทย์สามารถประเมินสถานะสุขภาพ ให้คำปรึกษา และพิจารณาปรับแผนการรักษาหรือปรับลดขนาดยาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างทันที่และมีคามแม่นยำตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในงานวิจัยนี้มีการติดตามข้อมูลเกี่ยวกับการปรับลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยที่เข้าร่วม โดยการลดยา หมายถึง การลดปริมาณยา หรือขนาดยาที่ใช้ลงจากเดิม ส่วนการหยุดยา ในงานวิจัยนี้หมายถึง การหยุดการใช้ยาเบาหวาน (ทั้งชนิดฉีด และชนิดกิน) ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน (ซึ่งหากสามารถหยุดยาได้ต่อเนื่องเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานระยะสงบ) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยยังสามารถเข้ารับบริการอื่นๆตามมาตรฐานการรักษา และตามแนวทางการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล ได้แก่ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานประจำปี (ตรวจตา ตรวจเท้า ตรวจฟัน) รวมถึงหากมีภาวะฉุกเฉินและภาวะที่จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลอื่นๆสามารถเข้ารับบริการตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินปกติ และหากมีภาวะผิดปกติที่เข้าเกณฑ์การคัดออกผู้วิจัยหลักจะเป็นผู้แจ้งแก่ผู้วิจัยด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ หรือ Wilcoxon signed-rank test ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจก

แจกแจงไม่ปกติ และวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่มีการวัดซ้ำ (ก่อนทดลอง, 3 เดือน, 6 เดือน) โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measures ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย โดยใช้ Pearson correlation และ Multiple Linear Regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ REC041/2568 ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยให้อาสาสมัครทราบอย่างชัดเจน และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลจริง เอกสารจะถูกจัดเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกและเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น นอกจากนี้ อาสาสมัครมีสิทธิขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อบริการทางการแพทย์ที่ได้รับตามปกติ

ขั้นตอนการศึกษา



ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 66 ราย วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลก่อนการทดลอง (Pre-experiment data) ของผู้เข้าร่วมจำนวน 66 ราย ได้ผลสรุปดังตารางที่ 1

Table 1: Baseline characteristics of participants before intervention (n=66)

Variables	Mean	SD	Min	Max
Age (years)	63.38	10.07	31	83
Body Weight (BW) (Kg)	61.78	12.95	43	103
Height (Ht) (Cm)	157.17	6.54	145	172
Body Mass Index (BMI) (Kg/m ²)	24.93	4.59	18.13	40.23
Waist Circumference (Cm)	83.44	14.45	45	110

จากงานวิจัยมีการแทรกแซงโดยการใช้รูปแบบพัฒนาขึ้น เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกจากการวิจัย โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการแทรกแซง พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีน้ำหนักตัว BMI รอบเอว ระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อน และหลังการแทรกแซงที่ 3 เดือน และ 6 เดือน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

Table 2: Comparison of clinical outcomes comparing mean differences at baseline, 3 months, and 6 months

Variables	Baseline		3 Months		6 Months		SS	df	MS	F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD					
Weight (Kg)	61.78	12.95	61.18	12.71	60.16	12.47	89.01	2.00	44.51	53.60 ^a	<.001*
BMI (Kg/m ²)	24.93	4.59	24.70	4.50	24.29	4.42	13.87	2.00	6.93	48.45 ^a	<.001*
Waist (Cm.)	83.44	14.45	81.95	14.08	80.92	14.04	211.03	2.00	105.52	30.24 ^b	<.001*
HbA1c (%)	7.03	1.02	6.51	0.74	6.11	0.70	28.08	2.00	14.04	46.52 ^b	<.001*
DTX (mg/dL)	135.06	22.22	114.06	20.56	109.59	4.84	24,402.71	2.00	12,201.36	89.52 ^b	<.001*
SBP(mmHg)	138.98	6.94	133.82	6.40	130.38	4.70	2,476.94	2.00	1,238.47	310.18 ^b	<.001*
DBP(mmHg)	87.70	4.42	76.73	3.90	74.83	3.19	6,366.68	2.00	3,183.34	2,273.94 ^b	<.001*

Note: ค่าสถิติคำนวณจาก One-way Repeated Measures ANOVA

^a = Greenhouse-Geisser correction. ^b = Huynh-Feldt correction. Statistically significant at p<.001.

จากการแทรกแซงด้วยรูปแบบดังกล่าว มีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดยาเบาหวาน (ทั้งชนิดฉีด และชนิดกิน) ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานระยะสงบ) จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.3 สามารถลดจำนวนและปริมาณยาได้ (ในงานวิจัยนี้หมายถึงการลดปริมาณยา หรือขนาดยาที่ใช้ลงจากเดิม) จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 3: Treatment outcomes (n=66)

Outcomes	n	%
Medication Discontinued	18	27.3
Medication Reduced	23	34.8
Unchanged	25	37.9
Total	66	100.0

จากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในงานวิจัยนี้ ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร 4 ข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหารประเภทคาร์บ การรับประทานเครื่องดื่มที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล การจำกัดเวลารับประทานอาหาร การงดรับประทานอาหารนอกมื้ออาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย 1 ข้อ การจัดการอารมณ์ 2 ข้อ และการละเว้นบุหรี่และสุรา 1 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (ratingscale) มี 5 ระดับตามรูปแบบของ Likert's scale ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด (7 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติมาก (5-6 วัน ต่อสัปดาห์) ปฏิบัติปานกลาง (3-4 วันต่อสัปดาห์) ปฏิบัติน้อย (1-2 วันต่อสัปดาห์) และไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมดีที่สุดจนถึงน้อยที่สุดให้คะแนน 5,4,3,2,1 คะแนนตามลำดับ แปลคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการแทรกแซง พบว่า ทุกด้านมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

Table 4: Comparison of mean self-care behavior scores before and after the 3-month intervention (n=66)

Self-care Behaviors	Pre-intervention (Mean $\pm$ SD)	Post-intervention (12 Weeks) (Mean $\pm$ SD)	t	df	p-value
Dietary Habits	4.15 $\pm$ 0.24	4.91 $\pm$ 0.12	-23.733	65	<.001*
Physical Activity	4.20 $\pm$ 0.50	4.91 $\pm$ 0.29	-9.615	65	<.001*
Emotional Management	4.19 $\pm$ 0.36	4.92 $\pm$ 0.19	-14.637	65	<.001*
Abstinence from Smoking and Alcohol	4.27 $\pm$ 0.45	4.88 $\pm$ 0.33	-8.931	65	<.001*
Total	4.18 $\pm$ 0.16	4.91 $\pm$ 0.08	-36.764	65	<.001*

จากการเก็บข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ได้แก่ 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากข้อมูลพบว่าคะแนน

เฉลี่ยจากแบบวัดคุณภาพชีวิตก่อนเริ่มการแทรกแซง อยู่ที่ 77.15 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง หลังดำเนินการครบ 3 เดือน (12 สัปดาห์) คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 86.83 คะแนน เพิ่มขึ้น 9.68 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตามรายละเอียดในตารางที่ 5

Table 5: Comparison of Quality of Life scores in diabetic patients before and after the 3-month intervention

Variable	Pre-intervention (Mean $\pm$ SD)	Post-intervention (12 Weeks) (Mean $\pm$ SD)	t	df	p-value
Quality of Life Score	77.15 $\pm$ 14.89	86.83 $\pm$ 14.81	-9.782	65	<.001*

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลสะสม

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Pearson Correlation)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) หลัง 6 เดือน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง น้ำหนักตัวก่อนการแทรกแซง (รอบเอวก่อนการแทรกแซง ดัชนีมวลกาย และอายุ โดยความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลัง 6 เดือน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง น้ำหนักตัวก่อนการแทรกแซง อายุ รอบเอวก่อนการแทรกแซง และดัชนีมวลกาย ดังแสดงในตารางที่ 6

Table 6: Pearson correlation analysis between various factors and blood glucose levels (DTX) and cumulative blood sugar (HbA1c) at 6 months

Factors	HbA1c at 6 Months		DTX at 6 Months	
	r	p-value	r	p-value
Age	-0.310	0.011*	-0.324	0.008*
Baseline Body Weight	0.375	0.002*	0.332	0.007*
Baseline BMI	0.326	0.008*	0.265	0.032*
Baseline Waist Circumference	0.374	0.002*	0.313	0.011*
Baseline HbA1c	0.394	0.001*	0.362	0.003*
Baseline SBP	-0.006	0.961	—	—
Baseline DBP	-0.003	0.981	—	—
Baseline Self-care Behavior	0.074	0.557	—	—
Post-intervention Self-care Behavior	0.186	0.135	—	—

2. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน ได้ร้อยละ 30.22 ($R^2 = 0.302$, Adjusted $R^2 = 0.244$) โดยสมการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 5.197$, $p < 0.001$) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง และดัชนีมวลกาย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซงสูงขึ้น 1% จะมีระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน สูงขึ้น 0.081% และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายสูงขึ้น 1 kg/m² จะมีระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน สูงขึ้น 0.015% และ

พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของระดับ DTX หลัง 6 เดือน ได้ร้อยละ 24.82 ($R^2 = 0.248$, Adjusted $R^2 = 0.186$) โดยสมการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.962$, $p = 0.004$) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ DTX หลัง 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซงสูงขึ้น 1% จะมีระดับ DTX หลัง 6 เดือน สูงขึ้น 1.416 mg/dL ตามรายละเอียดในตารางที่ 7

Table 7: Multiple Linear Regression Analysis of factors affecting HbA1c and DTX levels at 6 months (n=66)

Dependent Variable	Independent Variables	B	SE	β (Beta)	t	p-value
HbA1c at 6 Months	(Constant)	3.128	1.627	-	1.923	0.059
	Age	-0.004	0.003	-0.170	-1.413	0.163
	BMI	0.015	0.007	0.278	2.248	0.028*
	Baseline HbA1c	0.081	0.027	0.329	2.989	0.004*
	Post-intervention Behavior	0.476	0.324	0.159	1.470	0.147
	Weight Reduction	-0.022	0.018	-0.140	-1.204	0.233
Model Summary	$R^2=0.3022$, Adjusted $R^2=0.2441$, $F=5.197$, $p\text{-value}<.001$					
DTX at 6 Months	(Constant)	64.106	32.476	-	1.974	0.053
	Age	-0.105	0.060	-0.219	-1.748	0.086
	BMI	0.197	0.135	0.187	1.458	0.150
	Baseline HbA1c	1.416	0.542	0.298	2.613	0.011*
	Post-intervention Behavior	7.702	6.466	0.134	1.191	0.238
	Weight Reduction	-0.318	0.365	-0.105	-0.870	0.388
Model Summary	$R^2=0.2482$, Adjusted $R^2=0.1855$, $F=3.962$, $p\text{-value}=0.004$					

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่สามารถลดยา/หยุดยาได้ กับกลุ่มที่ใช้ยาเท่าเดิม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง และคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการแทรกแซง โดยกลุ่มที่สามารถลดยา/หยุดยาได้มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาเท่าเดิม สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง ความดันโลหิต คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรต่างๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ($p > 0.05$)

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยทำนายการลดยาหรือหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง และการลดน้ำหนัก พบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการลดยา/หยุดยาได้ร้อยละ 19.06 (Nagelkerke $R^2 = 0.191$) และสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 65.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซงสูงขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสลดยาหรือหยุดยาเพิ่มขึ้น 1.043 เท่า หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 ดังแสดงในตารางที่ 8 นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกโดยใช้พฤติกรรมก่อนการแทรกแซงทั้ง 4 ด้านเป็นตัวแปรอิสระ พบว่า โมเดลนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบปัจจัยด้านพฤติกรรมก่อนการแทรกแซงที่มีผลต่อการลดยา/หยุดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อใช้พฤติกรรมหลังการแทรกแซงทั้ง 4

ด้านเป็นตัวแปรอิสระ พบว่า โมเดลนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบปัจจัยด้านพฤติกรรมหลังการแทรกแซงที่มีผลต่อการลดยา/หยุดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์รวมปัจจัยทางคลินิกและพฤติกรรม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง ยังคงเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการลดยา/หยุดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมก่อนและหลังการแทรกแซงไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 8: Logistic regression analysis identifying predictors for medication reduction or discontinuation in diabetic patients

Independent Variables	B	S.E.	Wald	p-value	OR (Exp B)	95% CI for OR
Age	0.022	0.031	0.502	0.478	1.022	0.962 – 1.087
BMI	0.025	0.066	0.148	0.701	1.026	0.901 – 1.168
Baseline HbA1c	-0.416	0.284	2.149	0.143	0.660	0.378 – 1.150
Baseline Quality of Life (QOL)	0.044	0.019	5.151	0.023*	1.045	1.006 – 1.086
Baseline Self-care Behavior	0.370	1.829	0.041	0.840	1.448	0.040 – 52.218
Post-intervention Behavior	-1.433	3.510	0.167	0.683	0.239	0.000 – 232.218

*Statistically significant at $p < .05$, B = Regression Coefficient, S.E. = Standard Error, OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c ลดลงจาก 7.03% เป็น 6.11 % เมื่อครบ 6 เดือน ($p < 0.001$) โดยมีผู้ป่วยสามารถหยุดยาเบาหวานได้ร้อยละ 27.3 และลดจำนวนหรือปริมาณยาได้ร้อยละ 34.8 รวมทั้งสิ้นร้อยละ 62.1 ที่มีผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ที่นิยามโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหราชอาณาจักร (Diabetes UK) ปี 2021¹ ว่าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสามารถรักษาระดับ HbA1c ต่ำกว่า 6.5% เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือนหลังจากหยุดการใช้ยาเบาหวานทั้งหมด² การศึกษานี้สนับสนุนหลักฐานจากการศึกษา DiRECT (Diabetes Remission Clinical Trial) ของ Lean และคณะ³ ซึ่งพบว่าการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญผ่านโปรแกรมการจัดการน้ำหนักแบบเข้มข้นสามารถนำไปสู่การหายหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถึงร้อยละ 46 ในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคไม่เกิน 6 ปี และเมื่อติดตามต่อเนื่อง 2 ปี พบว่ายังคงมีผู้ป่วยร้อยละ 36 ที่ยังคงอยู่ในภาวะโรคสงบ⁵ แม้ว่าอัตราการหยุดยาในการศึกษานี้จะต่ำกว่าการศึกษา DiRECT แต่ก็ยังคงแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทของชุมชนไทย ซึ่งอาจมีปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น ลักษณะทางประชากร วัฒนธรรมการบริโภคอาหาร และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2⁶ หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 6 เดือน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 91.0 ลดยารักษาโรคเบาหวานได้ร้อยละ 57.0 และหยุดยาได้ร้อยละ 16.0 การที่การศึกษานี้พบอัตราการหยุดยาที่สูงกว่า (ร้อยละ 27.3) เป็นผลมาจากการมีระบบการติดตามและสนับสนุนที่เข้มข้นยิ่งขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

นอกจากนี้การลดน้ำหนักเฉลี่ย 4.73 กิโลกรัม และการลดรอบเอวเฉลี่ย 5.21 เซนติเมตร ภายใน 6 เดือน สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Twin Cycle Hypothesis ของ Taylor และคณะ⁴ ที่อธิบายว่าการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว สามารถลดไขมันสะสมในตับและตับอ่อน ส่งผลให้การทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนกลับมาทำงานได้ดีขึ้น แม้ว่าการลดน้ำหนักในการศึกษานี้จะน้อยกว่า

เป้าหมายของการศึกษา DIRECT (>15 กิโลกรัม) แต่ก็ยังส่งผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Babikr และคณะ⁸ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c กับดัชนีมวลกาย (BMI) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซง และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อระดับ HbA1c หลังการแทรกแซง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillani และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและมีระดับน้ำตาลไม่สูงมากมีโอกาสเข้าสู่ภาวะระยะสงบได้ดีกว่า เนื่องจากการทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนยังไม่เสื่อมมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gregg และคณะ¹⁰ ในโครงการ Look AHEAD ที่ระบุว่า ปัจจัยพยากรณ์สำคัญ (Predictors) ของการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบคือ การมีระดับ HbA1c เริ่มต้นที่ต่ำกว่า และระยะเวลาที่เป็นโรคสั้นกว่า (Shorter duration of diabetes) โดยกลุ่มที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยและมีระดับน้ำตาลไม่สูงมาก มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่า เนื่องจากกลไกการทำงานของเซลล์เบต้าในตับอ่อนยังไม่เสื่อมสภาพอย่างถาวร

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 4.18 เป็น 4.91 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพฤติกรรมทุกด้านมีการปรับปรุงที่ดีขึ้น ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการละเว้นบุหรี่และสุรา ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner และคณะ¹¹ ที่เน้นการสนับสนุน การจัดการดูแลตนเองเป็นหนึ่งใน 6 องค์ประกอบหลักของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเองที่พบในการศึกษานี้สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chomwong และคณะ¹² ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Sattayasomboon¹³ และ Lalun และ Wirunphanth¹⁴ ก็ให้ผลสรุปคล้ายกันว่า โปรแกรมการจัดการตนเองช่วยลดระดับ HbA1c และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การใช้รูปแบบ DSME (Diabetes Self-Management Education)¹⁵ ที่มีความต่อเนื่องในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านระบบออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 12 สัปดาห์ และการติดตามในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเองและปรับพฤติกรรมตามผลเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่สามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (SMBG) และปรับพฤติกรรมตามผลเลือด มีแนวโน้มควบคุมโรคได้ดีกว่า¹⁵ โดยในงานวิจัยนี้มีการเพิ่มการอำนวยความสะดวกให้ผู้ที่ไม่สามารถติดตามน้ำตาลด้วยตนเองโดยการติดตามตรวจโดยภาคีเครือข่ายในชุมชนได้แก่ อสม. นักบริบาลชุมชนของพ่อ และรพสต.ใกล้บ้าน

การปรับปรุงพฤติกรรมการออกกำลังกายจาก 4.20 เป็น 4.91 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษา Look AHEAD¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น (Intensive Lifestyle Intervention) มีโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ (Remission) สูงถึงร้อยละ 11.5 ในปีแรก ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 5.75 เท่า โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าสู่ระยะสงบคือความฟิตของร่างกาย (Cardiorespiratory fitness) ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจาก 4.20 เป็น 4.91 เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนกลไกการเพิ่มความไวต่ออินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน (Insulin sensitivity) ของกล้ามเนื้อและตับ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

นอกจากนี้ การปรับปรุงพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์จาก 4.19 เป็น 4.92 คะแนน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความเครียดและการดูแลจิตใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tunsuchart และคณะ¹⁶ ที่พบว่าความทุกข์ทางจิตใจส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน และการจัดการความทุกข์ทางจิตใจอาจช่วยปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การศึกษาของ Armani Kian และคณะ¹⁸ และ Zamani-Alavijeh และคณะ¹⁹ ก็ยืนยันว่าการฝึกสติและการจัดการความเครียดช่วยปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความเป็นอยู่ที่ดีทางอารมณ์

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 77.15 เป็น 86.83 คะแนน ($p < 0.001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattana และคณะ¹⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองช่วยลดระดับ HbA1c และความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ พร้อมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ การปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่พบในการศึกษานี้สามารถอธิบายได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำหนักตัว ซึ่งช่วยลดอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน เช่น อาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ เหนื่อยง่าย นอกจากนี้การสามารถลดยาหรือหยุดยาได้ยังช่วยลดภาระด้านค่าใช้จ่ายและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยาในงานวิจัยนี้ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.032$) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซงสูงขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสลดยาหรือหยุดยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตดีตั้งแต่เริ่มต้นอาจมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมโปรแกรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการลดยาหรือหยุดยา

รูปแบบการจัดบริการในการศึกษานี้มีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพ อสม. นักบริบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในงานสาธารณสุขของ WHO ที่เน้น "Health in All Policies" และแนวคิดของ Rifkin และคณะ²⁰ ที่จำแนกระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขเป็น 5 ระดับ โดยในการศึกษานี้สามารถบรรลุการมีส่วนร่วมในระดับสูง คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการติดตามผล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Morgan และ Lifshay²¹ ที่นำเสนอองค์ประกอบสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ การกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน การสร้างความไว้วางใจระหว่างภาคีเครือข่าย การแบ่งปันอำนาจและทรัพยากรอย่างเป็นธรรม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และการพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในการศึกษานี้มีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของอสม. และนักบริบาลชุมชนให้สามารถตรวจน้ำตาลปลายนิ้วและติดตามผู้ป่วยได้ รวมถึงมีการใช้ระบบ telemedicine ในการสื่อสารและให้คำปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกับภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา ไม้เวียง และคณะ²⁶ ที่นำเสนอแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพได้

นอกจากนี้การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ของศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี²⁵ ที่เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างสามพลังหลัก คือ การสร้างความรู้ผ่านการวิจัยและการจัดการความรู้

การเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเชื่อมโยงกับนโยบายและอำนาจทางการเมือง ซึ่งในการศึกษานี้มีการบูรณาการทั้งสามพลังเข้าด้วยกัน โดยมีการสร้างความรู้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้น การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านภาคีเครือข่าย และการเชื่อมโยงกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบ

ระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยในการศึกษานี้ประกอบด้วยการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วทุกสัปดาห์ที่หอสม. เชียงวาน รพสต. หรือนักบริหารชุมชน และการรายงานผลเพื่อขอคำปรึกษาจากแพทย์ผ่านระบบ telemedicine ทุกสัปดาห์ ระบบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sieng และคณะ²² ที่พบว่าระบบการดูแลที่เฉพาะทางช่วยให้ผลลัพธ์ในการควบคุมโรคดีขึ้น และการศึกษาของ Somanawat และคณะ²³ ที่พบว่าระบบการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่องมีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน การใช้ระบบ telemedicine ในการศึกษานี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและปรับยาอย่างทันที่โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลทุกสัปดาห์ ซึ่งช่วยลดภาระของผู้ป่วย และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ระบบนี้สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2023 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย²⁴ ที่เน้นความสำคัญของการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนี้การมีหอสม. และนักบริหารชุมชนในพื้นที่ที่สามารถ ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีจุดให้บริการที่ใกล้บ้านและเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model¹¹ ที่เน้นการเชื่อมโยงกับชุมชนและการสร้างระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับ HbA1c หลัง 6 เดือน พบว่า ระดับ HbA1c ก่อนการแทรกแซงและดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c เริ่มต้นไม่สูงมาก มี BMI ไม่สูงมาก และมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานไม่นาน มีโอกาสเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้ดีกว่า^{4,5} สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการลดยาหรือหยุดยา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซงเป็นปัจจัยเดียวที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจและยังไม่ค่อยมีการศึกษาในงานวิจัยที่ผ่านมาผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนเริ่มโปรแกรมอาจเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการคัดกรองและคาดการณ์ผู้ป่วยที่มีโอกาสประสบความสำเร็จในการลดยาหรือหยุดยารวมถึงการระบุผู้ป่วยที่อาจต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมในด้านต่างๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตก่อนเริ่มโปรแกรม ที่น่าสนใจคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการแทรกแซงไม่พบว่ามีผลต่อการลดยาหรือหยุดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์หัตถด้อยใจสถิติ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการแทรกแซงอยู่ในระดับมากอยู่แล้ว (4.18 คะแนน) และหลังการแทรกแซงก็เพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด (4.91 คะแนน) ทำให้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ลดยา/หยุดยาได้กับกลุ่มที่เข้ายาเท่าเดิมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการแทรกแซงเหมือนกันจึงทำให้พฤติกรรมหลังการแทรกแซงมีความคล้ายคลึงกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการนำผลการวิจัยไปใช้และการวางแผนการวิจัยในอนาคต เนื่องจากการศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) เปรียบเทียบ อาจทำให้มีข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนภายนอก (Confounding factors) หรือปัจจัยแวดล้อมอื่นที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม การศึกษานี้มีระยะเวลาในการติดตามและประเมินผล 6 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ในระยะสั้น (Short-term outcomes) ถึงความสำเร็จในการเข้าสู่ระยะสงบของโรคเบาหวาน อาจยังมีความจำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องเพื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในระยะยาว กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีความตระหนักรู้และมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจมีความแตกต่าง หากนำรูปแบบนี้ไปใช้กับกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีความหลากหลายของระดับแรงจูงใจ นอกจากนี้บริบทของการศึกษาเกิดขึ้นในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะทางสังคมวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การนำรูปแบบการจัดบริการนี้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น อาจจำเป็นต้องมีการปรับปรุงกระบวนการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น

ข้อสรุป (Conclusions)

รูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานหายได้ในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีประสิทธิภาพผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยสามารถหยุดยาหรือลดยาเบาหวานได้มากกว่าร้อยละ 60 แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการจัดบริการแบบบูรณาการที่มีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน สนับสนุนแนวคิดเรื่องเบาหวานระยะสงบและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนไทยได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

เสนอให้มีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบจากงานวิจัยนี้กับการจัดบริการปกติ หรือศึกษาโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบอื่นๆ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยที่นำแนวคิดเรื่องเบาหวานระยะสงบมาประยุกต์ใช้ในบริบทของชุมชนไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดบริการที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านคลินิก พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความเป็นไปได้ของการจัดบริการคลินิกเบาหวานระยะสงบในชุมชนไทยซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะบทบาทของสม. นักบริบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการเป็นสะพานเชื่อมระหว่างผู้ป่วยกับระบบบริการสุขภาพ การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทของชุมชนไทยโดยคำนึงถึงความพร้อมของทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ การใช้ระบบ telemedicine ในการเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยในชุมชนกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ระบุปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคและการลดยา ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ในการคัดกรองและวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการพบว่าคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซงมีผลต่อการลดยาหรือหยุดยา รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะการจัดบริการในโรงพยาบาลชุมชนที่มีความพร้อมของภาคีเครือข่ายและโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้ออำนวย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง รพ.อุบลรัตน์ที่ให้ความร่วมมือเป็นผู้ช่วยวิจัย ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อสม.เชี่ยวชาญเบาหวาน นักบริบาลชุมชนของพ่อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. **Diabetes Care**. 2021; 44(Suppl 1): S15–33. DOI: 10.2337/dc21-ad09
2. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al. Consensus Report: Definition and Interpretation of Remission in Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**. 2021; 44(10): 2438–44. DOI: 10.2337/dci21-0034
3. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. **Lancet**. 2018; 391(10120): 541-51. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)33102-1
4. Taylor R, Al-Mrabeh A, Zhyzhneuskaya S, Peters C, Barnes AC, Aribisala BS, et al. Remission of human type 2 diabetes requires decrease in liver and pancreas fat content but is dependent upon capacity for β cell recovery. **Cell Metab**. 2018; 28(4): 547-56. DOI: 10.1016/j.cmet.2018.07.003
5. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. **Lancet Diabetes Endocrinol**. 2019; 7(5) :344–55. DOI: 10.1016/S2213-8587(19)30068-3
6. พิชิต สุขสบาย . ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11**. 38(1): 27-43.
7. Korsmo-Haugen HK, Brurberg KG, Mann J, Aas AM. Carbohydrate quantity in the dietary management of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Diabetes Obes Metab**. 2019; 21(1): 15-27. DOI: 10.1111/dom.13499
8. Babikr W, Alshahrani A, Hamid H, Abdelraheem A, Shalayel M. The correlation of HbA1c with body mass index and HDL-cholesterol in type 2 diabetic patients. **Biomed Res**. 2016; 27(4): 1280–3.
9. Gillani SM, Raghavan R, Singh BM. A 5-year assessment of the epidemiology and natural history of possible diabetes in remission. **Prim Care Diabetes**. 2021; 15(4):688-92. DOI: 10.1016/j.pcd.2021.04.007
10. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. **JAMA**. 2012; 308(23): 2489–2496. DOI: 10.1001/jama.2012.67929
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. **Health Aff (Millwood)**. 2001; 20(6): 64–78. DOI: 10.1377/hlthaff.20.6.64
12. ประสิทธิ์ โฉมวงศ์, พรณี บุญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ต่ำลงมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อำเภอพัฒนานิคม จังหวัดลพบุรี. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 2567; 17(2): 240–253.

13. Sattayasomboon Y, Jiamjarasrunsi W, Lohsoonthorn V, Lertmaharit S. Effectiveness of a Self-Management Support Program for Type 2 Diabetes Mellitus in Public Health Centers in Bangkok, Thailand: Randomized Controlled Trial. **J Health Res.** 2017; 31(4): 269-76.
14. อณัญญา ลาอุณ, บษพร วิรุณพันธ์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. **ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.** 2563; 11(1): 66-80.
15. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes Self-management Education and Support in Adults With Type 2 Diabetes: A Consensus Report. **Diabetes Care.** 2020; 43(7): 1636-49. DOI: 10.2337/dci20-0023
16. Tunsuchart K, Lerttrakarnnon P, Srithanaviboonchai K, Likhitsathian S, Skulphan S. Type 2 Diabetes Mellitus Related Distress in Thailand. **Int J Environ Res Public Health.** 2020; 17(7): 2329. DOI: 10.3390/ijerph17072329
17. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SL. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. **Nurs Health Sci.** 2007; 9(2): 135–41. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2007.00315.x
18. Armani Kian A, Vahdani B, Noorbala A, Nejatisafa A, Arbabi M, Abedini A, et al. The impact of mindfulness-based stress reduction on emotional wellbeing and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus. **J Diabetes Res.** 2018;2018:1986820. DOI: 10.1155/2018/1986820
19. Zamani-Alavijeh F, Araban M, Koohestani HR, Karimy M. The effectiveness of stress management training on blood glucose control in patients with type 2 diabetes. **Diabetol Metab Syndr.** 2018; 10:39. DOI: 10.1186/s13098-018-0342-5
20. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. **Soc Sci Med.** 1988;26(9):931–40. DOI: 10.1016/0277-9536(88)90413-3
21. Morgan MA, Lifshay J. Community engagement in public health [Internet]. Martinez (CA): Contra Costa Health Services, **Public Health Division**; 2006 [cited 2025 Dec 20]. Available from: https://www.schoolhealthcenters.org/wp-content/uploads/2011/09/community_engagement.pdf
22. Sieng S, Thinkamrop B, Laohasiriwong W, Hurst C. Comparison of HbA1c, blood pressure, and cholesterol (ABC) control in type 2 diabetes attending general medical clinics and specialist diabetes clinics in Thailand. **Diabetes Res Clin Pract.** 2015; 108(2): 265–72. DOI: 10.1016/j.diabres.2015.02.005
23. Somanawat J, Saramunee K, Chanasopon S. Process, quality and challenges of diabetes care in primary care: a study of district health network in Thailand. **Prim Health Care Res Dev.** 2020; 21: e46. DOI: 10.1017/S1463423620000468
24. สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่าง**

เข็มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.

25. World Health Organization. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Jun 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-HGF-HGS-2017.1>
26. กฤษฎา ไม้เวียง. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กรณีศึกษาตำบลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน** [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 30]; 9(5): 307-15. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3373>
27. Akselrod D, Friger M, Biderman A. HbA1C variability among type 2 diabetic patients: a retrospective cohort study. *Diabetol Metab Syndr*. 2021; 13(1): 101. DOI: 10.1186/s13098-021-00717-5
28. Health Data Center. Report on Non-Communicable Diseases (NCDs), Ubolratana Hospital, Khon Kaen Province, Fiscal Year 2026 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2026 [cited 2026 Jan 10]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/9/2026>

การจัดการความเครียดและปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

Coping mechanism and structural family factors among undergraduate students at Khon Kaen University

นลัทพร หมอยาดี*, วริศรา ลูวีระ**, นนทปวิ โชติชัย**

Nalatporn Moryadee*, Varisara Luvira**, Nonpavit Chotchai**

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้รูปแบบโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงซึ่งกระทบต่อพฤติกรรมและการจัดการความเครียดของเยาวชน เมื่อเข้าสู่วัยนักศึกษาความเครียดจากการเรียนและปัจจัยด้านครอบครัวอาจส่งผลต่อการจัดการความเครียด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสัดส่วนของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวกับการจัดการความเครียดในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 10 ตุลาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยทางครอบครัว และแบบประเมิน Brief COPE Inventory: Thai version ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.735 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ One-way ANOVA ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีสัดส่วนของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมร้อยละ 79.7 (95% CI: 73.7–85.7) และมีค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมสูงกว่าการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลยุทธ์ที่ใช้มากที่สุดในการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม ได้แก่ การยอมรับ ขณะที่การเบี่ยงเบนความสนใจเป็นกลยุทธ์ที่ใช้มากที่สุดในการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม ปัจจัยด้านคณะ ชั้นปี และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม โดยนักศึกษาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีแนวโน้มใช้การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมน้อยที่สุด ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดแก่นักศึกษา

คำสำคัญ: การจัดการความเครียด, ครอบครัว, นักศึกษามหาวิทยาลัย

* โรงพยาบาลชนบท อ.ชนบท จ.ขอนแก่น

** สาขาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Chonnabot Hospital, Khon Kaen

** Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Corresponding author: Nalatporn Moryadee Email: Nalatporn.fern@gmail.com

Received 27/12/2025

Revised 26/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Demographic changes characterized by an increasing proportion of older adults have led to transformations in family structures, which may affect adolescents' behavior and coping mechanisms. Upon entering university, academic stress and family-related factors may influence students' coping mechanisms. This study aimed to examine the proportion of adaptive coping mechanisms and to investigate the relationship between family structure factors and coping mechanisms among undergraduate students at Khon Kaen University. A descriptive cross-sectional study was conducted using an online questionnaire administered via Google Forms between June 1 and October 10, 2025. The sample consisted of 172 undergraduate students. Data were collected using a general information questionnaire, a family factors questionnaire, and the Brief COPE Inventory (Thai version), which demonstrated a reliability coefficient of 0.735. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the Chi-square test and one-way ANOVA. The results showed that 79.7% of students used predominantly adaptive coping mechanisms (95% CI: 73.7–85.7), and the mean score of adaptive coping was significantly higher than that of maladaptive coping ($p < 0.001$). Acceptance was the most frequently used strategy among students using adaptive coping, whereas distraction was the most common strategy among those using maladaptive coping. Faculty, year of study, and family structure were significantly associated with maladaptive coping mechanisms. Students living in extended families were least likely to use maladaptive coping strategies. These findings can be used to inform the development and promotion of activities to enhance stress management skills tailored to the context of undergraduate students.

Keywords: Coping mechanism, Family, University student

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรโดยมีอัตราการเติบโตทั้งในด้านขนาดและสัดส่วนของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็ว² จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและอัตราการเกิดที่ลดลง ส่งผลให้ประชากรวัยกลางคนมีการย้ายถิ่นฐานไปทำงานในเมืองหลวงมากขึ้นเพื่อหาเลี้ยง³ ทำให้พบว่าในบางครั้งลูกจำเป็นต้องอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุซึ่งบ่อยครั้งก็คือ ปู่/ย่า/ตา/ยายถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการเลี้ยงดูเด็กในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเนื่องจากมีจำนวนปู่ย่าตายายที่เลี้ยงดูหลานเพิ่มขึ้นจึงทำให้เกิดลักษณะครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped generation family) เพิ่มขึ้น⁴⁻⁵ โดยเฉพาะในทวีปเอเชียจะพบว่าประเทศจีนและประเทศไทยเป็นประเทศที่มีจำนวนครอบครัวที่ข้ามรุ่นสูงสุด⁶ ในประเทศไทยส่วนใหญ่จะพบครอบครัวข้ามรุ่นอยู่ในพื้นที่ชนบทร้อยละ 76 และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 47⁷ โดยจะพบว่านักเรียนหรือนักศึกษาที่ได้รับการเลี้ยงดูหรืออยู่อาศัยกับปู่, ย่า, ตา, ยายเกิดผลกระทบทั้งในด้านพฤติกรรมและสุขภาพจิตโดยเฉพาะในด้านการปรับตัวและการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากขึ้นจากความแตกต่างระหว่างรุ่น⁸

ในประเทศไทยมีการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยปี 2565 พบว่านักศึกษาที่มีความเสี่ยงในด้านสุขภาพจิตและความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 40 ซึ่งรวมถึงนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 4⁹ ผลการศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มีความเครียดในระดับรุนแรงร้อยละ 44.2 ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากทั้งความเครียดจากการเรียนและปัจจัยทางครอบครัว¹⁰

การจัดการกับความเครียด (Coping mechanism) คือ กระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อจัดการความคิดและพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก โดยตามการแบ่งของ Lazarus และ Folkman สามารถแบ่งการจัดการความเครียดสามารถเป็น 3 วิธี ได้แก่ วิธีการจัดการกับความเครียดโดยใช้การแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลนั้นรับรู้ว่ามีสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการแก้ไขได้วิธีการจัดการกับความเครียดโดยมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion-focused coping) โดยที่บุคคลจะมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่าที่ตัวสถานการณ์ และวิธีการจัดการความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Avoidant Coping) เป็นวิธีการที่เน้นหลีกเลี่ยงสถานการณ์โดยจะมุ่งเน้นที่การบรรเทาประสบการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นผ่านการใช้เทคนิคทั้งทางด้านความคิดและพฤติกรรม¹¹

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งวิธีการจัดการความเครียดแบบอื่น เช่น การมุ่งเน้นที่การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Active Coping) เป็นการจัดการความเครียดแบบยืดหยุ่นโดยจะเน้นจัดการที่ความเครียด หรือสถานการณ์นั้นรวมไปถึงการจัดการอารมณ์ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะในบางวรรณกรรมจะรวมถึงการจัดการแบบมุ่งเน้นปัญหา (Problem-focused coping) และวิธีการจัดการแบบมุ่งเน้นอารมณ์ (Emotion-focused coping) ในขณะที่การมุ่งเน้นที่การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Passive Coping) จะเป็นวิธีการจัดแบบที่ไม่มีประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยที่โดยรวมถึงการจัดการแบบหลีกเลี่ยง (Avoidant coping)¹² โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าวิธีการจัดการกับความเครียด (Coping mechanism) มีผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันและการปรับตัวด้านการศึกษา¹³⁻¹⁴

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูโดยครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped generation family) พบว่าการมีปู่ ย่า ตา ยายเป็นผู้ดูแลเด็กอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ ในบางการศึกษาพบว่าเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูโดยครอบครัวรูปแบบอื่น¹⁶⁻¹⁷ อย่างไรก็ตามยังมีบางการศึกษาบางฉบับในประเทศจีนที่พบว่าโครงสร้างของครอบครัว (Family structure) ไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อเรื่องของสุขภาพจริงอย่างมีนัยสำคัญแต่การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว

(Family functioning) กลับมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของเด็กอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ ในประเทศไทยการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกับวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว แต่สิ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในวัยรุ่นคือ การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และการขาดการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ที่ให้อำนาจ¹⁹ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้โครงสร้างของครอบครัวจะมีความสำคัญ แต่ปัจจัยอื่นๆ เช่น วิธีการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็มีผลกระทบที่ไม่อาจมองข้ามได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของครอบครัวและปัญหาด้านสุขภาพจิตยังมีความขัดแย้งกัน ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของบริบทกลุ่มประชากรและวิธีการประเมิน อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของครอบครัวกับการจัดการความเครียดโดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษา ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างของครอบครัวกับการจัดการความเครียดเนื่องจากครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาและปรับตัวเข้าสู่ในวัยผู้ใหญ่อย่างเหมาะสม การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงดูในช่วงวัยเด็ก รวมถึงการสร้างความตระหนักให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการและการจัดการความเครียดของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวและการจัดการความเครียดในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย (Study design) การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) นักศึกษาที่ศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรีในปีการศึกษา 2568 มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธี Multi-stage random sampling โดยทราบจำนวนประชากรทั้งหมดของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปีการศึกษา 2567 เป็นจำนวน 32,761 คน ข้อมูลจากกลุ่มงานภารกิจประมวลผล สำนักบริหารและพัฒนาวิชาการ โดยใช้โปรแกรม Win Pepi version 11.65 โดยระบุค่าดังนี้

Confidence level= 95%

Acceptable difference= 0.05

Assumed proportion= 0.875 อ้างอิงจากงานวิจัย The prevalence of psychological distress and its association with coping strategies among medical interns in Malaysia: A national-level cross-sectional study²⁰

Size of population= 32,761

Expected loss of subjects= 10%

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ทั้งหมด (n)=186 คน~190 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

1. ใช้เทคนิคการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยแบ่งกลุ่มคณะ ออกเป็น 3 กลุ่มสาขาวิชา ได้แก่ กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และกลุ่มวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
2. สุ่มคณะจากกลุ่มสาขาวิชามากกลุ่มละ 2 คณะ โดยใช้เทคนิคการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก โดยกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้แก่ คณะเกษตรศาสตร์และคณะวิทยาศาสตร์ กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ คณะเภสัชศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้แก่ วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่นและคณะนิติศาสตร์
3. ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจากคณะที่ได้จากการสุ่มขั้นตอนที่ 2 โดยใช้แบบโควตา (Quota sampling) จำแนกสัดส่วนตามขนาดของจำนวนประชากรในแต่ละคณะดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่าง

คณะ	จำนวนนักศึกษาทั้งหมด (คน)	ร้อยละ(n=190)	จำนวนนักศึกษาที่เก็บข้อมูล(คน)
คณะเกษตรศาสตร์	2,088	20.43	39
คณะวิทยาศาสตร์	2,059	20.14	38
คณะเภสัชศาสตร์	967	9.46	18
คณะแพทยศาสตร์	1,982	19.39	37
วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น	911	8.91	17
คณะนิติศาสตร์	2,215	21.67	41
รวม	10,222	100	190

ทั้งนี้ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัย ไม่ได้แบ่งแยกตามชั้นปีของนักศึกษา เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเรื่อง Estimation of Psychological Impairment and Coping Strategies during COVID- 19 Pandemic among University Students in Saudi Arabia: A Large Regional Analysis²¹ พบว่า ชั้นปีของนักศึกษาไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการจัดการความเครียด (coping mechanism)

เกณฑ์ในการคัดเลือก(Inclusion Criteria)

1. นักศึกษาที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. นักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาตรีตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ขึ้นไป
3. นักศึกษาที่สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย
4. นักศึกษาที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมให้ข้อมูลและผลการศึกษของพวกเขาใช้ในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก(Exclusion Criteria)

1. นักศึกษาที่มีประวัติของปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง หรือภาวะทางจิตเวชที่อาจมีผลต่อการจัดการความเครียด เช่น ภาวะซึมเศร้า, โรคอารมณ์สองขั้ว, และโรคจิตเภท

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation Definition)

โครงสร้างครอบครัว(Family structure)คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย โดยแบ่งโครงสร้างครอบครัวได้ดังนี้ ครอบครัวที่พ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน ครอบครัวพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวขยาย และครอบครัวข้ามรุ่น

ครอบครัวที่พ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกันคือ ครอบครัวที่ประกอบไปด้วย พ่อและแม่ หรือ แม่และพ่อเลี้ยง หรือพ่อและแม่เลี้ยง หรือพ่อแม่บุญธรรม

ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยวคือ ครอบครัวที่พ่อหรือแม่มีหน้าที่เลี้ยงลูกคนเดียว

ครอบครัวขยายคือ ครอบครัวที่มีบุคคลตั้งแต่ 3รุ่นขึ้นไป หรือครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ที่อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นเครือญาติกันที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน

ครอบครัวข้ามรุ่น (Skipped Generation Family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็น ปู่, ย่า, ตา, หรือยาย ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของหลาน โดยที่ไม่มีพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาศัยอยู่ในครอบครัว และไม่มีญาติคนอื่นอาศัยอยู่ด้วย โดยที่ปู่, ย่า, ตา, หรือยาย ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของหลานในช่วงอายุ 6 เดือน – 18 ปี โดยจะต้องอาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวแบบนี้อย่างน้อย 1 ปี อ้างตามทฤษฎีความผูกพันทางอารมณ์(Attachment Theory)²²ที่กล่าวว่าครอบครัวมีผลต่อการจัดการความเครียดในทุกช่วงวัยของเด็กตั้งแต่ 6 เดือน-18ปี ในลักษณะที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้หากในอดีตเคยอาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นที่ไม่มีพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดอาศัยอยู่ในครอบครัวและปู่ย่าหรือพ่อแม่ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของหลานในช่วงอายุ 6 เดือน – 18 ปี โดยระยะเวลาที่อาศัยในลักษณะครอบครัวข้ามรุ่นนั้นไม่น้อยกว่า 1 ปี แม้ปัจจุบันเด็กจะกลับมาอาศัยอยู่กับพ่อแม่แล้ว ก็ถือว่าเด็กคนนั้นเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ครอบครัวข้ามรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้

การจัดการความเครียด(Coping mechanism)คือ พฤติกรรมที่แต่ละบุคคลใช้ในการจัดการสถานการณ์ที่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งจากภายในและภายนอกโดยในงานวิจัยจะใช้แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief COPE Inventory: Thai version)

โดยในงานวิจัยแบ่งการจัดการความเครียดเป็น 2 วิธีได้แก่

1. การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) เป็นการจัดการความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping) การวางแผน(Planning) การปรับมุมมองเชิงบวก(positive reframing) การยอมรับ (acceptance) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์(using emotional support) การแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support) การระบายความรู้สึก(Venting) การใช้อารมณ์ขัน(humor) และการใช้หลักศาสนา(religion)
2. การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม(Maladaptive Coping) เป็นการจัดการความเครียดที่มุ่งหลีกเลี่ยงปัญหาหรือพยายามลดความเครียดโดยไม่จัดการกับต้นเหตุโดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้ การเบี่ยงเบนความสนใจ(self distraction) การปฏิเสธปัญหา(Denial) การใช้สารเสพติด(substance use) การเลิกลงมือจัดการปัญหา(behavioral disengagement) และการตำหนิตนเอง(self blame)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สัญชาติ ระดับการศึกษา คณะที่ศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางครอบครัว สถานภาพบิดามารดา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติการเลี้ยงดู ประวัติการอาศัยในครอบครัวข้ามรุ่น ระยะเวลาการเลี้ยงดูโดยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง (ไม่มีพ่อแม่ของเด็กและญาติพักอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว) ช่วงอายุที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief COPE Inventory: Thai version)²³ พัฒนาโดย Charles S. Carver แปลเป็นภาษาไทยโดยณานันต์ นุ่มแสงและคณะ มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 14 รูปแบบของกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด ดังนี้

การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping)

1. การรับมือกับความเครียดเชิงรุก(active coping)
2. การวางแผน(planning)
3. การปรับมุมมองเชิงบวก(positive reframing)
4. การยอมรับ (acceptance)
5. การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์(using emotional support)
6. การแสวงหาความช่วยเหลือ(using instrumental support)
7. การระบายความรู้สึก(Venting)
8. การใช้อารมณ์ขัน(humor)
9. การใช้หลักศาสนา(religion)

การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม(Maladaptive Coping)

1. การเบี่ยงเบนความสนใจ(self distraction)
2. การปฏิเสธปัญหา(Denial)
3. การใช้สารเสพติด(Substance use)
4. การเลิกลงมือจัดการปัญหา(Behavioral disengagement)
5. การตำหนิตนเอง(Self blame)

โดยในแต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ดังนี้

ระดับ 1= ฉันไม่ได้ทำเช่นนั้นเลย

ระดับ 2= ฉันได้ทำเช่นนั้นเล็กน้อย

ระดับ 3= ฉันได้ทำเช่นนั้นระดับปานกลาง

ระดับ 4= ฉันได้ทำเช่นนั้นเป็นประจำ

โดยเป็นการวัดกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.7²³

โดยคะแนนจากแต่ละข้อในแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief COPE) จะถูกนำมาคำนวณเป็น คะแนนเฉลี่ย(Mean) สำหรับแต่ละกลุ่มย่อยในทั้งสองกลุ่มหลัก adaptive coping และ maladaptive coping ดังนี้

1. การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) เป็นการจัดการความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping) การวางแผน (Planning) การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing) การยอมรับ (acceptance) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (using emotional support) การแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support) การระบายความรู้สึก (Venting) การใช้อารมณ์ขัน (humor) และการใช้หลักศาสนา (religion)
2. การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) เป็นการจัดการความเครียดที่มุ่งหลีกเลี่ยงปัญหาหรือพยายามลดความเครียดโดยไม่จัดการกับต้นเหตุโดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้ดังนี้ การเบี่ยงเบนความสนใจ (self distraction) การปฏิเสธปัญหา (Denial) การใช้สารเสพติด (substance use) การเลิกลงมือจัดการปัญหา (behavioral disengagement) และการตำหนิตนเอง (self blame)

โดยดูจากคะแนนเฉลี่ย (Mean) ได้จากแต่ละกลุ่ม coping

คะแนนเฉลี่ยในกลุ่ม Adaptive Coping ถ้าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มนี้สูง หมายถึงนักศึกษามีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น การวางแผน การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ การยอมรับ และการใช้อารมณ์ขัน เป็นต้น

คะแนนเฉลี่ยในกลุ่ม Maladaptive Coping ถ้าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มนี้สูง หมายถึงนักศึกษามีแนวโน้มที่จะใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สารเสพติด การเลิกลงมือจัดการปัญหา เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนเริ่มทำการศึกษาผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือประชาสัมพันธ์ส่งแบบสอบถามให้กับหัวหน้าสโมสรนักศึกษาของแต่ละคณะโดยให้ทำการส่ง URL ของแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form เพื่อให้ประชาสัมพันธ์ส่ง link ผ่านทาง email หรือผ่านทาง application line
3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิของมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 แห่ง ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิ 123 มข. และหน่วยปฐมภูมินักศึกษา มข. โดยการประสานงานผ่านหัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้ติด poster ประชาสัมพันธ์
4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form โดยจะมีข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการตอบแบบสอบถาม และสิทธิของผู้เข้าร่วมในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บอย่างลับและไม่ระบุตัวตน และการเข้าร่วมจะเป็นการยินยอมโดยสมัครใจ โดยผู้เข้าร่วมสามารถถอนข้อมูลได้ในเวลาและสถานที่ที่สะดวก ข้อมูลที่เก็บจะเป็นแบบไม่ระบุตัวตน เพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรีและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวโดยการจัดการความเครียดถูกจำแนกออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (adaptive coping) และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (maladaptive coping) การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ คณะที่ศึกษา และลักษณะโครงสร้างครอบครัวรวมถึงการจัดการความเครียดของนักศึกษา โดยรายงานผลในรูปของค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย นอกจากนี้มีการจัดกลุ่มคะแนนออกเป็นการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (adaptive coping) และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (maladaptive coping) เพื่อแสดงการกระจายของรูปแบบการจัดการความเครียดในกลุ่มตัวอย่างและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์เชิงอนุมาน

ส่วนที่2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน

ใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างครอบครัวกับการจัดการความเครียด โดยใช้ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้ One-way analysis of variance (One-way ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มโครงสร้างครอบครัว ทั้งนี้ การใช้การวิเคราะห์ทั้งในรูปแบบการแบ่งกลุ่มและการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนทั้งความแตกต่างเชิงรูปแบบและเชิงระดับของการจัดการความเครียดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยมีการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้ความสมัครใจของนักศึกษาโดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form ไม่มีการระบุชื่อบนแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE681165

ผลการศึกษา (Results)

การศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการความเครียดและปัจจัยด้านโครงสร้างครอบครัวในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 90.5

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลพบว่า นักศึกษาระดับชั้นปริญญาตรีที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 172 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.5 เพศชาย ร้อยละ 29.6 และ LGBTQ+ ร้อยละ 9.9 โดยอายุเฉลี่ย 20.4 ± 1.58 (โดยมีช่วงอายุ 17-25 ปี) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่กำลังศึกษาในคณะเกษตรศาสตร์ คิดเป็น ร้อยละ 20.9 ส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 31.4 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.8 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=172 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	29.6
หญิง	104	60.5
LGBTQ+	17	9.9

อายุ		
18 ปี	13	7.5
19 ปี	41	23.8
20 ปี	49	28.5
21 ปี	29	16.9
22 ปี	23	13.4
23 ปี	8	4.6
24 ปี	7	4.1
25 ปี	2	1.2
สัญชาติ		
ไทย	172	100
คณะที่ศึกษา		
คณะเกษตรศาสตร์	36	20.9
คณะวิทยาศาสตร์	34	19.8
คณะเภสัชศาสตร์	17	9.9
คณะแพทยศาสตร์	34	19.8
วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น	17	9.9
คณะนิติศาสตร์	34	19.7
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	43	25.0
ชั้นปีที่ 2	54	31.4
ชั้นปีที่ 3	36	20.9
ชั้นปีที่ 4	24	14
ชั้นปีที่ 5	7	4.0
ชั้นปีที่ 6	8	4.7
โรคประจำตัว		
ไม่มี	163	94.8
มีโรคประจำตัว	9	5.2

2. ลักษณะทั่วไปปัจจัยครอบครัว

การศึกษาพบว่าส่วนใหญ่สถานภาพของบิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีรายได้ต่อครอบครัวอยู่ที่ 45,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.8 และมีประวัติเคยอาศัยอยู่ร่วมกับปู่/ยา/ตา/ยายเพียงลำพังในช่วงอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 18 ปี เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 7.6 โดยมีประวัติได้รับเลี้ยงดูในช่วงอายุก่อน 6 ปี ร้อยละ 4.7 และส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 59.9 รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 19.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปข้อมูลด้านปัจจัยทางครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพบิดาและมารดา		
อยู่ด้วยกัน	131	76.2
บิดา/มารดา เสียชีวิต	18	10.5
หย่าร้าง	12	6.9
แยกกันอยู่	11	6.4
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0
5,000 – 15,000 บาท	47	27.3
15,001 – 25,000 บาท	25	14.5
25,001 – 35,000 บาท	19	11.1
35,001 – 45,000 บาท	28	16.3
45,000 บาทขึ้นไป	53	30.8
เคยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพังในช่วงอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 18 ปี		
ไม่เคย	144	83.7
เคย	28	16.3
อาศัยอยู่ในลักษณะนี้ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีและไม่มีพ่อแม่ผู้ให้กำเนิดดูแล		
ใช่	13	46.4
ไม่ใช่	15	53.6
ช่วงอายุที่เคยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง		
6 เดือน – 6 ปี	8	61.5
7 ปี – 12 ปี	3	23.1
13 ปี – 18 ปี	2	15.4
ลักษณะครอบครัว*		
ครอบครัวเดี่ยว	103	59.9
ครอบครัวแม่/พ่อเลี้ยงเดี่ยว	30	17.4
ครอบครัวขยาย	33	19.2
ครอบครัวข้ามรุ่น	6	3.5

*หมายเหตุ: ตัวแปรการเคยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง เป็นการรายงานประสบการณ์การอยู่อาศัยในช่วงอายุ 6 เดือน-18 ปี ขณะที่ตัวแปรลักษณะครอบครัวเป็นการประเมินเชิงภาพรวม โดยให้ผู้ตอบเลือกลักษณะครอบครัวที่ตนเองอาศัยอยู่เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ ผู้ตอบบางรายมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวในแต่ละช่วงเวลา ส่งผลให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตัวแปรแตกต่างกัน

3. ข้อมูลด้านการจัดการความเครียดในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

จากการศึกษาพบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าสัดส่วนของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 79.7 (95% CI 73.7–85.7) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สัดส่วนการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประเภทการจัดการความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive)	137	79.7
การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive)	35	20.3

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียด พบว่า นักศึกษามีการใช้การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) โดยรวมในระดับที่สูงกว่า ($\bar{x} = 2.77$, SD 0.39) การใช้การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ($\bar{x} = 2.35$, SD 0.45) เมื่อพิจารณากลยุทธ์ย่อยในกลุ่มการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) พบว่า กลยุทธ์ที่นักศึกษาใช้มากที่สุด คือ การยอมรับ (Acceptance) ($\bar{x} = 3.18$, SD 0.61) การวางแผน (Planning) ($\bar{x} = 3.12$, SD 0.60) และการรับมือกับความเครียดเชิงรุก (Active Coping) ($\bar{x} = 3.08$, SD 0.60) ตามลำดับ ในขณะที่กลยุทธ์ที่ใช้น้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ การใช้หลักศาสนา (Religions) ($\bar{x} = 1.96$, SD 0.77) และการใช้อารมณ์ขัน (Humor) ($\bar{x} = 2.42$, SD 0.74) ตามลำดับ สำหรับการจัดการความเครียดแบบการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) พบว่ากลยุทธ์ที่นักศึกษาใช้มากที่สุด คือการเบี่ยงเบนความสนใจ (Self-distraction) ($\bar{x} = 3.00$, SD 0.69) ซึ่งเป็นเพียงกลยุทธ์เดียวในกลุ่มนี้ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และกลยุทธ์ที่ใช้น้อยที่สุด และมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือการปฏิเสธปัญหา (Denial) ($\bar{x} = 1.98$, SD 0.67) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การจัดการความเครียดกลยุทธ์ย่อย (Subscale score among universities student)

Coping strategy	Mean (SD)
การจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping)	
คะแนนรวมการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม	2.77 (0.39)
Active Coping	3.08 (0.60)
Planning	3.12 (0.60)
Positive reframing	2.95 (0.66)
Acceptance	3.18 (0.61)
Using emotional support	2.86 (0.68)
Using instrumental support	2.68 (0.71)
Venting	2.66 (0.71)
Humor	2.42 (0.74)
Religions	1.96 (0.77)
การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping)	
คะแนนรวมการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม	2.35 (0.45)

Self distraction	3.00 (0.69)
Denial	1.98 (0.67)
Substance used	2.05 (1.01)
Behavioral disengagement	2.16 (0.69)
Self blame	2.35 (0.45)

จากผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมมีค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมสูงกว่าการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.54$, $df = 171$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีแนวโน้มใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมมากกว่าวิธีที่ไม่เหมาะสม (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มที่จัดการความเครียดแบบเหมาะสมเทียบกับการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม

การจัดการความเครียด	Mean difference	t	df	p-value
การจัดการความเครียดแบบเหมาะสมเทียบกับการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม	0.42	11.54	171	<0.001

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด

จากการศึกษาพบว่าการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางครอบครัวทั้งหมดที่ศึกษา ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับการแบ่งกลุ่มการจัดการความเครียดโดยการแบ่งการจัดเครียด 2 แบบ ได้แก่การจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มนักศึกษา (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ปัจจัยส่วนบุคคลและการจัดการความเครียด

ปัจจัยส่วนบุคคล	Overall n (%)	การจัดการความเครียด แบบเหมาะสม n (%) 137 (79.65%)	การจัดการความเครียด แบบไม่เหมาะสม n (%) 35(20.35%)	Chi-square p-value
อายุ				
- 18-21	132 (76.7%)	101 (76.5%)	31 (23.5%)	0.167
- 22-24	38 (22.1%)	34 (89.5%)	4 (10.5%)	
- มากกว่า 24 ปี	2 (1.2%)	2 (100%)	0 (0%)	
เพศ				
- ชาย	51 (29.7%)	42 (82.4%)	9 (17.6%)	0.265
- หญิง	104 (60.5%)	84 (80.8%)	20 (19.2%)	
- LGBTQ+	17 (9.9%)	11 (64.7%)	6 (35.3%)	
คณะ				
- คณะเกษตรศาสตร์	36 (20.8%)	29 (80.6%)	7 (19.4%)	0.871
- คณะวิทยาศาสตร์	34 (19.8%)	26 (76.5%)	8 (23.5%)	

- คณะเภสัชศาสตร์	17 (9.9%)	14 (82.4%)	3 (17.6%)	
- คณะแพทยศาสตร์	34 (19.8%)	29 (85.3%)	5 (14.7%)	
- วิทยาลัยการปกครอง ท้องถิ่น	17 (9.9%)	12 (70.6%)	5 (29.4)	
- คณะนิติศาสตร์	34 (19.8%)	27 (79.4%)	7 (20.6%)	
ชั้นปี				
- ชั้นปีที่ 1	43 (25%)	35 (81.4%)	8 (14.6%)	0.433
- ชั้นปีที่ 2	54 (31.4%)	41(75.9%)	13 (24.1%)	
- ชั้นปีที่ 3	36 (20.9%)	27(75%)	9 (25%)	
- ชั้นปีที่ 4	24 (14%)	19 (79.2%)	5 (20.8%)	
- ชั้นปีที่ 5	7 (4.1%)	7 (100%)	0 (0%)	
- ชั้นปีที่ 6	8 (4.7%)	8 (100%)	0 (0%)	
โรคประจำตัว				
- ไม่มีโรคประจำตัว	164 (95.3%)	130 (79.3%)	34 (20.7%)	0.572
- มีโรคประจำตัว	8 (4.7%)	7 (87.5%)	1 (12.5%)	
สถานภาพพ่อแม่				
- อยู่ด้วยกัน	131 (76.2%)	107 (81.7%)	24 (18.3%)	0.584
- บิดา/มารดา เสียชีวิต	18 (10.5%)	14 (77.8%)	4 (22.2%)	
- หย่าร้าง	12 (7%)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	
- แยกกันอยู่	11 (6.4%)	8 (72.7%)	3 (27.3%)	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน				
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0.597
- 5,000 – 15,000 บาท	47 (27.3%)	39 (83%)	8 (17%)	
- 15,001 – 25,000 บาท	25 (14.5%)	17 (68%)	8 (32%)	
- 25,001 – 35,000 บาท	19 (11%)	16 (84.2%)	3 (15.8%)	
- 35,001 – 45,000 บาท	28 (16.3%)	23 (82.1%)	5 (17.9%)	
- 45,000 บาทขึ้นไป	53 (30.8%)	42 (79.2%)	11 (20.8%)	
ลักษณะครอบครัว				
- ครอบครัวเดี่ยว	103 (59.9%)	82 (79.6%)	21 (20.4%)	0.500
- ครอบครัวแม่/พ่อเลี้ยงเดี่ยว	30 (17.4%)	22 (73.3%)	8 (26.7%)	
- ครอบครัวขยาย	33 (19.2%)	27 (81.8%)	6 (18.2%)	
- ครอบครัวข้ามรุ่น	6 (3.5%)	6 (100%)	0 (0%)	
อาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย ตาม ลำพัง				
- ไม่เคย	159 (92.4%)	126 (79.2%)	33 (20.8%)	0.326

- เคยช่วงก่อนอายุ 6 ปี	8 (4.7%)	8 (100%)	0 (0%)	
- เคยช่วงอายุ 6 - 12 ปี	3 (1.7%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
- เคยช่วงอายุ 12 - 18 ปี	2 (1.2%)	1 (50%)	1 (50%)	

จากผลการศึกษาโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การจัดการความเครียดแบบเหมาะสมมีปัจจัยเรื่อง คณะที่ส่งผลคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าคณะวิทยาศาสตร์การปกครองท้องถิ่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม ($\bar{x} = 2.94$, $SD = 0.29$) (p-value 0.025) การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมคณะและชั้นปีมีผลต่อการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าคณะนิติศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 2.59$, $SD = 0.42$) (p-value <0.001) และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีแนวโน้มในการใช้การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมสูงสุด ($\bar{x} = 2.50$, $SD = 0.36$) (p-value <0.001) อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่ม	Adaptive Mean ($\bar{x} \pm SD$)	Maladaptive Mean ($\bar{x} \pm SD$)	Test statistics	p-value
เพศ	ชาย	2.76(0.40)	2.34(0.50)	Welch's F = 1.32 (adaptive)	0.277
	หญิง	2.81(0.34)	2.37(0.42)	Welch's F = 0.91 (maladaptive)	0.41
	LGBTQ+	2.57(0.60)	2.21(0.45)		
คณะ	คณะเกษตรศาสตร์	2.63(0.43)	2.29(0.47)	Welch's F = 2.75 (adaptive)	0.025**
	คณะวิทยาศาสตร์	2.73(0.50)	2.33(0.44)	Welch's F = 5.819 (maladaptive)	<0.001***
	คณะเภสัชศาสตร์	2.74(0.26)	2.11(0.41)		
	คณะแพทยศาสตร์	2.77(0.39)	2.17(0.34)		
	วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น	2.94(0.29)	2.56(0.46)		
	คณะนิติศาสตร์	2.88(0.27)	2.59(0.42)		
ชั้นปี	ปีที่ 1	2.86(0.35)	2.34(0.48)	F = 1.461 (adaptive)	0.205

	ปีที่ 2	2.71(0.38)	2.36(0.50)	Welch's F =6.089 (maladaptive)	<0.001***
	ปีที่ 3	2.68(0.46)	2.38(0.39)		
	ปีที่ 4	2.87(0.41)	2.50(0.36)		
	ปีที่ 5	2.84(0.27)	1.91(0.26)		
	ปีที่ 6	2.77(0.39)	2.02(0.28)		

หมายเหตุ: *p < .05, **p < .01, ***p < .001 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสมกับปัจจัยด้านครอบครัวพบว่าในเรื่องของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมเรื่อง สถานภาพบิดาและมารดา ลักษณะครอบครัวและประวัติการเลี้ยงดูด้วยปู่/ย่า/ตา/ยาย ไม่ได้มีผลอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่พบว่าการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม ลักษณะครอบครัวมีผลอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าครอบครัวขยายมีแนวโน้มใช้การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมน้อยสุดเมื่อเทียบกับครอบครัวอื่นๆ ($\bar{x} = 2.13$, $SD = 0.47$) (p-value = 0.017) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการจัดการความเครียดและปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยส่วน ครอบครัว	กลุ่ม	Adaptive Mean ($\bar{x} \pm SD$)	Maladaptive Mean($\bar{x} \pm SD$)	Test statistics	p-value
สถานภาพบิดา และมารดา	อยู่ด้วยกัน	2.77(0.40)	2.32(0.44)	F=0.357 (สำหรับ Adaptive)	0.784 (สำหรับ Adaptive)
	บิดา/มารดา เสียชีวิต	2.84(0.35)	2.53(0.47)	F=2.113 (สำหรับ Maladaptive)	0.100 (สำหรับ Maladaptive)
	หย่าร้าง	2.69(0.45)	2.18(0.32)		
	แยกกันอยู่	2.76(0.38)	2.50(0.52)		
ลักษณะ ครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	2.77(0.41)	2.41(0.43)	F =0.157 (สำหรับ Adaptive)	0.925 (Adaptive)
	ครอบครัวพ่อ/แม่ เลี้ยงเดี่ยว	2.79(0.32)	2.40(0.45)	F = 3.51 (สำหรับ maladaptive)	0.017 (Maladaptive)
	ครอบครัวขยาย	0.75(0.42)	2.13(0.47)		
	ครอบครัวข้ามรุ่น	2.68(0.36)	2.28(0.38)		
รายได้ ครอบครัวต่อ เดือน	5,000-15,000 บาท	2.98(0.27)	2.67(0.37)	F = 10.11 (สำหรับ Adaptive)	<0.001 (สำหรับ Adaptive)

	15,001 – 25,000 บาท	2.91(0.33)	2.44(0.51)	F = 13.36 (สำหรับ maladaptive)	<0.001 (Maladaptive)
	25,001 – 35,000 บาท	2.67(0.35)	2.13(0.37)		
	35,001 – 45,000 บาท	2.48(0.41)	2.11(0.34)		
	45,000 บาทขึ้นไป	2.71(0.40)	2.21(0.39)		
อาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายตามลำพัง	ไม่เคย	2.77(0.38)	2.35(0.44)	F = 1.992 (สำหรับ Adaptive)	0.117 (สำหรับ Adaptive)
	เคยช่วงก่อนอายุ 6 ปี	2.94(0.51)	2.26(0.50)	F = 0.534 (สำหรับ maladaptive)	0.660 (สำหรับ maladaptive)
	เคยช่วงอายุ 6 - 12 ปี	2.31(0.67)	2.13(0.58)		
	เคยช่วงอายุ 12 - 18 ปี	2.94(0.15)	2.60(0.98)		

วิจารณ์ (Discussions)

การจัดการความเครียด (Coping mechanism Overall)

การจัดการความเครียด (Coping mechanism Overall)

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) และระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าการจัดการความเครียดไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่านักศึกษามีแนวโน้มเลือกใช้กลยุทธการรับมือกับความเครียดที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาและการปรับตัวเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของ Neufeld A¹² และ Ismail M²⁰ ที่รายงานว่านักศึกษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเหมาะสม โดยเน้นวิธีการจัดการความเครียดแบบเน้นปัญหา (Problem-focused coping) รูปแบบการรับมือที่เน้นการแก้ปัญหาอาจเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัวและความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resiliency) ของนักศึกษาซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญที่ช่วยให้พวกเขาสามารถฟื้นตัวจากความกดดันทางวิชาการและชีวิตในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³

เมื่อพิจารณาถึงกลยุทธในกลุ่มย่อยของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่เลือกใช้การยอมรับ รองลงมาคือ การวางแผน (Planning) และ การเผชิญหน้าอย่างเชิงรุก (Active coping) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดุขุ²⁴ ที่พบว่านักศึกษาไทยมีแนวโน้มรับรู้ปัญหาที่ตนเองเผชิญ และเลือกที่จะปรับตัวกับสถานการณ์ พร้อมทั้งเลือกที่จะปรับตัวมากกว่าการทั้งนี้อาจอธิบายได้โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการ

ทางสังคมจิตใจของอีริกสัน (Erikson's psychosocial developmental stages) พัฒนาการในวัยนี้มักมุ่งเน้นที่การสร้างเอกลักษณ์ทางตนเอง (Identity vs. Role Confusion) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาความรับผิดชอบและการตัดสินใจที่เน้นการแก้ปัญหาที่มากขึ้น ทำให้นักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นและจัดการกับปัญหาตัวเองมากขึ้น

ในขณะที่กลุ่มย่อยของการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีแนวโน้มใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ (Self distraction)

อย่างไรก็ตาม การที่การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Maladaptive Coping) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Adaptive Coping) อย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นว่ากลไกนี้ยังไม่ใช่วิธีหลักของนักศึกษาส่วนใหญ่แต่การใช้การเบี่ยงเบนความสนใจแม้เพียงชั่วคราวก็ยังเป็นสัญญาณที่ต้องเฝ้าระวังเพราะแม้การเบี่ยงเบนความสนใจอาจช่วยลดความรู้สึกเครียดในระยะสั้น แต่หากใช้เป็นกลไกหลักในการจัดการความเครียดอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และทำให้ปัญหาคงอยู่หรือลุกลามมากขึ้นในระยะยาว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการจัดการความเครียด

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวกับรูปแบบการจัดการความเครียด โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ไม่พบหลักฐานเชิงสถิติที่แสดงถึงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับประเภทการจัดการความเครียด อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสมพบว่ามีปัจจัยบางประการที่แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านของการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม (Active coping) พบว่าคณะมีผลต่อระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม โดยคณะวิทยาการปกครองท้องถิ่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดการเรียนการสอนของคณะดังกล่าวที่เน้นการพัฒนาวาทะผู้นำและการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ทำให้นักศึกษาได้มีการเผชิญปัญหาและเรียนรู้การรับมือกับปัญหาอย่างเหมาะสม

ในทางกลับกันพบว่าการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมพบว่าคณะและชั้นปีมีผลต่อระดับคะแนนการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม โดยพบว่านักศึกษาที่เรียนในคณะนิติศาสตร์มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐพร²⁵ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะการเรียนการสอนจะมีลักษณะที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ตัวบทกฎหมายในเชิงการหาเหตุและผลตามตรรกะ และแรงกดดันจากการประเมินผลที่เน้นความถูกต้องส่งผลให้นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดสะสม อาจเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ หรือการหลีกเลี่ยงปัญหา เพื่อบรรเทาความเครียดในระยะสั้น การระบุงруппเสี่ยงนี้ช่วยให้มหาวิทยาลัยสามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับคะแนนการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมสูงสุด ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Neufeld A¹² ที่ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ประเทศแคนาดาโดยพบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 มีระดับคะแนนการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมต่ำสุด โดยงานวิจัยดังกล่าวรายงานว่ากลยุทธ์ย่อยของการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม เช่น การปฏิเสธ (denial) และการถอนตัวทางพฤติกรรม (behavioral disengagement) พบมากในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และลดลงเมื่อเข้าสู่ชั้นปีที่ 4 ความแตกต่างของผลการศึกษานี้อาจอธิบายได้จากความแตกต่างของบริบทการเรียนการสอนและแรงกดดันในแต่ละช่วงการศึกษาโดยนักศึกษาแพทย์ในประเทศแคนาดาเริ่มเข้าสู่การเรียนในชั้นคลินิกตั้งแต่นั้นปีที่ 3 ส่งผลให้แรงกดดันเกิดขึ้นตั้งแต่นั้น และลดลงตามการปรับตัวและการสะสมประสบการณ์ ในขณะที่บริบทของนักศึกษาไทย โดยเฉพาะในคณะและสาขาที่ไม่ใช่สายแพทยศาสตร์ แรงกดดันสำคัญมักเกิดขึ้นในช่วงชั้นปีที่สูงขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทใหม่ เช่น การทำวิทยานิพนธ์ การเตรียมสำเร็จการศึกษา และความไม่แน่นอนใน

การวางแผนอาชีพหลังเรียนจบ ดังนั้น ชั้นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและความคาดหวังอย่างชัดเจนจึงมีแนวโน้มกระตุ้นให้เกิดการใช้กลไกการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่อธิบายว่าความเครียดเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่าเกินขีดความสามารถในการรับมือ

หากพิจารณาถึงปัจจัยด้านครอบครัวและระดับคะแนนเฉลี่ยการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมพบว่า ลักษณะครอบครัวมีผลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yadav และ Sarraf²⁶ อาจเป็นผลมาจากคุณลักษณะของระบบครอบครัวขยายที่เน้นการอยู่ร่วมกันของหลายชั่ววัย (Multiple generations living together) ซึ่งอาจเอื้อต่อการเกิดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Built-in support network) ที่แข็งแกร่งซึ่งทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกันความเครียดได้ดีกว่าและส่งเสริมการพึ่งพาการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายที่กว้างกว่า

จุดแข็งและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของการศึกษานี้คือเป็นงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักศึกษาในบริบทเฉพาะของมหาวิทยาลัยขอนแก่นช่วยให้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและระบบสนับสนุนนักศึกษาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของสถาบัน

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design) ซึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างระดับความเครียดและพฤติกรรมการจัดการความเครียดได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านการเลี้ยงดูอาศัยการรายงานตนเองของนักศึกษา ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความจำหรือการรับรู้ส่วนบุคคล นอกจากนี้งานวิจัยได้วิเคราะห์ภาพรวมของพฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบเหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยไม่ได้จำแนกกลยุทธ์ย่อย ทำให้ไม่สามารถสะท้อนรายละเอียดเชิงพฤติกรรมเฉพาะของแต่ละวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างลึกซึ้ง สุดท้าย การศึกษานี้ดำเนินการในมหาวิทยาลัยแห่งเดียว อาจจำกัดความสามารถในการอธิบายหรือสรุปผลให้ครอบคลุมพฤติกรรมของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาพรวมทั่วประเทศ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างด้านบริบทการเรียนรู้และวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละสถาบัน

ข้อสรุป (Conclusions)

การศึกษานี้พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดแบบเหมาะสม และมีระดับคะแนนสูงกว่าการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านคณะ ชั้นปี และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม โดยนักศึกษาชั้นปีสุดท้ายและนักศึกษาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายมีแนวโน้มใช้กลยุทธ์ดังกล่าวมากกว่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรดำเนินการศึกษาแบบเชิงยาว (Longitudinal study) เพื่อสำรวจการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการจัดการความเครียดตลอดช่วงเวลาการเรียน
2. ศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของนักศึกษาแต่ละคณะ
3. ศึกษาปัจจัยตัวอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านจิตสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว แรงสนับสนุนจากปัจจัยภายนอก

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

1. ผลการศึกษานี้ช่วยสนับสนุนแนวคิดการเลี้ยงดูและมีส่วนร่วมของพ่อแม่ในการดูแลเด็กในครอบครัว
2. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาช่วยในการพัฒนานโยบายหรือแนวทางการสนับสนุนทางจิตใจสำหรับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำแนะนำ สนับสนุน และตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่สละเวลาให้เวลาร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินการและสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Xu Y, Harrison T. Socioemotional and Behavioral Problems of Grandchildren Raised by Grandparents: The Role of Grandparent–Grandchild Relational Closeness and Conflict. **Children**. 2023; 10(10): 1623. doi:10.3390/children10101623
2. World Health Organization. **Ageing and Health** [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. **Ageing Societies** [Internet]. [cited 2024 Aug 21]. Available from: <https://www.unescap.org/our-work/social-development/ageing-societies>
4. ระพีพรรณ คำหอม, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล, รุจา ภูไพบูลย์. ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยตามวงจรชีวิตครอบครัว: กรณีศึกษาภาคใต้. **วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์**. 2563; 28(2): 24–59.
5. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of A skipped-generation family: day by day coping journey in Thai context. **Int J Qual Stud Health Well-being**. 2021;16(1): 1-11. DOI:10.1080/17482631.2021.1967260.
6. Panchasilawut S, Sriphetcharawut S. Reasons, duties, commitments, and love bonds: The lived experiences of grandparents caring for children with autism spectrum disorder. **Jams**. 2023; 56(3): 127–35.
7. เกิดสิริ หงษ์ไทย, ดารุณี จงอุดมการณ์. ผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**. 2020; 43(4): 97-109.
8. KNODEL J, TEERAWICHITCHAINAN B, PRACHUABMOH V, POTHISIRI W. The situation of Thailand's older population: An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. Chiang Mai, Thailand; 2015.
9. พิษญา สุพลชัย. โครงการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. Thailand; 2024.
10. สายฝน สีนอเพี้ย, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2021; 14(3): 14-23.

11. Stanislawski K. The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Front Psychol.* 2019; 10(1): 1-23. DOI:10.3389/fpsyg.2019.00694.
12. Neufeld A, Malin G. How medical students cope with stress: a cross-sectional look at strategies and their sociodemographic antecedents. *BMC Med Educ.* 2021; 21(1): 299. DOI:10.1186/s12909-021-02734-4.
13. Rhei D, McDonald I. Undergraduate Student Stress, Coping and Resiliency in Thai Higher Education: A Call for a Positive Psychology-Based Intervention. *HBDS.* 2020; 21(3): 7-18.
14. จิรสุตา สิ้นธุศิริ, ปัทิตตา สงวนสุข, นริศรา ชัยเชียงพิณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 2023; 10(1): 207–215.
15. Tamannaefar M, Shahmirzaei S. Prediction of Academic Resilience Based on Coping Styles and Personality Traits. *Practice in Clinical Psychology.* 2019; 7(1): 1–9. DOI:10.32598/jpcp.7.1.1
16. Radenahmad N, Hosiri T, Puranachaikere T, Thongchoi K, Engkananuvat P. Disparities in Stress Coping Strategies among High School Students, in Bangkok, with Various Sexual Orientations and Gender Identities. *JHSMR.* 2023; 41(3): 1-12.
17. T. Gubat M, Kietz H. Marquez L, Zel B. Ambaic A, Miguel A. David R, Angeline C. Igna M, Red O, et al. Embracing the Elderly Affections: Understanding the Lived Experiences Among Filipino Children Raised by Custodial Grandparents. *IJRP.ORG.* 2022; 93(1): 47-66. DOI:10.47119/IJRP100931120222743
18. Xu Y, Wang Y, McCarthy LP, Harrison T, Doherty H. Mental/behavioural health and educational outcomes of grandchildren raised by custodial grandparents: A mixed methods systematic review. *Health Soc Care Community.* 2022; 30(6): 2096–2127. DOI:10.1111/hsc.13876
19. จูติรัตน์ สันธิ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พชรินทร์ เสรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นเปรียบเทียบกับครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ในจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 68(4): 339–357.
20. Ismail M, Lee KY, Sutrisno Tanjung A, Ahmad Jelani IA, Abdul Latiff R, Abdul Razak H, et al. The prevalence of psychological distress and its association with coping strategies among medical interns in Malaysia: A national-level cross-sectional study. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2021; 13(2): 1-8. DOI: 10.1111/appy.12417
21. Mallhi TH, Ahmad N, Salman M, Tanveer N, Shah S, Butt MH, et al. Estimation of Psychological Impairment and Coping Strategies during COVID-19 Pandemic among University Students in Saudi Arabia: A Large Regional Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):1-16. DOI:10.3390/ijerph192114282.

22. Xu Y, Harrison T. Socioemotional and Behavioral Problems of Grandchildren Raised by Grandparents: The Role of Grandparent–Grandchild Relational Closeness and Conflict. *Children*. 2023; 10(10): 1623. DOI: 10.3390/children10101623
23. ธนนันต์ นุ่มแสง, ธนิตา ตันตระกูลโรจน์.การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสั้นฉบับภาษาไทย. *Psychiatric Association Thailand*. 2018; 63(2): 189–98.
24. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, ศศิธร เก้มเส้น, กฤตณัย แก้วยศ, เกตุรมาศ อยู่ถื่น. ความเครียดและการจัดการความเครียดพยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. 12(1) : 24–35.
25. ญัฐพร รอดเจริญ, พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนักศึกษาในระดับปริญญาบัณฑิตคณะนิติศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *Chula Med Bull*. 2019; 1(3): 261-276.
26. Yadav S, Sarraf R. Effect of Family Structure on Resilience and Coping Mechanism Among Youth: A Review Study. *IJCSRR*. 2025; 8(3): 1503-1506. Doi:10.47191/ijcsrr/V8-i3-55.

การพัฒนาแบบการสร้างความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วม เรื่อง 4 D และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเพชรบูรณ์

The Development of a participatory Model for Enhancing Literacy among Childhood teacher and Parents on the Triple-P Plus 4D to Promote the Child Health for Appropriate Growth, Development, and Emotional Quotient in Early Childhood Development Centers, Phetchabun Province

กรรณิกา สหเมธาพัฒน์*, รัตติกาล สิมุทธ*, ภาวินี หอมยศ*

Kannika Sahamethapat*, Rattikarn Simuthet*, Phaeinee Homyot*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบการสร้างความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและประเมินผลลัพธ์การเจริญเติบโต พัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) การสังเคราะห์พัฒนาโปรแกรม 3) การนำรูปแบบพัฒนาไปใช้ 4) การประเมินผล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองประกอบด้วยครูผู้ปกครองและเด็ก 50 คู่และครูที่เลี้ยง 5 คน และกลุ่มควบคุมประกอบด้วย ครูผู้ปกครองและเด็ก 50 คู่และครูที่เลี้ยง 5 คน โดยแบบทดสอบการสร้างความรู้ของผู้ปกครองและครูที่เลี้ยง และแบบประเมินผลของเด็กปฐมวัย ผลการประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความเที่ยงโดยผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ความรอบรู้ของครูที่เลี้ยง=0.85 แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย=0.89 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Independent t-test, Chi square test และ Fisher's Exact test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=87.36$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x}=66.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference= 20.560; 95%CI=16.345-24.775; $p<0.001$) แต่ความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูที่เลี้ยงกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=81.20$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=78.60$) ไม่แตกต่างกัน (Mean Difference=2.600; 95%CI=-11.930-17.130; $p=0.891$) ผลลัพธ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการโดยรวม ($p=0.012$) และความฉลาดทางอารมณ์ ($p=0.009$) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลลัพธ์การเจริญเติบโต กลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p=0.699$). รูปแบบการสร้างความรู้ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกในการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัยต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ปกครองมีส่วนร่วม, เด็กปฐมวัย

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

*Phetchabun Province Public Health Office

Corresponding author: Kannika Sahamethapat Email: kannika0910@gmail.com

Received 22/12/2025

Revised 07/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

The objective of this Action Research is to develop a model for building health literacy among childhood teacher and parents in early childhood development centers, and to assess the impact on early childhood children's growth, development, and emotional quotient (EQ). This study follows a four-step developmental research methodology: 1) Situational Analysis, 2) Program Model Development, 3) Implementation of the Developed Model, and 4) Evaluation of the Program's Effectiveness. The total sample was divided into two groups, the experimental group comprised 50 parent child pairs and 5 childhood teacher, and the control group was matched in size and composition, also consisting of 50 parent child pairs and 5 childhood teacher. The quality assessment of the tools regarding reliability revealed that the health literacy scale for caregivers as 0.85, and the health literacy scale for parent, which included health outcomes and emotional children, was 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, and the differences between mean scores were compared using Independent t-test, Chi square test and Fisher's Exact test. The study findings revealed that after the experiment, the health literacy and positive discipline of parents in the experimental group ($\bar{x}=87.36$) were significantly higher than those in the control group ($\bar{x}=66.80$) (Mean Difference = 20.560; 95% CI= 16.345-24.775; $p<0.001$). However, there was no significant difference in the health literacy and positive discipline between the experimental group ($\bar{x}=81.20$) and the control group ($\bar{x}=78.60$) of childcare providers (Mean Difference = 2.600; 95% CI= - 11.930- 17.130; $p=0.891$). Regarding the outcomes in early childhood, it was found that the overall development ($P=0.012$) and emotional intelligence ($P=0.009$) of the experimental group were significantly higher than those of the control group. Nevertheless, growth outcomes did not differ significantly between the two groups ($P=0.699$). The developed health literacy model increases parental health literacy and positive discipline knowledge.

Keywords: Health literacy, Family participation, Early Childhood

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายเชิงประชากรครั้งใหญ่ เมื่อจำนวนเด็กเกิดใหม่ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องตามแนวโน้มที่เกิดขึ้นในกว่า 120 ประเทศทั่วโลก ในอดีตช่วงปี 2506-2526 ประเทศไทยเคยมีเด็กเกิดใหม่ไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน แต่เด็กเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือเพียง 502,107 คน ในปี 2565 และลดต่ำกว่า 500,000 คน เป็นครั้งแรกในปี 2566 ภายใต้สถานการณ์นี้ ประเทศไทยมีเด็กในวัยปฐมวัย (0-5 ปี) รวมทั้งสิ้น 3,437,387 คน (ในปี 2566)¹ โดยการดูแลเด็กเหล่านี้ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็ก (0-2 ปี) มีจำนวนประมาณ 1.13 ล้านคน ซึ่งเป็นกลุ่มที่พึ่งพิงการดูแลจากคนในครอบครัวเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย หรือญาติ และกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (3-5 ปี) มีจำนวนมากกว่า 2.3 ล้านคน ซึ่งเด็กในกลุ่มนี้กว่าสองในสามจะเข้าสู่ระบบการดูแลจากภายนอกบ้าน เช่น สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนอนุบาล ซึ่งสะท้อนบริบททางสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่อย่างกรุงเทพมหานคร ที่พ่อแม่ต้องนำบุตรไปฝากเลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในเวลากลางวันถึงร้อยละ 53.32² เนื่องจากภาระการทำงานนอกบ้าน ความกังวลที่สำคัญที่สุดคือ ปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็ก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีสาเหตุหลักมาจากการขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและการขาดการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเพียงพอ ปัญหาไม่ได้จำกัดอยู่แค่ในไทยเท่านั้น ในสหรัฐอเมริกาเองก็พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 28.7 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐาน³ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลบุตรหลานอย่างมีคุณภาพ เมื่อพิจารณาในมิติของสติปัญญา (IQ) จากการสำรวจล่าสุดของกรมสุขภาพจิตในปี 2564⁴ พบว่า ระดับไอคิวเฉลี่ยของเด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อยู่ที่ 102.8 อย่างไรก็ตาม เมื่อมองลึกลงไปในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดตาก พิจิตร โขงเจียม เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ ข้อมูลชี้ว่า เด็กจังหวัดเพชรบูรณ์ มีระดับไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 101.92 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ๆ ในเขตสุขภาพเดียวกัน ตัวเลขนี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการยกระดับคุณภาพการเลี้ยงดู การส่งเสริมพัฒนาการและการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้เด็กไทยทุกคนสามารถเติบโตและมีศักยภาพทางสติปัญญาที่ทัดเทียมกัน

จังหวัดเพชรบูรณ์ในปี 2567 ในการดูแลเด็กอายุ 3-5 ปีจำนวน 25,448 คน แม้ว่าเด็กส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 88.66 หรือ 22,563 คน จะสามารถเข้าสู่ระบบการศึกษาปฐมวัยได้แล้ว โดยส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียนอนุบาลของเขตพื้นที่การศึกษา (ร้อยละ 75.04) และที่เหลืออยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 24.96)⁵ เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กเล็กเป็นประเด็นต้องเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ต้องแก้ไขจากสถานการณ์สุขภาพของเด็กปฐมวัยในจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่พบสูงถึงร้อยละ 21.89 ซึ่งช่วงอายุที่พบการล่าช้ามากเป็นพิเศษคือ 30 เดือน และ 42 เดือน บ่งชี้ว่าการกระตุ้นพัฒนาการในช่วงนี้ยังไม่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ปัญหาด้านการเจริญเติบโต พบว่า เด็กเพียงร้อยละ 50.72 เท่านั้นที่เข้าเกณฑ์สูงดีสมส่วน ขณะที่ภาวะเตี้ยถึงร้อยละ 14.12 และผอม ร้อยละ 8.52 ที่สำคัญคือ ความสูงเฉลี่ยของเด็ก 5 ปี ยังต่ำกว่ามาตรฐาน โดยเด็กชายสูงเฉลี่ยเพียง 108.26 เซนติเมตร และเด็กหญิงสูงเฉลี่ยเพียง 107.59 เซนติเมตร ขณะเดียวกัน ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนก็มีแนวโน้มสูงถึงร้อยละ 11.68 ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบเด็ก 3 ปีมีภาวะฟันผุสูงถึงร้อยละ 29.05 จากข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยหลายแห่งยังเป็นแหล่งแพร่กระจายของโรคติดต่อหลายชนิด เช่น โรคมือเท้าปาก, ไข้หวัด, ไข้หวัดใหญ่, โรคอุจจาระร่วงโรคคางทูม, โรคอีสุกอีใสและโรคหัด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ หากผู้ที่ใกล้ชิดที่สุดอย่างผู้ปกครองและครูที่เลี้ยง มีความรู้ความเข้าใจและบทบาทในการเฝ้าระวัง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะมีส่วนช่วยให้พัฒนาการเด็กในภาพรวมดีขึ้น⁶ ซึ่งกรมอนามัยมีแนวทางและมาตรฐานในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพครอบคลุมรอบด้าน 4 D ได้แก่ โภชนาการและสารอาหาร (Diet) พัฒนาการและการเล่น (Development), สุขภาพช่องปาก (Dental) และการป้องกันโรค (Diseases) ซึ่งปัจจุบัน

จังหวัดเพชรบูรณ์ยังไม่มีโปรแกรมการสร้างความรู้ให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กที่ครบทุกด้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจัดทำวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองแบบมีส่วนร่วม เรื่อง 4 D และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมและมีศักยภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (รับการทดลอง)

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1. ขอบเขตด้านประชากร ทำการศึกษาผู้ปกครองและเด็ก 3-5 ปี ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และ ครูพี่เลี้ยงสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. ขอบเขตด้านเนื้อหา ทำการศึกษาความรู้เรื่องโภชนาการและการเจริญเติบโต พัฒนาการและการเล่น การดูแลช่องปากและฟัน การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก (4D) และวินัยเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์
3. ขอบเขตพื้นที่และระยะเวลาในการศึกษา ทำการศึกษาดำเนินงานตามรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะเวลาดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนกันยายน 2568 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1. ศึกษาสถานการณ์ 2. การสังเคราะห์พัฒนาโปรแกรม 3. การนำรูปแบบพัฒนาไปใช้ 4. การประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากรและกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ในปี 2568

1. ครูพี่เลี้ยง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 257 แห่ง
2. ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,200 คน
3. เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (ระดับชั้นอนุบาล 1-3) ที่มีผลตรวจพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งตามลักษณะการศึกษาดังนี้

สถานศึกษาที่ศึกษาวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดเพชรบูรณ์โดยพิจารณาจากเกณฑ์ความคล้ายคลึงกันเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีบริบทที่เทียบเคียงกันดังนี้ 1) ความคล้ายคลึงทางบริบท เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีขนาดใกล้เคียงกันสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจ

และสังคมใกล้เคียงกัน 2) กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าตามผลการตรวจด้วยคู่มือ DSPM (Manual of Developmental Surveillance and Promotion Model) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน 3) ความสมัครใจของผู้บริหารและบุคลากรในสถานศึกษายินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนเสร็จสิ้นโปรแกรม

การจัดกลุ่มวิจัย เพื่อให้ผลการวิจัยมีความเที่ยงตรงภายใน (Internal Validity) ผู้วิจัยกำหนดสถานศึกษาทั้ง 2 แห่งที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันดังนี้ 1) กลุ่มทดลอง (Experimental Group) 1 แห่ง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการตามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม (Control Group) 1 แห่ง ได้รับการดูแลตามปกติ (Routine Care) ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยบริการสาธารณสุข

1. ครูพี่เลี้ยง ปฏิบัติงานดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกศึกษา จำนวน 2 แห่ง
2. ผู้ปกครอง เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีผลพัฒนาการสงสัยล่าช้า คู่กับเด็กกลุ่มเป้าหมาย
3. เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (ระดับชั้นอนุบาล 1-3) ที่มีผลตรวจพัฒนาการสงสัยล่าช้า

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ครูพี่เลี้ยง เป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกศึกษาอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และเป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่จัดกิจกรรมการเรียนการสอนและดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กปฐมวัยในระดับชั้นอนุบาล 1-3 มีความยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และให้ความร่วมมือในการสังเกต ประเมินและบันทึกผลตามที่ผู้วิจัยกำหนดตลอดจนครบ 4 เดือน

2. ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่อยู่ใกล้ชิดเด็กอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น โดยเป็นผู้ให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด มีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามโปรแกรม และยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และประเมินสุขภาพพัฒนาการจนเสร็จสมบูรณ์ จนครบ 4 เดือน

3. เด็กปฐมวัย เป็นเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเป็นเด็กที่ผ่านการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีผลการประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ที่ระบุสงสัยล่าช้าในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ครูพี่เลี้ยงที่ลาป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติทางสายตาและการได้ยิน หรือ ลาศึกษาต่อในระหว่างที่มีการดำเนินงานวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2568 หรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. ผู้ปกครองที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการวิจัย หรือ ผู้ปกครองที่กำลังเข้าร่วมโครงการหรือโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอื่นๆ ในขณะเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

3. เด็กปฐมวัย ที่มีโรคทางพันธุกรรมหรือโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ ได้แก่ โรคดาวน์ซินโดรม ความพิการทางสมอง ออทิสติกที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ เด็กที่มีประวัติชักและได้รับยากันชัก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง (Parental Literacy) หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ในเรื่องต่างๆ ล้วนแสดงให้เห็นว่าสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมและความรู้ผู้ปกครอง⁷ ซึ่งส่งผลต่อเนื่องให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็ก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Bernard อ้างในปฐม นวลคำ⁸ ดังนี้

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

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

(μ_1)=0.63 คะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงกลุ่มทดลอง (σ_1)=0.48 Standard deviation กลุ่มทดลอง

(μ_2)=0.38 คะแนนเฉลี่ยผลการเปลี่ยนแปลงกลุ่มควบคุม (σ_2)=0.38 Standard deviation กลุ่มควบคุม

Ratio (r) =1.00 Alpha (α) =0.05, Z(0.975) =1.959964 Beta (β) =0.200, Z(0.800) =0.841621

(n1) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง (n2) = จำนวนประชากรที่ศึกษาในกลุ่มควบคุม

n=48 ดังนั้นจำนวนประชากรตัวอย่างคือกลุ่มละ 48 คู่ รวมทั้งสองกลุ่ม 96 คู่

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ปกครองและเด็กที่ร่วมวิจัยทั้งหมด 96 คู่ และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 100 คู่ ประกอบด้วย ผู้ปกครองและเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ในกลุ่มทดลอง 50 คู่และ กลุ่มควบคุม 50 คู่ 2) ครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วยกลุ่มควบคุม 5 คน และกลุ่มควบคุม 5 คน พื้นที่ศึกษา คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 2 แห่ง อยู่คนละอำเภอเพื่อป้องกันการปนเปื้อน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) พิจารณาจากความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมยังคงได้รับความรู้และการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติและการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ การตรวจสอบความตรง และการเล่น การดูแลช่องปากและฟัน การเฝ้าระวังโรคติดต่อ (4D) และวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง และประเด็นประชุมโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย 2) คู่มือการใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก (โปรแกรม Health Literacy Triple-P Plus 4 D) 3) แบบสอบถามวัดความรู้ของครูพี่เลี้ยง 4) แบบสอบถามวัดความรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

คุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้ การตรวจสอบความตรง (validity) โดยนำหลักสูตรโปรแกรมและแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความตรงในเนื้อหา(Content Validity) ดูความตรงเชิงโครงสร้าง ความครอบคลุมของมาตรวัดในเรื่องเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้อง แบบทดสอบมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.66-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง(Reliability) โดยนำแบบทดสอบที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วไปทดลองใช้กับครูพี่เลี้ยง จำนวน 5 คน และผู้ปกครองและเด็กจำนวน 30 คู่ แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของมาตรวัดด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) โดยผลการวิเคราะห์พบว่า แบบวัดความรู้ของครูพี่เลี้ยง=0.85 แบบวัดความรู้ของผู้ปกครองและวัดผลลัพธ์สุขภาพและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย=0.89

วิธีการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกโดยสุ่มแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มเด็กปฐมวัยจากครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองเด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเด็กปฐมวัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์และจัดทำหลักสูตรโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอนที่ 1 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างความรู้(Health literacy)ของ Nutbeam⁹ และวิชระ เพ็งจันทร์¹⁰ ความรอบรู้ครูพี่เลี้ยง 4D¹¹ ของกรมอนามัยและโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย¹² ของกรมสุขภาพจิต ตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D ที่พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการสร้างความรู้ผู้ปกครองตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D

การสร้างความรู้	กิจกรรมตามโปรแกรม Health literacy Triple-P plus 4D
กิจกรรม การสร้างความรู้ 4D และการสร้างสายใยครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1)	การทำกิจกรรมกอด เล่นนันทนาการ เล่นเกม เดิน วาดรูประหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและเด็ก กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติในกลุ่ม เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีและทักษะในการสร้างความผูกพันทางอารมณ์ และความรู้ให้กับผู้ปกครองเรื่อง การประเมินกราฟโภชนาการสำหรับลูก การใช้คู่มือDSPM กระตุ้นพัฒนาการลูก การแปรงฟันอย่างถูกวิธีและตรวจฟันลูก และการล้างมือถูกวิธี
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างวินัยครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)	กิจกรรมสร้างวินัยบนพื้นฐานความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กและพ่อแม่ผู้ปกครอง ให้เด็กรู้จักการรอคอยระหว่างเล่นเกม ในขณะที่ทำกลุ่มกิจกรรม และให้ผู้ปกครองฝึกปรับพฤติกรรมเด็กเมื่อกลับไปที่บ้านได้ และความรู้ให้กับผู้ปกครอง เรื่อง สารอาหาร 5 หมู่และเมนูลูกรัก, เล่นเปลี่ยนโลกกระตุ้นพัฒนาการ, ความสำคัญพินน้ำนมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อฟันผุและวิธีป้องกันโรคติดต่อตามฤดูกาล
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างเด็กเก่ง 1 ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)	กิจกรรมพัฒนาทักษะพัฒนาการของเด็กตามคู่มือ DSPM พร้อมกับการพัฒนาทักษะการชมของผู้ปกครอง เพื่อให้สามารถนำการกอด หอม ชม กลับไปใช้ที่บ้าน เมื่อเด็กแสดงทักษะพัฒนาการที่ดีหรือพฤติกรรมที่ดีได้อย่างสม่ำเสมอ และความรู้ให้กับผู้ปกครองเรื่องชวนลูกหัดทำอาหาร, ประดิษฐ์ของเล่น, การหัดตรวจฟันลูกและการป้องกันโรคติดต่อเช่น ไข้เลือดออกและโรคพิษสุนัขบ้า และการลดจอมือถือสำหรับเด็ก และความสำคัญการนอน
กิจกรรม สร้างความรู้ 4D และการสร้างเด็กเก่ง 2 ครั้งที่ 4 (เดือนที่ 4)	กิจกรรมฝึกความเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาผ่านการรู้จักคำศัพท์ จัดหมวดหมู่และถามตอบเพื่อกระตุ้นความคิดให้เด็กมีทักษะการรวมถึงทักษะทางการคิดและแก้ปัญหาที่ดี การฝึกทักษะกิจวัตรประจำวัน ฝึกเด็กให้ใช้กลัมนุ่มนวลเล็ก ฝึกความรับผิดชอบและการดูแลช่วยเหลือตัวเอง ความรู้ให้กับผู้ปกครองฝึกชวนลูกทำงานบ้านและปลูกผักสวนครัว การป้องกันอุบัติเหตุในเด็ก และวัคซีนที่สำคัญป้องกันโรคสำหรับเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ปกครองและเด็กตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4Dและวินัยเชิงบวกกับผู้ปกครองและเด็กอายุ 3-5 ปีในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคกำลังสอง(Chi-square test) การทดสอบทีสำหรับตัวอย่างที่เป็นอิสระ (Independent t-test) และ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2568 ทะเบียนเลขที่ 060/2568

ผลการศึกษา (Results)

วิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ผลการศึกษาศถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง 4D และวินัยเชิงบวก โดยสุ่มสอบถามครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 200 คน พบว่า ความรอบรู้ระดับมาก ($\bar{x} = 16.44$, S.D.= .909) ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ ของครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (n=200)

ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1.โภชนาการและการเจริญเติบโต	17.15	1.578	มาก
2.พัฒนาการและการเล่น	16.98	1.716	มาก
3.สุขภาพช่องปากและฟัน	16.20	2.076	มาก
4.การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	15.54	2.042	มาก
5.การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก	16.34	1.587	มาก
รวม	16.44	.909	มาก

และสุ่มสอบถามผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 300 คน พบว่า ความรอบรู้ ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 12.303$, S.D.= 1.678) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความรอบรู้การเลี้ยงดูเด็กโดยผู้ปกครอง (n=300)

รายการข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1.โภชนาการและการเจริญเติบโต	12.03	2.077	ปานกลาง
2.ส่งเสริมพัฒนาการและการเล่น	13.68	0.996	ปานกลาง
3.ดูแลช่องปากและฟันในเด็ก	11.81	2.076	ปานกลาง
4.การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก	12.12	1.941	ปานกลาง
5.การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก	11.88	2.070	ปานกลาง
รวม	12.303	1.678	ปานกลาง

2. ผลการทดลองตามรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวก ระยะเวลา 4 เดือน

2.1 ผลความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลการศึกษาการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.36 ในขณะที่คะแนนความรู้ของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.80 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 20.560 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม พบว่าหลังการทดลอง ความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference= 20.560; 95%CI= 16.345-24.775; $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ4Dและวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองหลังการทดลอง

ความรอบรู้ของ ผู้ปกครอง	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	P
ภาพรวม						<0.001
ความรอบรู้	ควบคุม	66.80		16.345 to 24.775		
	ทดลอง	87.36	20.560		9.702	
โภชนาการและ						<0.001
การเจริญเติบโต	ควบคุม	13.94				
	ทดลอง	19.88	5.940	5.095 to 6.785	13.952	
พัฒนาการและ						<0.011
การเล่น	ควบคุม	13.76				
	ทดลอง	17.02	3.260	2.367 to 4.153	7.245	
การดูแลช่องปาก						<0.005
และฟัน	ควบคุม	13.26				
	ทดลอง	16.78	3.520	2.538 to 4.502	7.124	
การป้องกัน						<0.001
โรคติดต่อ	ควบคุม	13.18				
	ทดลอง	16.82	3.640	2.638 to 4.642	7.231	
วินัย เชิงบวก						<0.002
	ควบคุม	12.66				
	ทดลอง	16.86	4.200	3.082 to 5.318	7.476	

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

2.2 ผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 2 แห่ง จำนวน 10 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 5 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.20 ในขณะที่คะแนนความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยงในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.60 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.600 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม พบว่าผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน(Mean Difference=2.600; 95%CI=-11.930-17.130; $p=0.891$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ4Dและวินัยเชิงบวกของครูพี่เลี้ยงหลังการทดลอง

ความรอบรู้ของครู พี่เลี้ยง	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	p
	ควบคุม	78.60		-11.930		0.891

ทดลอง	81.20	2.600	-11.930 to 17.130	.413
-------	-------	-------	-------------------	------

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ผลลัพธ์ด้านการเจริญเติบโต พัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 50 คน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3.1 ผลการเจริญเติบโตสมส่วนเด็กปฐมวัย ในกลุ่มทดลอง(84.0%) มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม(66.0%) เมื่อพิจารณาผลการทดสอบทางสถิติด้วย Fisher's Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.699$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างผลลัพธ์ด้านการเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง

	การเจริญเติบโตในเด็กปฐมวัย	
	สมส่วน(%)	ไม่สมส่วน(%)
กลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มควบคุม	33(66.0)	17(34.0)
กลุ่มทดลอง	42(84.0)	8(16.0)

*ใช้สถิติ Fisher's Exact Test

3.2 ผลการประเมินพัฒนาการโดยรวม กลุ่มทดลอง มีสัดส่วนเด็กพัฒนาการผ่าน เกณฑ์สูงกว่า(98.0%) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (86.0%) ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลการพัฒนาการโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p=0.012$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์พัฒนาการโดยรวมและรายด้านของเด็กปฐมวัยหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย	ผลการตรวจพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM		χ^2	df	p-value
	ผ่าน(%)	ไม่ผ่าน(%)			
ผลพัฒนาการโดยรวม			6.268	1	0.012
-กลุ่มควบคุม	43(86.0)	7(14.0)			
-กลุ่มทดลอง	49(98.0)	1(2.0)			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

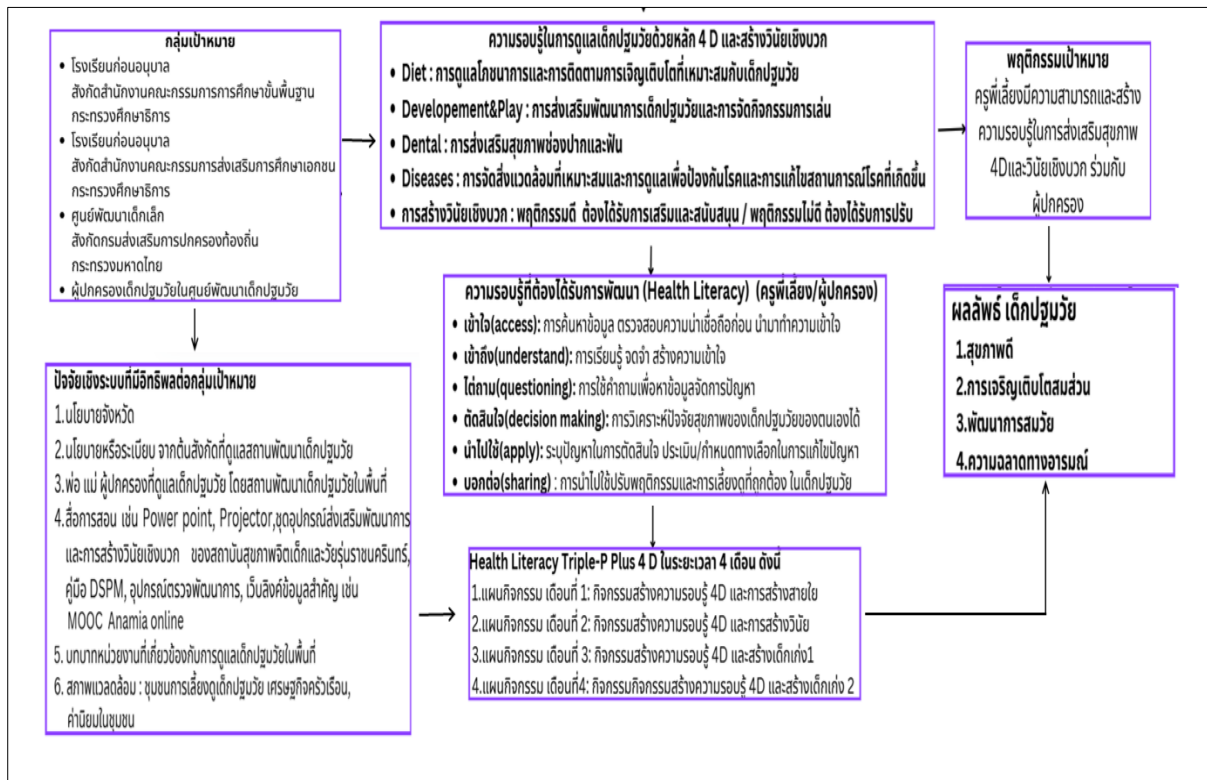
3.3 ผลความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference = 5.680; 95%CI =3.729-7.631; $p<.009$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย หลังการทดลอง

ผลลัพธ์ความ	กลุ่ม	Mean	Mean Difference	95%CI	t	p
ฉลาดทางอารมณ์				3.729		0.009
ของเด็กปฐมวัย	ควบคุม	45.60				
	ทดลอง	51.28	5.680	3.729 to 7.631	5.782	

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิจารณ์ (Discussions)



รูปแบบการสร้างความรู้ของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง ตามแนวคิดการสร้างความรู้ 6 ทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การติดตาม การตัดสินใจ นำไปใช้ และการบอกต่อการปฏิบัติ ในการสร้างความรอบรู้ ตามโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก ซึ่งการที่เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นจากการส่งเสริมของผู้ปกครองที่ได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมจำนวน 4 ครั้งระยะเวลา 4 เดือน ผู้ปกครองได้นำกลับมาปฏิบัติกับลูกอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาลูกวาดรูป การตัดกระดาษ การถอด หุ่นจำลอง การเล่นเกม การพาลูกเล่นกลางแจ้ง ให้ลูกได้วิ่งเล่น ปีนป่ายและฝึกใช้ก้ามเมื่อมีเด็กพาลูกวาดรูป การตัดกระดาษ และการสอนให้ลูกคิดเป็น แก้ปัญหาเป็นและมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมตนเอง โดยเน้นการทำความเข้าใจ แทนการใช้การลงโทษหรือความรุนแรง และมีกลุ่ม Line ผู้ปกครองในการแลกเปลี่ยนการปฏิบัติเลี้ยงดูเด็กและผู้ปกครองมีสมุดบันทึกลูกรักประจำวัน ใน 10 กิจกรรม เกิดการเรียนรู้ ในการเลี้ยงดูเด็ก จนสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถพิสูจน์ได้ว่ารูปแบบการสร้างความรู้ตามโปรแกรมนี้สามารถสร้างความรอบรู้ให้กับผู้ปกครองมากขึ้น และส่งผลในการเลี้ยงดูเด็กทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติได้จริงอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองทำให้สามารถกระตุ้นและดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ปกครองและการสร้างทักษะให้กับผู้ปกครอง จะส่งผลให้กับผู้ปกครองมีความรอบรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เด็กมีสุขภาพดีและพัฒนาการซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของพัชรา พุ่มชาติ¹³ ที่ชี้ชัดฝึกอบรมผู้ปกครองเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่า เด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองมีวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองสูงกว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และ

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญานา อยู่เย็น¹⁴ แสดงให้เห็นผลของโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กชั้นเตรียมอนุบาล พบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมระดับความรู้และระดับพฤติกรรมของผู้ปกครองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยมีความรู้การเลี้ยงดูเด็กเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย และระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลางและระดับมาก และสอดคล้องกับ Holden, George W. et.al.¹⁵ วิจัยการใช้โปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีเทคนิคพื้นฐาน สำหรับแก้ไขปัญหาการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ เน้นเรื่องการเสริมแรงทางสังคมที่มีความแตกต่าง ผ่านรูปแบบการฝึกอบรมและพบว่าผู้ปกครองที่เข้าร่วมการอบรมมีเทคนิคพื้นฐาน การแก้ไขปัญหาการอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก และลูกก็ให้ความร่วมมือมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญด้วย

ความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง มีคะแนนความรอบรู้ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 81.20 ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.60 ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มทดลองครูพี่เลี้ยงมีความรู้อยู่ในระดับมาก และไม่มี ความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนำแนวทางด้านสุขภาพ 4D ให้เป็นเกณฑ์ส่วนหนึ่งของการยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย บรรจุใน “มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ” ซึ่งมีมติคณะรัฐมนตรีให้ใช้เป็นมาตรฐานกลางตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม 2562 การจัดการศึกษาให้ได้ตรงตามมาตรฐานการศึกษาสถานพัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติ เป็น การยกระดับคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การจัดการศึกษาตามมาตรฐานดังกล่าวเน้นคำนึงถึง คุณภาพการศึกษา ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็ก ให้การดูแล จัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย เน้นการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัย ทั้งการดูแลสุขภาพ โภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเด็กโดยตรงโดยเด็กต้องมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยครบทุกด้าน มีทักษะการคิดและทักษะชีวิตที่จำเป็น การที่ครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนอยู่ในระดับใกล้เคียงกันทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลเด็กเกินครึ่งมีวุฒิ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมากกว่าร้อยละ 80 เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก ซึ่งข้อมูลพื้นฐานทั้ง 2 ปัจจัยนี้มีส่วนทำให้ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของตัวอย่างอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ เอ็มไพร์ อินโนเวชั่น¹⁶ พบว่า การมีนโยบายและแผนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมียุทธศาสตร์ในการปฏิรูปการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนที่หลากหลาย ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข เน้นที่จะพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กโดยการส่งเสริมให้ครูได้เข้ารับการอบรม การศึกษาดูงาน เพื่อพัฒนาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้

ผลลัพธ์ในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการโดยรวมและความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มทดลอง ดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าเด็กมีพัฒนาการโดยรวมพัฒนาการภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้น โดยครอบครัวมีส่วนร่วมส่งผลต่อพฤติกรรมในการเสริมสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยที่สูงขึ้น สอดคล้องกับ สราญจิต อินศร และคณะ¹⁷ พบว่า การพัฒนาผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกและในเด็กปฐมวัยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และเน้น การมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวกอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติเป็นประจำได้ที่บ้าน และการที่เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการเข้าใจและจัดการความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ซึ่งส่งผลดีในหลายด้านของชีวิต ได้แก่ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม, ความสามารถในการใช้ความคิด และการแก้ไขปัญหา ,การมีความสุขในชีวิตและมองโลกในแง่ดี ส่วนการเจริญเติบโตสมส่วนของเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงที่

เพิ่มมากขึ้นของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากเด็กหลายคนอยู่กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 42 ปู่ย่าตายายมักตามใจเด็กจะซื้อขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานที่เด็กมักชอบรับประทานและการใช้ "อาหารเป็นรางวัล"¹⁸ (unhealthy spoiling) สอดคล้องกับ ศักรินทร์ สุวรรณเวหาและคณะ¹⁹ พบว่าภาวะโภชนาการเกินหรือขาดความสมดุลทางโภชนาการในเด็ก อายุ 2 -5 ปี 11 เดือน มีปัญหา ร้อยละ 43.3

ข้อจำกัดของงานวิจัย(Limitation)

1.ด้านระยะเวลาการติดตามผล(Time Constraints) แม้การศึกษาจะใช้เวลาดำเนินการ 4 เดือน ซึ่งเห็นการเปลี่ยนแปลงในระดับหนึ่ง แต่การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดวินัยเชิงบวกและการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์(EQ)เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องระยะยาว ข้อจำกัดคืออาจไม่เห็นผลกระทบที่ยั่งยืน(Long-term sustainability) หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมไปแล้วเป็นเวลานาน

2.ด้านกลุ่มตัวอย่าง ถูกคัดเลือกจากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่เฉพาะหรือมีจำนวนจำกัด ผลงานวิจัยอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิง(Generalize)กับบริบทของผู้ปกครองที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมหรือวัฒนธรรมที่แตกต่างอย่างสิ้นเชิงในภูมิภาคอื่น

3.ความคลาดเคลื่อนจากการรายงานตนเอง(Self-Report Bias) ข้อมูลบางส่วนมาจากการจดบันทึก(สมุดบันทึกลูกรัก)หรือการแลกเปลี่ยนในกลุ่ม Line ซึ่งเป็นการรายงานโดยผู้ปกครอง อาจเกิดความคลาดเคลื่อนจากความต้องการให้ข้อมูลที่ดูดีตามความคาดหวังของผู้วิจัยมากกว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริงในบางขณะ

ข้อสรุป (Conclusions)

การสร้างความรู้และทักษะการเลี้ยงดูเด็กให้กับผู้ปกครองผ่าน โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก เป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย เป็นการส่งเสริมพัฒนาการผ่านกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม ซึ่งโปรแกรมนี้นเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านกิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกิน การกอด การเล่น การเล่านิทาน การทำกิจกรรมศิลปะ การสร้างสมาธิ และการสร้างวินัย ซึ่งเป็นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กิจกรรมเหล่านี้กระตุ้นพัฒนาการรอบด้านและเสริมสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างผู้ปกครองและเด็ก อันเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพจิตที่ดี โปรแกรมนี้ยังให้ความสำคัญกับการดูแลช่องปากและฟัน การป้องกันโรคติดต่อในเด็ก ให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กได้อย่างถูกต้องที่บ้าน ช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพกายที่แข็งแรงพร้อมเรียนรู้ ซึ่งหัวใจสำคัญของความสำเร็จคือการมี ครูพี่เลี้ยงที่สามารถสื่อสารกับผู้ปกครอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ (Home-School Collaboration)เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมเด็กที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้การดูแลเด็กเกิดความต่อเนื่อง (Continuity of Care) ทั้งที่บ้านและที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทำให้เด็กไม่เกิดความสับสนและสามารถปรับตัวเข้ากับระเบียบวินัยได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สู่ความยั่งยืนเป็นการบูรณาการหลักวินัยเชิงบวกเข้ากับกิจกรรม 4D เป็นบทบาทผู้ปกครองที่เข้าใจพัฒนาการตามวัย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะกลายเป็นรากฐานสำคัญในการเติบโตของเด็กอย่างมีคุณภาพ และเป็นต้นแบบในการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัวอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. การขยายผลและสร้างที่ยั่งยืนในระดับสถานศึกษา ควรนำรูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปปรับใช้และขยายผลให้ครอบคลุมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกแห่ง โดยกำหนดให้เป็นมาตรฐานการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในทุกภาคเรียน ทั้งนี้ ครูพี่เลี้ยง จะต้องได้รับการอบรมหลักสูตรโปรแกรมอย่างเข้มข้น

เพื่อให้มีทักษะในการสื่อสารและสามารถเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กร่วมกับผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ (Home-School Collaboration)

2. การเสริมสร้างศักยภาพและทักษะเชิงปฏิบัติของผู้ปกครอง ในการนำรูปแบบ 4D และวินัยเชิงบวกไปใช้ ผู้ปกครองจำเป็นต้องผ่านกระบวนการอบรมและ ฝึกปฏิบัติ (Workshop) มากกว่าการรับรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดทักษะความรู้ (Health Literacy) ที่แท้จริง สามารถนำกิจกรรมการกิน กอด เล่น เล่า และงานศิลปะ ไปปรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง อันจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยและมีระเบียบวินัยอย่างเป็นรูปธรรม

3. การพัฒนานวัตกรรมและระบบติดตามประเมินผล ควรส่งเสริมและศึกษาแนวทางการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผ่านการใช้ แอปพลิเคชัน (Digital Platform) เพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามการเจริญเติบโต พัฒนาการ และรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเชิงรุก ซึ่งจะช่วยให้เกิดการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) และทำให้ข้อมูลระหว่างบ้าน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยสอดคล้องกัน เป็นการยกระดับสู่การเป็นสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบแห่งการเรียนรู้ร่วมกันของครอบครัวอย่างยั่งยืน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การวิจัยนี้ได้พัฒนา รูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และวินัยเชิงบวกผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างบ้าน และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการบริการสุขภาพและกระบวนการทางการศึกษา (Service and Process Innovation in Health) เป็นนวัตกรรมเชิงป้องกัน (Prevention) ที่สอนให้รู้วิธีการเข้าถึง เข้าใจและตัดสินใจใช้ ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องในการดูแลเด็กที่มุ่งเป้าผลลัพธ์ที่เด็ก โดยใช้โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ 4D และวินัยเชิงบวก (โมเดล Triple-P Plus 4D) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. ฐานความรู้เดิมและการรักษามาตรฐาน (Maintenance of Knowledge) ครูพี่เลี้ยง พบว่ามีระดับความรู้ที่สูงและคงที่อยู่แล้ว เนื่องจากได้รับ การอบรมอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานสาธารณสุข ทำให้คะแนนความรู้หลังการทดลอง อยู่ในระดับดีใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม นับสำคัญ สะท้อนว่าระบบการพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงโดยสาธารณสุขในปัจจุบัน มีมาตรฐานดีอยู่แล้ว แต่ต้องการรูปแบบที่เน้นการถ่ายทอดต่อ (Transfer of Knowledge) ผู้ปกครองมากกว่าการเพิ่มพูนความรู้ใหม่เพียงอย่างเดียว

2. จุดเปลี่ยนสำคัญ คือ การยกระดับความรู้ผู้ปกครอง (Parental Empowerment) จากรูปแบบการวิจัยนี้ พิสูจน์แล้วว่าสามารถ ลดช่องว่างความรู้ (Knowledge Gap) ของผู้ปกครองได้สำเร็จ โดยผลักดันให้ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) และการที่ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้น คือปัจจัยหลักที่ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น

3. ความสำเร็จในการพัฒนาเด็กปฐมวัย (Child Outcomes) ด้านพฤติกรรมและจิตใจ ความรู้ด้านวินัยเชิงบวกของผู้ปกครองส่งผลทันทีต่อ พัฒนาการรวม และ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็ก ส่วนด้านกายภาพ ได้แก่ การเจริญเติบโตของเด็กเป็นผลลัพธ์ระยะยาว (Long-term impact) ซึ่งไม่แตกต่างกันในระยะสั้น แต่ฐานความรู้ที่ผู้ปกครองได้รับจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูในระยะยาวต่อไป

สรุปความสำคัญของความสำเร็จของการพัฒนาเด็กปฐมวัยเกิดจาก การสร้างระบบที่ช่วยให้ครูพี่เลี้ยงและโปรแกรมวิจัยสามารถส่งต่อความรู้ด้านสุขภาพและวินัยเชิงบวกไปสู่ผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการและ EQ ที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยจากผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย และคุณครูจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกลาง ตำบลวังท่าดี อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกลาง อบต. ห้วยใหญ่ ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมจนครบกำหนดและตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทั้ง 2 อำเภอที่เป็นผู้สนับสนุนขับเคลื่อนกิจกรรมจนครบ 4 เดือน ขอขอบพระคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ที่ปรึกษางานวิจัยและผศ.ดร.ไพฑูริย์ สอนทน อาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ที่ให้คำแนะนำด้านวิชาการ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2568. [อินเทอร์เน็ต] 2568 [อ้างเมื่อ 15 ธันวาคม 2567] , จาก : www.nso.go.th/webPage/Page_SYB_TH.html
2. หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2018; 5(1): 281-296.
3. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, & Dreyer, BP. The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*. 2009; 124(Suppl.3):S289-98. DOI: 10.1542/peds.2009-1162E.
4. ณิชวรรณ จงรักธรรณกิจ, มธุรดา สุวรรณโพธิ์, จันทร์อาภา สุขทัพพ์, ประเสริฐ จุฑา, รัชดาวรรณ แดงสุข. รายงานสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประจำปีพ.ศ. 2564. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2022; 31(1):1-11.
5. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดเพชรบูรณ์. ข้อมูลสารสนเทศด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางการศึกษา จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีการศึกษา 2566 [อินเทอร์เน็ต] 2567 [อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2567]. จาก: <https://online.anyflip.com/qicyd/mlbj/mobile/index.html>
6. กันยา โพธิ์ปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2565; 15(1): 28-50.
7. Elke de Buhr, Antje Tannen. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children, a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 2020 Jul 13; 20(1): 1096. DOI: 10.1186/s12889-020-08881-5.
8. ปฐม นวลคำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารสุขภาพภาคประชาชน 2559; 12(1): 36-45.
9. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-267. DOI:10.1093/heapro/15.3.259

10. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560
11. กลุ่มงานพัฒนาสุขภาพสตรี เด็กปฐมวัยและครอบครัว สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย. การสร้างเสริมความรอบรู้การดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยหลัก 4D (Development, Diet, Dental, Disease) สำหรับบุคลากรและครูพี่เลี้ยงในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. ดุษฎี จีศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์, กิรติ ลิ้มสืบเชื้อ. โปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P). บริษัทสยามพิมพ์นา; 2566
13. พัทธรา พุ่มพชาติ. ผลการใช้ชุดฝึกอบรมผู้ประกอบการเรื่องการสร้างวินัยเชิงบวกผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อวินัยในตนเองและความเชื่อมั่นในตนเองของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ 2561; 13(38): 15-30.
14. ภัฏญานา อยู่เย็น. ผลของโปรแกรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมผู้ปกครองเด็กชั้นเตรียมอนุบาล อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข 2568; 3(1): 31-44.
15. Golden, George W. et al. (1986). Effectiveness in Parent Training: Characteristics of Parents and Children. ERIC.
16. เอ็มไพร์ อันโนนจารย์, ธีระ ภูติ, ศักดิ์สิทธิ์ ฤทธิลัน. การพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบบูรณาการสำหรับเด็กปฐมวัย : กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลร่องคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ 2557; 1(2), 131-144.
17. สราญจิต อินศร, ยศสยา อ่อนคา, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2564; 5(10): 143-160.
18. Jongenelis MI, Budden T. The influence of Grandparents on Children's Dietary Health: A Narrative Review. Curr Nutr Rep 2023; 12(3): 395-406. DOI: 10.1007/s13668-023-00483-y
19. ศักรินทร์ สุวรรณเวหา อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2562; 25(2): 8-24.

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอนุกรมเวลาระหว่างปริมาณฝนกับจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย

A Time-Series Analysis of Rainfall and Respiratory Syncytial Virus Cases in Children Under Five Years Old in Pathumthani, Thailand

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ*, ภัทร์พิชชา ครูทางคะ*

Manatsri Paibulsiri*, Phatphitcha Kruthangka*

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่สำคัญในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เพราะทำให้เกิดโรครุนแรง มีการแพร่ระบาดในช่วงฤดูฝนและเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญของระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของครอบครัว

วัตถุประสงค์งานวิจัย: เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอนุกรมเวลาระหว่างปริมาณฝนรายวันกับจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รวมถึงวิเคราะห์ผลกระทบที่ล่าช้าของปริมาณฝนต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี จังหวัดปทุมธานี

วิธีวิจัย: เป็นการศึกษาอนุกรมเวลาเชิงสังเกตุย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยรายวันระหว่างวันที่ 30 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 (รวม 93 วัน) และข้อมูลปริมาณฝนจากข้อมูลภูมิอากาศและอุตุนิยมวิทยาขององค์การนาซา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การถดถอยแบบทวินามเชิงลบ และพิจารณาผลกระทบที่ล่าช้าของปริมาณฝนต่อจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวี

ผลการศึกษา: จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในช่วง 93 วันที่เก็บข้อมูล มีจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีเฉลี่ย 2.13 รายต่อวัน ผลกระทบจากปริมาณฝนรายวันในวันที่ฝนตก (lag0) และหลังฝนตก 3 วัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเป็นแบบจำลองที่มีความเหมาะสมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงให้เห็นว่าทุก ๆ ปริมาณฝนที่เพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่คาดการณ์ไว้ประมาณร้อยละ 4 ในวันที่ฝนตก (IRR = 1.040, 95%CI: 1.02-1.08) และประมาณร้อยละ 5 หลังฝนตก 3 วัน (IRR = 1.050, 95%CI: 1.02-1.08)

สรุป: ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าปริมาณฝนเป็นหนึ่งในปัจจัยพยากรณ์สำคัญต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมของระบบสาธารณสุขและวางแผนมาตรการควบคุมการแพร่เชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, ปริมาณฝน, โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี, อนุกรมเวลา

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathum Thani University

Corresponding author: Phatphitcha Kruthangka

Email: phatphitcha@ptu.ac.th

Received 25/11/2025

Revised 23/12/2025

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Respiratory Syncytial Virus (RSV) infection is a major respiratory disease in children under five years of age, as it can lead to severe illness, exhibits seasonal outbreaks during the rainy season, and represents a significant public health concern as well as an economic burden for affected families.

Objective: To examine the time-series relationship between daily rainfall and the number of respiratory syncytial virus (RSV) cases among children under five years of age, and to assess the lagged effects of daily rainfall on RSV incidence in Pathum Thani Province, Thailand.

Methods: A retrospective observational time-series study was conducted using secondary daily RSV cases records between June 30 and September 30, 2025 (a total of 93 days). Daily rainfall data were obtained from NASA climate and meteorological databases. Descriptive statistics were used to summarize the data, and negative binomial regression models were applied to analyze the association between rainfall and RSV cases. Lag effects of rainfall were evaluated to capture delayed impacts on RSV incidence.

Results: During the 93-day study period, the mean number of RSV cases was 2.13 cases per day. Daily rainfall on the same day (lag 0) and three days after rainfall (lag 3) showed significant positive associations with the number of RSV cases ($p < 0.05$). The fitted models demonstrated good overall fit ($p < 0.05$). Each 1-mm increase in daily rainfall was associated with an approximately 4% increase in the expected number of RSV cases on the day of rainfall (IRR = 1.040, 95% CI: 1.02–1.08) and an approximately 5% increase three days after rainfall (IRR = 1.050, 95% CI: 1.02–1.08).

Conclusions: The findings indicate that rainfall is an important environmental predictor of RSV incidence among children under five years of age. Incorporating rainfall information into surveillance systems may support early warning, preparedness, and the timely implementation of public health measures to control RSV transmission in local settings.

Keywords: Children under five years old, Rainfall, Respiratory Syncytial Virus, A Time-Series Analysis

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ไวรัสอาร์เอสวี (respiratory syncytial virus: RSV) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างแบบเฉียบพลันและเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในทารกและเด็กทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อน รวมถึงประเทศไทย¹ เด็กเกือบทั้งหมดจะเคยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างน้อยหนึ่งครั้งภายในอายุไม่เกิน 2 ปี แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีอาการทางเดินหายใจเพียงเล็กน้อย แต่ในเด็กบางกลุ่มโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนด และเด็กที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อไวรัสนี้สามารถก่อให้เกิดอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนได้² จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ของกรมควบคุมโรค พบว่ามีผู้ป่วยสะสม 8,357 ราย อัตราป่วย 12.65 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.40 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 3-5 ปี และ 6-9 ปี ตามลำดับ และจังหวัดปทุมธานีมีอัตราป่วย 129.63 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทย³ โรคนี้หากไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายได้ง่าย โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มของเด็ก เช่น โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก¹

การติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีลักษณะการระบาดตามฤดูกาลที่ค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ซึ่งสอดคล้องกับสภาพภูมิอากาศของประเทศไทยและประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจัยทางภูมิอากาศ โดยเฉพาะความชื้นสัมพัทธ์และปริมาณน้ำฝน มีบทบาทสำคัญต่อการแพร่กระจายเชื้อ⁴ สภาพอากาศที่มีความชื้นสูงเอื้อต่อการคงอยู่ของไวรัสบนพื้นผิวเป็นระยะเวลานานมากขึ้น ซึ่งเพิ่มโอกาสในการแพร่เชื้อทางอ้อม ขณะเดียวกันปริมาณน้ำฝนที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีแนวโน้มใช้เวลาอยู่ในสถานที่ปิด ส่งผลให้เกิดการแพร่เชื้อในชุมชนได้มากขึ้น อีกทั้งเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอกว่ากลุ่มอายุอื่น เมื่อสัมผัสกับสภาพอากาศที่เย็นและชื้นจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงมากขึ้น⁵ หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาก่อนหน้านี้สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยากับการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีโดยพบว่า อุณหภูมิที่ลดลงและความชื้นสัมพัทธ์ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสี่ยงในการติดเชื้อในเด็ก⁶ นอกจากนี้ ในหลายประเทศเขตร้อนยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการระบาดของอาร์เอสวีที่เพิ่มขึ้นกับช่วงที่มีปริมาณน้ำฝนสูงสุดและอุณหภูมิสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพมากที่สุด⁷ สำหรับบริบทของประเทศไทยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรค พบความสัมพันธ์เชิงเวลาอย่างมีนัยสำคัญระหว่างช่วงฝนตกชุกกับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือ ซึ่งตอกย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการทำความเข้าใจพลวัตการระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีภายใต้เงื่อนไขของปัจจัยทางภูมิอากาศและภูมิภาค⁸

การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series analysis) เป็นเครื่องมือหนึ่งในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมกับตัวแปรด้านสุขภาพในเชิงเวลา⁹ ช่วยให้เข้าใจรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคตามฤดูกาล และสามารถใช้ในการพยากรณ์แนวโน้มการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ข้อมูลดังกล่าวยังไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างครอบคลุมในทุกบริบท เนื่องจากช่วงเวลาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีความแปรผันตามตำแหน่งที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และฤดูกาลของแต่ละภูมิภาค การทำความเข้าใจช่วงเวลาและรูปแบบการระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในแต่ละพื้นที่จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนและเตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุข และรองรับสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งทีมผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อาจมีลักษณะการระบาดเฉพาะตัว การศึกษาข้อมูลเชิงพื้นที่จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการกำหนดมาตรการควบคุมและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำฝนและจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (time series analysis) จึงมีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก

เนื่องจากช่วยให้สามารถอธิบายรูปแบบ แนวโน้ม และความแปรผันของการเกิดโรคในบริบทเชิงเวลาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งใช้การวิเคราะห์แบบหน่วงเวลา (lag analysis) ในการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากผลของปริมาณน้ำฝนต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีไม่ได้เกิดขึ้นทันที แต่มีความล่าช้าที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม การเพิ่มโอกาสสัมผัสเชื้อ ระยะพักตัวของโรค และช่วงเวลาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การพิจารณาผลกระทบของปริมาณน้ำฝนในช่วงเวลาก่อนหน้าจึงช่วยสะท้อนความสัมพันธ์เชิงเวลาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจรูปแบบการระบาดของโรคในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี และสนับสนุนการวางแผนเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมของระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยลดภาระโรคและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการสถานการณ์การระบาดได้อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอนุกรมเวลาระหว่างปริมาณฝนรายวันกับจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รวมถึงวิเคราะห์ผลกระทบที่ล่าช้า (lag effects) ของปริมาณฝนต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์แบบ time-series โดยประเมินความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวี ข้อมูลแบบนับ (count data) กับปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยา ได้แก่ ปริมาณฝน โดยเริ่มต้นพิจารณาโมเดลปัวซอง (Poisson regression) ซึ่งเป็นสถิติพื้นฐานสำหรับข้อมูลนับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในการศึกษามีความแปรปรวนมากกว่าค่าเฉลี่ย (overdispersion) จึงไม่เหมาะสมกับโมเดลปัวซอง จึงเลือกใช้โมเดลถดถอยแบบเนกาทีฟไบนอมิอัล (negative Binomial regression) ซึ่งสามารถรองรับปัญหา overdispersion ได้ดีกว่า และรายงานผลเป็น Incidence Rate Ratio (IRR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)

ประชากรศึกษา คือ ผู้ป่วยอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี

ตัวอย่าง คือ จำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี ที่มีการเผยแพร่ในแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล, รายงานสถานการณ์โรครายวัน (สำหรับประชาชน) 10 โรคติดต่อที่คนไทยป่วยมากที่สุด เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ช่วงเวลา 93 วัน กลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนวันที่มีผู้ป่วยมีจำนวน 48 วัน จำนวนผู้ป่วย 197 คน เฉลี่ย 4.10 ราย/วัน¹⁰

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การศึกษาที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ที่ได้จากแหล่งข้อมูลทางการซึ่งเผยแพร่สู่สาธารณะ โดยประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีรายวันของจังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้จากแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัลและรายงานสถานการณ์โรครายวันสำหรับประชาชน¹⁰ และข้อมูลอุตุนิยมวิทยาที่สอดคล้องกันในช่วงเวลาเดียวกัน โดยข้อมูลปริมาณฝนรายวัน (มิลลิเมตร) ซึ่งได้จากสถานีอุตุนิยมวิทยาในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี¹¹ และข้อมูลภูมิอากาศและอุตุนิยมวิทยาขององค์การนาซา¹² โดยเป็นโครงการ NASA POWER Project ที่มีการบริหารจัดการและเผยแพร่ข้อมูลผ่าน NASA Langley Research Center มีความละเอียดเชิงพื้นที่ประมาณ 10x10 กิโลเมตร มีความละเอียดเชิงเวลา (Temporal Resolution) แบบรายวัน โดยพิกัดที่ใช้ในการศึกษาคือ Latitude 14.0208, Longitude 100.5250 (จังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical considerations)

งานวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รายวันของจังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2568) ที่เปิดเผยต่อสาธารณะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รายบุคคลได้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือการทำกิจกรรมใด ๆ ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถสืบย้อนกลับไปหาบุคคลนั้นได้ จึงไม่ใช่ “โครงการวิจัยในคน”¹³ และยังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ PTU-IRB-CERT-NHS-2025-068 ลงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยปทุมธานี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. รวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น (1) ข้อมูลของตัวแปรตาม (Y): จำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีที่นับเป็นรายวัน, รายสัปดาห์, หรือรายเดือน (ข้อมูลรายสัปดาห์เป็นที่นิยมที่สุด) โดยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีของจังหวัดปทุมธานีมีการเผยแพร่ใน แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ, รายงานสถานการณ์โรครายวัน (สำหรับประชาชน) 10 โรคติดต่อที่คนไทยป่วยมากที่สุด เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 ช่วงเวลา 93 วันกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี (กลุ่มอายุ 0-4 ปี) วันที่ที่มีผู้ป่วยมีจำนวน 48 วัน จำนวนผู้ป่วย 197 คน เฉลี่ย 4.10 ราย/วัน¹⁰ และ (2) ข้อมูลของตัวแปรต้น (X): ข้อมูลอุตุนิยมวิทยาที่สอดคล้องกันในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น ปริมาณฝนรายวันโดยนำข้อมูลปริมาณฝนรายวัน (มิลลิเมตร)¹¹ เป็นข้อมูล พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ในการวิจัยนี้ใช้ข้อมูลปริมาณฝนรายวันวันที่ 30 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 เท่านั้น เป็นข้อมูลจากสถานี 5 แห่ง ดังแสดงใน Table 1.

Table 1 Meteorological stations in Pathum Thani Province

Station code	Station name	Location	Relevance
BCK004	Khlong Lat Bang Yao 2 Monitoring Station	Khlong Luang District	Located near Thammasat University
BKK013	Khlong Rapi Phat Junction (South)	Nong Suea District	Located within Pathum Thani Province
BKK015	Khlong Hok Wa, Lam Luk Ka (Khlong 8)	Lam Luk Ka District	Covers densely populated community areas
BKK017	Khlong Chorakhe Yai, Wat Si Waree Noi	Bang Sao Thong District (near Pathum Thani boundary)	Close to Thanyaburi District
BKK021	Khlong Lat Phrao, Wat Bang Bua	Adjacent Bangkok-Pathum Thani area	Located at the boundary between Bangkok and Pathum Thani Province

2. ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลแล้ว ทำการตรวจสอบข้อมูลขาดหาย (missing data) โดยการตรวจสอบตัวเลขปริมาณฝนรายวันทุกวันของทุกสถานีพบว่า สถานี BKK017 ไม่มีการรายงานข้อมูลจึงไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล และยังพบว่ายังมีหลายสถานีที่ไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของจังหวัดปทุมธานี จึงได้ใช้ข้อมูลจาก ข้อมูลภูมิอากาศและอุตุนิยมวิทยาขององค์การนาซา¹²

3. การพิจารณาผลกระทบที่ล่าช้า (lag effect) เช่น ปริมาณฝนในวันนี้ อาจส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยในอีก 1-3 วันข้างหน้า จึงอาจต้องนำข้อมูลฝนของวันก่อนหน้าเข้ามาเป็นตัวแปรในโมเดลด้วย การศึกษานี้ได้พิจารณาผลกระทบที่ล่าช้า 0 ถึง 3 วัน เนื่องจากกระบวนการตั้งแต่เข้าสู่ระยะพักตัวและเข้ารับการรักษาใช้เวลาโดยเฉลี่ย 2-3 วัน³

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการวิเคราะห์แบบ time-series regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำฝนและจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากข้อมูลเป็นข้อมูลนับ (count data) โดยเริ่มต้นพิจารณาโมเดลปัวซอง (Poisson regression) ซึ่งเป็นโมเดลพื้นฐานสำหรับข้อมูลจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีรายวัน อย่างไรก็ตาม การตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลพบว่า ค่าความแปรปรวนมีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ (overdispersion) ซึ่งขัดกับสมมติฐานของโมเดลปัวซอง ดังนั้นโมเดลปัวซองจึงไม่เหมาะสมกับข้อมูลชุดนี้ เพื่อรองรับปัญหา overdispersion ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ การถดถอยแบบทวินามเชิงลบ (Negative Binomial regression) ซึ่งเป็นโมเดลที่มีความยืดหยุ่นมากกว่า¹⁴ โดยเพิ่มพารามิเตอร์เพื่อจัดการความแปรปรวนส่วนเกินในข้อมูล และรายงานผลลัพธ์ในรูปของอัตราส่วนอุบัติการณ์ (incidence rate ratio: IRR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI for IRR)

โมเดลถูกสร้างภายใต้โครงสร้างของ log link function ตามกรอบของ generalized linear model เพื่อให้ค่าที่ทำนายมีค่าตั้งแต่ 0 ขึ้นไปสอดคล้องกับธรรมชาติของข้อมูลแบบนับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาผลกระทบของปริมาณน้ำฝนในช่วงเวลาปัจจุบันและแบบหน่วงเวลา (lag analysis) เพื่อสะท้อนความสัมพันธ์เชิงเวลาจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และพิจารณาผลกระทบที่ล่าช้า (lag effect) ของปริมาณฝนต่อจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวี

โมเดลได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยพิจารณานัยสำคัญทางสถิติจากค่า p-value และประเมินความเหมาะสมของแบบจำลองด้วยตัวชี้วัด goodness-of-fit ได้แก่ Akaike Information Criterion (AIC), Bayesian Information Criterion (BIC), log-likelihood, และ pseudo-R² ทั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรม jamovi Version 2.6¹⁵ และโมดูล GAMLj¹⁶ ในการประมาณค่าสัมประสิทธิ์และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระทั้งหมด

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) และปริมาณฝนรายวันจาก NASA Prediction of Worldwide Energy Resources (POWER) ในจังหวัดปทุมธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาทั้งหมด 93 วัน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในช่วง 93 วันที่เก็บข้อมูล มีจำนวนผู้ป่วยอาร์เอสวีเฉลี่ย 2.12 รายต่อวัน ($SD = 4.09$) และมีจำนวนผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 0 ถึง 27 รายต่อวัน ผลการทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วยวิธี Shapiro-Wilk ได้ค่า p-value < .001 ซึ่งยืนยันว่าข้อมูลจำนวนผู้ป่วยไม่ได้มีการกระจายตัวแบบปกติ และจากข้อมูลปริมาณฝนในช่วง lag 0 – lag 3 มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 13.10-13.40 มิลลิเมตรต่อวัน ($SD = 13.00$ -13.10) โดยทุก lag มีความแปรปรวนสูงกว่า 170 สะท้อนว่าฝนส่วนใหญ่ตกเบาแต่บางวันตกหนักจนถึงค่าเฉลี่ยสูงขึ้น แสดงถึงความผันผวนของฝนที่ไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งผลการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าการแจกแจงไม่เป็นปกติ ($p < .001$) ทำให้ข้อมูลฝนมีลักษณะกระจายไม่สมมาตรและมีค่าผิดปกติอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งภาพรวมสะท้อนว่าปริมาณฝนในแต่ละช่วงเวลาแม้จะมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่มีความแปรปรวนสูงและไม่เป็นไปตามการแจกแจงปกติ รายละเอียด Table 2.

Table 2. Descriptive statistics of daily respiratory syncytial virus (RSV) cases (cases/day) and daily rainfall (mm)

	RSV cases (daily)	Daily rainfall (millimeters)			
		Lag 0	Lag 1	Lag 2	Lag 3
Number of days	93	93	93	93	93
Mean	2.12	13.40	13.30	13.20	13.10
Standard deviation	4.09	13.00	13.00	13.10	13.10
Variance	16.70	170.00	170.00	172.00	173.00
Minimum	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maximum	27.00	62.30	62.30	62.30	62.30
Shapiro-Wilk W	0.56	0.85	0.85	0.85	0.85
Shapiro-Wilk p-value	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้น (linear correlation) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ระหว่างจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีรายวันกับปริมาณฝนรายวัน lag 0 – lag 3 พบว่า ผลกระทบจากปริมาณฝนรายวันในวันที่ฝนตก (lag 0) และหลังฝนตก 3 วัน (lag 3) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.32, p = 0.002$ และ $r = 0.29, p = 0.004$ ตามลำดับ) ในขณะที่หลังฝนตก 1-2 วัน (lag1 และ lag2) มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.16, p = 0.136$ และ $r = 0.14, p = 0.178$ ตามลำดับ) จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่าปริมาณฝนที่ตกในวันเดียวกัน (lag 0) และปริมาณฝนในวันถัดมาก่อนหน้า 3 วัน (lag 3) เป็นช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด Table 3.

Table 3. Spearman's rank correlation coefficients between daily RSV cases and daily rainfall in Pathum Thani Province

Daily rainfall (millimeters)	Number of daily RSV cases	
	Spearman's correlation coefficient (r)	Strength of correlation
Lag0	0.32	Weak
Lag1	0.16	No correlation
Lag2	0.14	No correlation
Lag3	0.29	Weak

3. เมื่อพิจารณาค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบแบบจำลองที่อาศัยปริมาณฝนรายวันในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่าแบบจำลองที่ใช้ข้อมูลปริมาณฝนในวันที่ฝนตก (lag 0) และหลังฝนตก 3 วัน (lag 3) มีความเหมาะสมของแบบจำลองในภาพรวมใกล้เคียงกัน และให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าแบบจำลองในช่วงเวลาอื่น โดยสามารถอธิบายความเหมาะสมของแบบจำลองได้จากหลายตัวชี้วัด ดังนี้ (1) เมื่อพิจารณาค่าความสามารถในการอธิบายข้อมูล (goodness of fit) โดยใช้

ค่า Deviance-based R^2 พบว่าแบบจำลอง lag 0 และ lag 3 ให้ค่า R^2 สูงที่สุดเท่ากับ 0.11 ซึ่งบ่งชี้ว่าแบบจำลองทั้งสองสามารถอธิบายความแปรปรวนของจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับแบบจำลองอื่น ทั้งสี่แบบจำลอง (2) การประเมินความเหมาะสมของแบบจำลองโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกโมเดล ได้แก่ Akaike Information Criterion (AIC) และ Bayesian Information Criterion (BIC) พบว่าแบบจำลอง lag 0 และ lag 3 มีค่า AIC (335.79 และ 336.03 ตามลำดับ) และค่า BIC (345.38 และ 345.62 ตามลำดับ) ต่ำที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าแบบจำลองทั้งสองมีความสมดุลที่เหมาะสมระหว่างความสามารถในการอธิบายข้อมูลและความซับซ้อนของแบบจำลอง เมื่อเทียบกับแบบจำลองในช่วงเวลาอื่น (3) ผลการทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองโดยรวมด้วยวิธี Log-likelihood ratio test พบว่าแบบจำลอง lag 0 และ lag 3 มีค่า χ^2 เท่ากับ 10.90 และ 10.60 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากโมเดลว่าง (null model) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 ($p \leq .001$) แสดงให้เห็นว่าแบบจำลองดังกล่าวมีความสามารถในการอธิบายและทำนายจำนวนผู้ป่วยได้ดีกว่าโมเดลที่ไม่มีตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญ และ (4) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระในรูปของอัตราส่วนอุบัติการณ์ (Incidence Rate Ratio: IRR) พบว่าแบบจำลองที่ใช้ข้อมูลปริมาณฝนในวันที่ฝนตก (lag 0) และหลังฝนตก 3 วัน (lag 3) แสดงความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยพบว่าการเพิ่มขึ้นของปริมาณฝนทุก 1 มิลลิเมตร มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้ประมาณร้อยละ 4 ในวันที่ฝนตก ($IRR = 1.040$, 95% CI: 1.02–1.08) และประมาณร้อยละ 5 หลังฝนตก 3 วัน ($IRR = 1.050$, 95% CI: 1.02–1.08) รายละเอียดดัง Table 4.

Table 4. Negative binomial regression models of daily respiratory syncytial virus infection cases (counts) and daily rainfall (millimeters), Pathum Thani Province.

Model Parameters	daily rainfall			
	Lag 0	Lag 1	Lag 2	Lag 3
Deviance-based R^2	0.11	0.04	0.04	0.11
Akaike Information Criterion (AIC)	335.79	342.64	342.68	336.03
Bayesian Information Criterion (BIC)	345.38	352.24	352.27	345.62
deviance	87.22	86.65	86.51	86.93
residual DF	91	91	91	91
chi-squared/DF	1.54	1.38	1.16	1.03
converged	yes	yes	yes	yes
Log-likelihood ratio tests				
χ^2	10.90	3.26	5.03	10.60
df	1	1	1	1
p-value	<.001	0.071	0.025	0.001
intercept				
IRR	1.3	2.01	2.01	1.82
lower	2.58	1.43	1.42	1.30
upper	3.39	2.92	2.92	2.60
z	<.001	3.82	3.82	3.39
p-value	1.3	<.001	<.001	<.001

rainfall

IRR	1.04	1.03	1.03	1.05
lower	1.02	0.998	0.997	1.02
upper	1.08	1.07	1.07	1.08
z	3.41	2.12	2.31	3.63
p-value	<.001	0.034	0.021	<.001

วิจารณ์ (Discussions)

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าปริมาณฝนเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญต่ออุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลกระทบจากปริมาณฝนรายวันในวันก่อน (lag0) และหลังฝนตก 3 วัน (lag3) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ แสดงให้เห็นว่าปริมาณฝนที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มิลลิเมตร จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่คาดการณ์ไว้ประมาณร้อยละ 4 ในวันก่อนฝนตก และประมาณร้อยละ 5 หลังฝนตก 3 วัน ซึ่งผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเขตร้อน ที่พบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีลักษณะเป็นฤดูกาล (seasonality) ชัดเจน และมักเกิดขึ้นสูงสุดในช่วงฤดูฝน¹⁻² เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาจากประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ สิงคโปร์และฟิลิปปินส์พบว่า รูปแบบการแพร่ระบาดมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือพบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในกลุ่มเด็กเพิ่มสูงขึ้นในช่วงฤดูฝนและมีระดับความขึ้นสัมพันธ์เพิ่มขึ้น⁶⁻⁷ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ลักษณะภูมิอากาศของแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน แต่กลไกการระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเขตร้อนมีรูปแบบร่วมที่สำคัญ คือความสัมพันธ์กับความชื้นและปริมาณน้ำฝน

ความสัมพันธ์เชิงบวกที่พบในแบบจำลอง lag 0 อาจสะท้อนผลกระทบในเชิงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นทันทีในวันที่ฝนตก กล่าวคือ ในวันที่ฝนตก ประชาชนมีแนวโน้มใช้เวลาอยู่ภายในอาคารหรือพื้นที่ที่ปิดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการรวมกลุ่มและเพิ่มโอกาสในการสัมผัสเชื้อในกลุ่มเด็กเล็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางภูมิคุ้มกันสูง นอกจากนี้สภาพอากาศที่มีความชื้นสูงในช่วงฝนตกยังเอื้อต่อการคงอยู่ของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีบนพื้นผิวและละอองฝอยในอากาศ ส่งผลให้การแพร่กระจายของเชื้อเกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับหลักฐานจากการศึกษาก่อนหน้าที่ระบุว่าปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยา โดยเฉพาะความชื้นและปริมาณฝน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก⁶ ขณะเดียวกัน ความเหมาะสมของแบบจำลอง lag 3 สนับสนุนสมมติฐานทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับผลกระทบที่ล่าช้า (lag effect) ของปริมาณฝนต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ซึ่งภายหลังจากที่เด็กได้รับเชื้อแล้ว จะเข้าสู่ระยะฟักตัว (incubation period) รวมถึงช่วงเวลาที่ยุ่ป่วยเริ่มแสดงอาการและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยหลังฝนตก 3 วัน³ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาจากประเทศเขตร้อนที่พบรูปแบบการระบาดของอาร์เอสวีเพิ่มสูงขึ้นภายหลังช่วงฝนตก^{2,7} ดังนั้นผลการตรวจพบจากแบบจำลองเชิงสถิติของการศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับกลไกการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและธรรมชาติของโรค ทั้งในด้านพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงและชีววิทยาของเชื้อไวรัสเอง การทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้จึงมีประโยชน์ต่อการวางแผนมาตรการควบคุมโรคเชิงรุก เช่น การเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังฝนตก การแจ้งเตือนสถานศึกษาให้เพิ่มมาตรการสุขอนามัยภายใน 3 วันหลังมีฝนตกหนัก และการจัดเตรียมทรัพยากรทางการแพทย์ให้พร้อมรองรับภาระโรคที่อาจเพิ่มขึ้น

การใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบทวินามลบ (negative binomial regression) สำหรับการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับลักษณะข้อมูลนับที่มีการกระจายแบบเบ้ขวาและมีความแปรปรวนสูงกว่าค่าเฉลี่ย (overdispersion) ซึ่งเป็น

ลักษณะที่พบได้บ่อยในข้อมูลด้านสาธารณสุขและระบาดวิทยา การวิเคราะห์เช่นนี้จึงเหมาะสมกว่าแบบจำลองปัวซองธรรมดาในการประมาณค่าพารามิเตอร์และคลาดเคลื่อนมาตรฐานอย่างถูกต้อง เนื่องจากโมเดลทวินามลบเพิ่มพารามิเตอร์สำหรับการจัดการความแปรปรวนส่วนเกิน ทำให้ผลลัพธ์มีความเชื่อถือได้มากขึ้นในบริบทการวิเคราะห์ข้อมูลนับเชิงระบาดวิทยา¹⁷ ผลลัพธ์จากแบบจำลองถูกนำเสนอในรูปของ อัตราส่วนอุบัติการณ์ (IRR) ซึ่งเป็นมาตรฐานในงานวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนเหตุการณ์ทางสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวกและนำไปใช้งานจริง จากการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝนและจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปริมาณฝนที่เพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตรมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่หนึ่งงาล้าช้า 2 วัน ประมาณร้อยละ 4 ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการตอบสนองเชิงชีววิทยาและพฤติกรรมภายหลังการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยสิ่งแวดล้อม⁶ การอธิบายผลดังกล่าวสามารถสนับสนุนการใช้แบบจำลองนี้ในบริบทของการเฝ้าระวังเชิงพยากรณ์และการวางแผนระบบสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยการศึกษา IRR ทำให้ผลลัพธ์มีความชัดเจนและสามารถช่วยเสนอแนวทางในการจัดเตรียมมาตรการตอบโต้เชิงป้องกัน และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อรับมือกับช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อยุติ (Conclusions)

ผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ปริมาณฝนเป็นหนึ่งในปัจจัยในการพยากรณ์อุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดปทุมธานี ผลกระทบจากปริมาณฝนในวันที่ฝนตกและหลังฝนตก 3 วัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี โดยทุก ๆ ปริมาณฝนที่เพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร จะส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่คาดการณ์ไว้ประมาณร้อยละ 4 ในวันที่ฝนตก (IRR = 1.040, 95%CI: 1.02-1.08) และประมาณร้อยละ 5 หลังฝนตก 3 วัน (IRR = 1.050, 95%CI: 1.02-1.08)

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสาธารณสุข: ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาระบบเตือนภัยล่วงหน้า (Early warning system) หรือพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงพยากรณ์ (Predictive surveillance) สำหรับการเฝ้าระวังการระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในพื้นที่เขตร้อน โดยเฉพาะในจังหวัดหรือประเทศที่มีฝนตกตามฤดูกาลอย่างชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หรือสถานพยาบาล สามารถนำสารสนเทศที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ไปใช้สำหรับคาดการณ์แนวโน้มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่จะเพิ่มสูงขึ้นในวันที่ฝนตกหนักและหลังฝนตกอีก 3 วัน เพื่อแจ้งเตือนประชาชนให้ระมัดระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลได้อย่างทันท่วงที เช่น การจัดเตรียมเตียงหรือเครื่องช่วยหายใจให้เพียงพอ การเน้นย้ำการแพร่ระบาดของโรคโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็ก ตลอดจนการให้วัคซีนเพื่อป้องกันสำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีก่อนช่วงฤดูฝน

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ข้อมูลอนุกรมเวลาในระยะยาวขึ้น (หลายปี) และผนวกรวมตัวแปรทางอุตุนิยมวิทยาอื่นๆ หรือตัวแปรด้านพฤติกรรมของบุคคลหรือความหนาแน่นของประชากรเข้าไปในแบบจำลอง เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการพยากรณ์และทำความเข้าใจกลไกการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเพื่อเพิ่มให้การพยากรณ์โรคมีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น

สถานะองค์ความรู้ (Body of Knowledge)

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในประเทศเขตร้อนมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับปัจจัยด้านปริมาณฝน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการคงอยู่และการแพร่เชื้อของไวรัสอาร์เอสวีในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในพื้นที่เขตร้อน โดยความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณฝนและจำนวนผู้ป่วยมีลักษณะทั้งในเชิงผลกระทบฉับพลันและผลกระทบที่ล่าช้า หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าช่วงฤดูฝนเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยอาร์เอสวีเพิ่มสูงที่สุด และมีลักษณะการแพร่ระบาดที่เป็นฤดูกาล (seasonal pattern) โดยปริมาณฝนสามารถเป็นตัวบ่งชี้เชิงเวลา (temporal indicator) สำหรับการเฝ้าระวังและพยากรณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะล่าช้า จากข้อค้นพบทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังเชิงพยากรณ์หลังฝนตก การแจ้งเตือนสถานศึกษา และการเตรียมความพร้อมระบบบริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากภาวะโรคอาร์เอสวีในพื้นที่เขตร้อนอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย (Research Limitations)

การศึกษานี้มีระยะเวลาเก็บข้อมูลมีเพียง 93 วัน ซึ่งครอบคลุมฤดูฝนเพียงช่วงเดียว ทำให้ไม่สามารถสะท้อนรูปแบบการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาลหรือความแปรปรวนระยะยาวของการระบาดได้อย่างครบถ้วน การศึกษาในช่วงเวลาที่ยาวขึ้นและครอบคลุมหลายปีจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์ที่พบได้มากขึ้น ประกอบกับข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิซึ่งขึ้นอยู่กับระบบเฝ้าระวังและการรายงานโรค อาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความแม่นยำของข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจริง อีกทั้งการศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยด้านปริมาณฝน โดยยังไม่ได้รวมปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยาอื่น ๆ เช่น อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ รวมถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมประชากรและความหนาแน่นของประชากร ซึ่งอาจมีบทบาทต่อการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสอาร์เอสวี นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาในระดับเชิงนิเวศ (ecological study) โดยใช้ข้อมูลรวมในระดับพื้นที่และช่วงเวลา ความสัมพันธ์ที่พบจึงไม่สามารถสรุปเชิงเหตุและผลในระดับรายบุคคลได้โดยตรง และควรตีความผลลัพธ์ในลักษณะของสมมติฐานเชิงระบาดวิทยาที่สะท้อนแนวโน้มในระดับประชากร อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงบ่งชี้เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังและการเตรียมมาตรการควบคุมโรคในช่วงฤดูฝนได้ โดยเฉพาะในด้านการเตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพและการจัดการความเสี่ยงในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ การศึกษาต่อไปควรใช้การออกแบบการวิจัยที่ครอบคลุมหลายพื้นที่ หลายฤดูกาล และรวมปัจจัยกำหนดโรคในหลายระดับเพื่อยืนยันและขยายผลการศึกษาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เตือนโรคไขหวัดใหญ่ และโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) ยังมีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงฤดูฝน [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [อ้างเมื่อ 21 กันยายน 2568]. จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=55691&news_views=1558
2. Obando-Pacheco P, Justicia-Grande AJ, Rivero-Calle I, Rodríguez-Tenreiro C, Sly P, Ramilo O, et al. Respiratory syncytial virus seasonality: a global overview. *J Infect Dis*. 2018; 217(9): 1356–64. DOI: 10.1093/infdis/jiy056
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus: RSV) ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2567 [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [อ้างเมื่อ 30 สิงหาคม 2568]. จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/_Situation%20RSV%202024.pdf
4. The Lancet Global Health. Global epidemiology of RSV and climate factors. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 8]. Available from: <https://www.thelancet.com/>

5. Uttajug A, Ueda K, Seposo X, Francis JM. Association between extreme rainfall and acute respiratory infection among children under 5 years in sub-Saharan Africa: an analysis of Demographic and Health Survey data, 2006–2020. *BMJ Open*. 2023; 13(4): e071874. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-071874
6. Lee MH, Mailepessov D, Yahya K, Loo LH, Maiwald M, Aik J. Air quality, meteorological variability and pediatric respiratory syncytial virus infections in Singapore. *Sci Rep*. 2023; 13(1): 1001. DOI: 10.1038/s41598-022-26184-0
7. Fall A, Dia N, Cisse EHAK, Kiori DE, Sarr FD, Sy S, et al. Epidemiology and molecular characterization of human respiratory syncytial virus in Senegal after four consecutive years of surveillance, 2012–2015. *PLoS One*. 2016; 11(6): e0157163. DOI: 10.1371/journal.pone.0157163
8. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus, RSV) ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2567 [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [อ้างเมื่อ 8 มกราคม 2568].
จาก:
<https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B9%89%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%95%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%20RSV%201.10.2024.pdf>
9. Bhaskaran K, Gasparrini A, Hajat S, Smeeth L, Armstrong B. Time series regression studies in environmental epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2013; 42(4): 1187–95. DOI: 10.1093/ije/dyt092
10. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ: รายงานสถานการณ์โรครายวัน (สำหรับประชาชน): 10 โรคติดต่อที่คนไทยป่วยมากที่สุด (จังหวัดปทุมธานี อายุ 0–4 ปี วันที่ 30 มิถุนายน–30 กันยายน 2568) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2568]. จาก:
https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/_Daily_17491057082280/sheet16
11. สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน). Daily rainfall data [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2568]
จาก: <https://data.hii.or.th/dataset/hii-rainfall>
12. NASA POWER Project. The POWER Project: daily precipitation for Pathum Thani, Thailand (June 27–September 30, 2025) [dataset]. NASA Langley Research Center; 2026 [cited 2025 Dec 28]. Available from: <https://power.larc.nasa.gov/data-access-viewer/>
13. มหาวิทยาลัยมหิดล. ประกาศแนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565 [อ้างเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. จาก:
<https://sp.mahidol.ac.th/th/LAW/policy/2565-MU-Non-Human.pdf>
14. Lindén A, Mäntyniemi S. Using the negative binomial distribution to model overdispersion in ecological count data. *Ecology*. 2011; 92(7): 1414–21. DOI: 10.1890/10-1831.1
15. The jamovi project. jamovi (Version 2.6) [computer software]. 2024. Available from: <https://www.jamovi.org>
16. Gallucci M. GAMLj: General analyses for linear models [jamovi module]. 2019. Available from: <https://gamlj.github.io/>
17. Cameron AC, Trivedi PK. *Regression analysis of count data*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม
ต่อพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติ
จากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง**

**The Effects of Self-Efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program on Alcohol
Drinking Behaviors and Alcohol-Related Problems among Patients with
Alcohol-Use Disorders at Thoen Hospital, Lampang Province.**

น้ำทิพย์ ปินตาปลุก*, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ**

Namthip Pintaplook*, Sriprapai Inchai-thep**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์มักมีพฤติกรรมการดื่มซ้ำและควบคุมตนเองได้ยาก การใช้กลยุทธ์ในการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและความมั่นใจ จะช่วยลดโอกาสการกลับไปดื่มซ้ำ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มที่ใช้โปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คัดเลือกแบบเจาะจงกลุ่มละ 17 ราย รวมทั้งสิ้น 34 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม 2) แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และ 3) ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Mann Whitney U test และ Wilcoxon Sign-Rank Test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่ม และคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (3.03), 18.29 (3.40), 4.76 (3.67), และ 20.12 (4.27) ตามลำดับ ในขณะที่หลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 (3.03), 21.94 (3.51), 4.76 (3.67) และ 29.88 (3.28) ตามลำดับ

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ช่วยลดพฤติกรรมการดื่มและ ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้ พยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ ไปใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยวิธีอื่น เพื่อลดโอกาสการกลับไปดื่มซ้ำ

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์, ความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

* กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Psychiatric and Substance Abuse Unit , Thoen Hospital, Lampang Province.

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

Corresponding author: Sriprapai Inchai-thep, Email: inchai-thep@gmail.com

Received 08/12/2025

Revised 05/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Background: Patients with alcohol-use disorders often have recurrent drinking refusal and difficulty controlling themselves. Finding strategies to promote motivation, enhance self-efficacy and confidence can help reduce relapse.

Objective: To compare the effects of a self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behavior and alcohol related problems among patients with alcohol-use disorders between the control group and experimental group, and to compare before and after using the program

Material and Methods: A quasi-experimental study with two-groups pre- posttest design. The participants consisted of 34 patients with alcohol-related disorders who received outpatient treatment. They were purposively selected, 17 patients in each group. The research instruments consisted of 1) a self-efficacy enhancement for drinking refusal program, 2) an alcohol use disorder identification test (AUDIT test) and 3) the timeline follow-back calendar. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Sign-Rank test, and the Mann-Whitney U test.

Results: The mean scores of alcohol drinking behavior and alcohol related problems scores in the experimental group were significantly lower than the control group ($p < 0.001$), with means of 3.94 (3.03), 18.29 (3.40), 4.76(3.67), and 20.12(4.27), respectively. Meanwhile, after using the self-efficacy enhancement program, the mean scores of alcohol drinking behavior and alcohol related problems scores were significantly lower than before using the program ($p < 0.001$), with means of 3.94 (3.03), 21.94 (3.51), 4.76(3.67), and 29.88(3.28), respectively.

Conclusion: A self-efficacy enhancement for drinking refusal program can reduce drinking behavior and alcohol related problems. Nurses should use this program in conjunction with other therapies to reduce the likelihood of relapse.

Keywords: a self-efficacy enhancement program, alcohol drinking behavior, alcohol related problems, alcohol-related disorders

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ก่อให้เกิดภาวะโรคและความสูญเสียทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าการใช้แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และมีส่วนเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคตับแข็ง มะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนปัญหาทางจิตสังคม เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุ และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ และมีการรายงานข้อมูลว่าประชากรทั่วโลกดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3,100 ล้านคน ในขณะที่ข้อมูลในประเทศไทยพบว่ามีผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากถึง 15.96 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป² แสดงให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นภาวะปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับชาติของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2566 ที่พบว่า ประชากรไทยประมาณ 6.72 ล้านคนจัดเป็นผู้ที่มีแบบแผนการดื่มที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเองหรือผู้อื่นและการทำหน้าที่ในสังคม (harmful use of alcohol) และพบว่า มีแนวโน้มการดื่มหนักเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งนำไปสู่จำนวนผู้มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder: AUD) ที่ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ³

แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กระบบประสาทส่วนกลางเมื่อใช้ไปนานๆ จะเกิดการเสพติดทำให้ต้องดื่มเป็นประจำและเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders: AUD) หรือเกิดโรคทางจิตเวชจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorders) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่รวมปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจไว้หลายระดับ ผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มักมีพฤติกรรมดื่มอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่ม มีอาการอยากดื่มรุนแรง และอาจเกิดการดื่มซ้ำหลังการบำบัด ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดการใช้ความรุนแรงกับคนในครอบครัว ปัญหาค่าใช้จ่าย รวมไปถึงปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม⁴ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มและการกลับไปดื่มซ้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล เช่น การเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม บุคลิกภาพอ่อนแอ ไม่กล้าแสดงออก การขาดทักษะการเผชิญปัญหา และทักษะปฏิเสธการดื่ม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการหลีกเลี่ยงการดื่มสุราต่ำ มีความเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือหยุดดื่มสุราได้⁵ ส่วนปัจจัยภายนอกประกอบด้วยสัมพันธภาพกับคนในครอบครัว ชีวิตสมรส คนใกล้ชิด การมีสุราในบ้าน และการเข้าสังคมกับเพื่อน ร่วมกับเมื่อมีความตั้งใจในการหยุดดื่มในระดับต่ำก็จะนำไปสู่การกระตุ้นให้เกิดการดื่มซ้ำได้ง่าย⁶ การกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางชีวการแพทย์หรือการถอนพิษเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ จำเป็นต้องให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย⁷

ปัจจุบันการบำบัดผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย มีแนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยคณะกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁸ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การรักษาภาวะถอนพิษ การฟื้นฟูเชิงจิตสังคม และการดูแลเชิงรุกในชุมชน และมีการใช้อย่างแพร่หลายในสถานบริการทุกระดับ สำหรับการดำเนินงานของโรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปางซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและและยาเสพติด ตั้งแต่ปี 2563 มีผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ปี 2565 - 2567 จำนวน 209, 228 และ 198 รายตามลำดับ และแบบผู้ป่วยใน จำนวน 107, 117, และ 85 รายตามลำดับ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าหลังได้รับการบำบัดรักษาครบทุกขั้นตอน ยังพบว่ามีผู้ป่วยที่กลับมาปรึกษาซ้ำ ขาดนัด ไม่ยินยอมเข้ารับการรักษา มีพฤติกรรมกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำและมักมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางกาย เช่น อุบัติเหตุ การทำร้ายตนเอง ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และชุมชน เป็นต้น⁹ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าการรักษาทางกายภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ และจำเป็นต้องเสริมการฟื้นฟูเชิงจิตสังคม โดยเฉพาะการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ซึ่งปัจจัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ

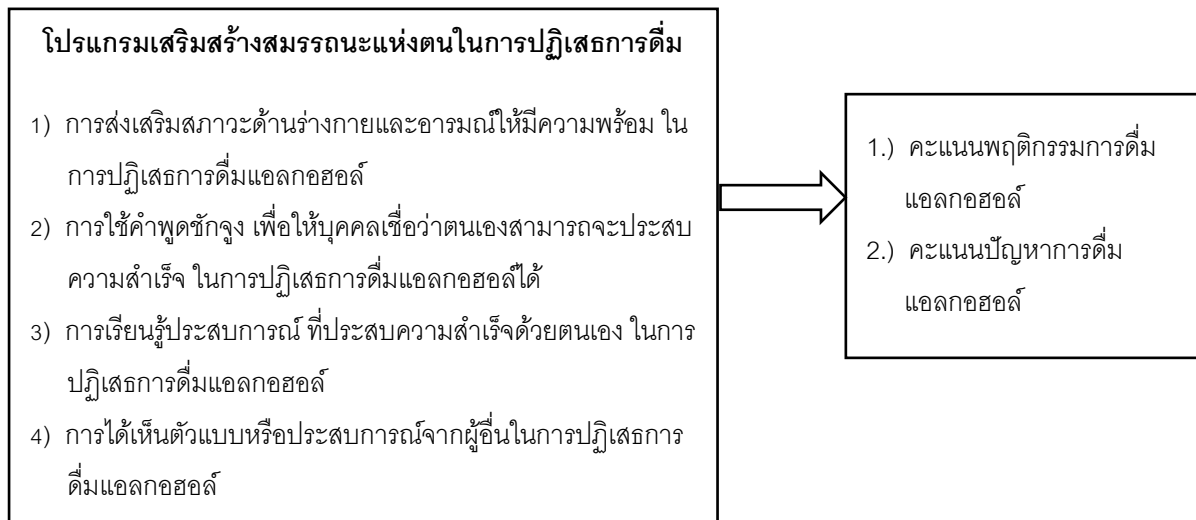
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยหากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลนั้นก็จะพยายามปฏิบัติจนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ จะทำให้พฤติกรรมการดื่มมีแนวโน้มลดการดื่ม ควบคุมตนเองได้ดี และมีอัตราการกลับไปดื่มซ้ำลดลง^{11,6} นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้นหลังการรักษาสามารถพยากรณ์ผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ ระยะเวลาไปดื่มครั้งแรกที่ยาวขึ้น จำนวนวันที่ไม่ดื่มมากขึ้น และอัตราการกลับไปดื่มซ้ำที่ต่ำกว่า⁸ ดังนั้น การนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มมาใช้สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ จึงมีความจำเป็น เพื่อให้สามารถลดพฤติกรรมการดื่มและลดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดื่ม ผลการวิจัยคาดว่า จะช่วยเสริมคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและยาเสพติด ให้เกิดการดูแลครอบคลุมทั้งด้านชีวภาพ จิตใจและสังคม สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มซ้ำ อีกทั้งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากแอลกอฮอล์แบบผู้ป่วยนอก เพิ่มประสิทธิผลการรักษา ลดอัตราการกลับมาดื่มซ้ำ และลดภาวะปัญหาที่เกิดขึ้นต่อครอบครัวและชุมชนได้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา¹⁰ (Bandura¹⁰, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลสามารถเสริมสร้างได้จาก 4 แหล่งข้อมูล คือ 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งแผนกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ปรับปรุงจาก โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ของ พิมพาภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา และพูลทรัพย์ วงศ์วรรณ⁶ ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการบำบัดรายบุคคล 6 กิจกรรมได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การจัดการอารมณ์และความเครียด 3) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ 4) การเรียนรู้จากต้นแบบกรณีศึกษา 5) สรุปและสร้างพันธะสัญญาในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การติดตามผลหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ ซึ่งผลจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม ลดความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากแอลกอฮอล์ และเลิกดื่มได้อย่างถาวรในที่สุด โดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ ดังนี้



ภาพที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2568 ถึง 30 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ จากการดื่มแอลกอฮอล์ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเถิน จำนวน 198 ราย⁹

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเถิน คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนด Effect size เท่ากับ 1.22 อ้างอิงจากวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่⁶ กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 14 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (AWS)⁸ ได้ 0 คะแนน
2. มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา¹² (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในช่วง 8 คะแนนขึ้นไป
3. มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. มีความสมัครใจในการร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีโรคร่วมทางจิตเวช หรือมีโรคร่วมทางกายที่อยู่ในระยะวิกฤติ หรือมีอาการทางจิตกำเริบ
2. มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโปรแกรม การบำบัดการดื่มแอลกอฮอล์ในโครงการหรือวิจัยอื่นที่ไม่ใช่การบำบัดรักษาตามวิธีปกติในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธรการดื่ม ปรับปรุงจากโปรแกรมของ พิมพาภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา และพูลทรัพย์ วงศ์วรรณ⁶ โดยแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยการบำบัดรายบุคคล ตามแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura)¹⁰ 4 แหล่งข้อมูล คือ 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม 2) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยนำหลักการดังกล่าวมาออกแบบเป็นกิจกรรม 6 กิจกรรมได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) การจัดการอารมณ์และความเครียด 3) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ 4) การเรียนรู้จากต้นแบบกรณีศึกษา 5) สรุปและสร้างพันธะสัญญาในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และ 6) การติดตามผลหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ เป็นเวลาที่ใช้ในโปรแกรมทั้งสิ้น 400 นาที

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษาจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และจำนวนปีที่ ดื่มแอลกอฮอล์

2.2 แบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST : AUDIT) WHO แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์¹² เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน แปลผลคะแนน เป็น 4 ระดับ คือ 0-7 คะแนน คือผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8-15 คะแนน คือผู้ดื่มแบบเสี่ยง 16-19 คะแนน คือผู้ดื่มแบบอันตราย และ มากกว่า 20 คะแนนคือ ผู้ดื่มแบบติด

2.3 ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back: TLFB) ที่พัฒนาโดย Linda C. Sobell & Mark B. Sobell¹³ แปลเป็นภาษาไทยโดย Srikosai¹⁴ เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ ปริมาณการดื่ม และจำนวนวันของการดื่มแอลกอฮอล์โดยคิดเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ย้อนหลังไปในจำนวนวันที่ต้องการประเมิน เช่น 14 วัน 30 วัน โดยประเมินวันดื่มหนักตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เพศชายดื่ม ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม ≥ 4 ดื่มมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธรการดื่ม และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลจิตเวช (APN) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความ เชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกัน (matched pair) ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ และระดับการศึกษา เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน

2. เข้าพบกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้ข้อมูลการวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ขอความยินยอม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของกิจกรรมตามโปรแกรมและการตอบแบบสอบถาม

3. ดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ซึ่งทั้งสองกลุ่มจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มใด โดยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองก่อนโดยระยะเวลาห่างจากกลุ่มควบคุม 1 เดือน

3.1 กลุ่มควบคุม มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์
- 2) ให้การบำบัดตามมาตรฐานการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วยจิตสังคมบำบัดตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกับการรักษาด้วยยาได้แก่การให้คำปรึกษาเรื่องแอลกอฮอล์ (alcohol counseling) การให้สุขภาพจิตศึกษา (health education) การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก
- 3) เมื่อครบช่วงเวลาการวิจัย 6 สัปดาห์ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์

3.2 กลุ่มทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- 1) เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์
- 2) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้ง ละ 60-90 นาที ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม

ครั้งที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
1	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ ซึ่งเป็นกิจกรรมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	รายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที
2	กิจกรรมที่ 2 การจัดการอารมณ์และความเครียด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ฝึกการรู้เท่าทันอารมณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการความเครียด	รายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที
3	กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ประเมิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ การแก้ไขปัญหา และการใช้ทักษะในการปฏิเสธการดื่มด้วยตนเอง โดยใช้คำพูดชักจูง ชื่นชม เสริมพลัง ให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน	รายกลุ่ม 3-5 คน ใช้ระยะเวลา 90 นาที
4	กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้อื่น ผ่านตัวแบบที่เป็นบุคคล ที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจุบันสามารถเลิกดื่มได้อย่างถาวร มาร่วมเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วย ร่วมกับ	รายกลุ่ม 3-5 คน

	ใช้คลิป VDO คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน ของ สสส. อันเป็นตัวแทนสัญลักษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นในการไม่ดื่มแอลกอฮอล์	ใช้ระยะเวลา 90 นาที
5	กิจกรรมที่ 5 สรุปและสร้างพันธะสัญญา ในการหลีกเลี่ยงการดื่ม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ และสร้างพันธะสัญญากับตนเอง ที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่อง โดยใช้คำพูดชักจูง ชื่นชม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและมีกำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนพฤติกรรมและสถานการณ์ที่หลีกเลี่ยงการกลับไปดื่มสุรา	รายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที
6	กิจกรรมที่ 6 การติดตามหลังจบโปรแกรม 2 สัปดาห์ เป็นการประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์หลังเข้าร่วมโปรแกรม และส่งเสริมความเชื่อมั่น ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยการให้คำพูดชักจูง เพื่อให้ บุคคลเชื่อว่าตนเอง สามารถจะประสบความสำเร็จ ในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเองต้องการได้ โดยลักษณะคำพูดที่ใช้ ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การแนะนำ การสอนตนเอง การชักจูงให้คล้อยตาม การแปลความหมาย การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการให้กำลังใจ	รายบุคคล ใช้ระยะเวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann Witney U test
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed- rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2568-041 เลขที่โครงการวิจัย 043/2568 วันที่รับรอง 23 มิถุนายน 2568 ในการทำวิจัยได้ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้รับบริการและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น โดยวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ที่ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง จำนวน 34 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 ราย จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทุกด้านไม่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็น เพศชายร้อยละ 94.12 อายุของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ส่วน

ใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.29 และ 41.17 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.17 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 47.06 และ 52.94 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 70.59 และ 64.71 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนครั้งของการเข้ามารักษา 2-3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 58.82 และ 52.94 ตามลำดับ และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 35.29 ร้อยละเฉลี่ยแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (n=34)

Characteristics	Experimental group		Control group		Fisher's exact	p- value
	(n=17)		(n=17)			
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage		
Gender						
Male	16	94.12	16	94.12	0.00	1.000
Female	1	5.88	1	5.88		
Age						
< 30 yr	4	23.53	4	23.53	4.12	0.642
30-40 yr	3	17.65	4	23.53		
41-50 yr	7	41.17	6	35.29		
> 50 yr	3	17.65	3	17.65		
Education						
Primary school	3	17.65	3	17.65	0.00	1.000
Lower secondary school	7	41.17	7	41.17		
Upper secondary school	3	17.65	3	17.65		
Vocational/Diploma	3	17.65	3	17.65		
Bachelor's Degree/Higher	1	5.88	1	5.88		
Status						
Single	9	52.9	8	47.06	3.95	0.771
Married	7	41.17	8	47.06		
Divorced/Separated	1	5.88	1	5.88		
Occupation						
Agriculture	4	23.53	3	17.65	5.18	0.662
General Labor	11	64.71	12	70.59		
Business/Private Sector	2	11.76	2	11.76		
Number of Treatment						
First time	5	29.41	4	23.53	4.47	0.652
2-3 times	9	52.94	10	58.82		
More than 3 times	3	17.65	3	17.65		

Characteristics	Experimental group		Control group		Fisher's exact	p- value
	(n=17)		(n=17)			
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage		
Duration of Alcohol Consumption (Years)						
1-5 yr	1	5.88	1	5.88	2.28	0.575
6-10 yr	3	17.65	2	11.77		
11-15 yr	3	17.65	4	23.53		
16-20 yr	4	23.53	4	23.53		
More than 20 yr	6	35.29	6	35.29		

2.ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ในระยะหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองเท่ากับ 21.94 ($SD=3.51$) และ 3.94 ($SD=3.03$) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 29.88 ($SD=3.28$) และ 4.76 ($SD=3.67$) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองเท่ากับ 21.82 ($SD=3.46$) และ 18.29 ($SD=3.40$) ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์หลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 29.41 ($SD=3.66$) และ 20.12 ($SD=4.27$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

Variable	Experimental group		Control group	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Alcohol drinking behavior				
Before experiment	21.94	3.51	21.82	3.46
After experiment	3.94	3.03	18.29	3.40
Alcohol-related problems				
Before experiment	29.88	3.28	29.41	3.66
After experiment	4.76	3.67	20.12	4.27

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดื่ม และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test แสดงให้เห็นว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($U = 5.005, p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการ

ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($U = 5.002, p < 0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของ คะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

Variable	Experimental group		Control group		U	p-value
	Mean	Sum	Mean	Sum		
	rank	of rank	rank	of rank		
Alcohol drinking behavior						
Before experiment	17.82	303.00	17.18	292.00	0.193	0.865
After experiment	9.00	153.00	26.00	442.00	5.005	< 0.001*
Alcohol-related problems						
Before experiment	18.00	306.00	17.00	289.00	0.298	0.786
After experiment	9.00	153.00	26.00	442.00	5.002	< 0.001*

*p-value < 0.05

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม

ผลการทดสอบความแตกต่างของ คะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($Z = 3.425, p < 0.001$ และ $Z = 3.628, p < 0.001$ ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($Z = 3.635, p < 0.001$ และ $Z = 3.631, p < 0.001$) ตามลำดับ รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างของ คะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

Variable	Before experiment		After experiment		Z	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
Alcohol drinking behavior						
Control group	21.82	3.46	18.29	3.40	3.425	< 0.001*
Experimental group	21.94	3.51	3.94	3.03	3.628	< 0.001*
Alcohol-related problems						
Control group	29.41	3.66	20.12	4.27	3.635	< 0.001*
Experimental group	29.88	3.28	4.76	3.67	3.631	< 0.001*

*p-value < 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มหลังได้รับโปรแกรมลดลง เมื่อเทียบกับก่อนทดลอง (Mean = 3.94, SD = 3.03 และ Mean = 21.94, SD = 3.51 ตามลำดับ) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ใช้กรอบแนวคิดของ Bandura¹⁰ ที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) ในผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมพฤติกรรม ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิเสธการดื่มเมื่ออยู่ในสถานการณ์เสี่ยงได้ โดยกิจกรรมของโปรแกรมที่ครอบคลุมแนวคิดหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูง เพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จ ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ในการปฏิเสธการดื่มและมืองค์ประกอบเชิงรุกต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การฝึกทักษะปฏิเสธ การจำลองสถานการณ์เสี่ยง และการสะท้อนคิด จึงส่งผลให้กลุ่มที่ใช้โปรแกรมมีพฤติกรรมการดื่ม และปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Baldwin et al.¹⁵ ที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะเชิงพฤติกรรมช่วยลดการกลับไปดื่มซ้ำได้ดี และวิจัยของ Lee et al.¹⁶ ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรมฝึกปฏิเสธการดื่มและการฝึกทักษะเผชิญสถานการณ์เสี่ยง สามารถลดพฤติกรรมการดื่มซ้ำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนว่าการเพิ่มความมั่นใจในการควบคุมตนเองช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ และวิจัยของ พิมพาภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา และพูลทรัพย์ วงศ์วรรณ⁶ ที่พบว่าผู้ที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ที่ผ่านการโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่ม สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ได้มากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาจากการดื่ม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนลดลง ที่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยกิจกรรม สำคัญที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การฝึกปฏิเสธการดื่ม การจำลองสถานการณ์เสี่ยง การฝึกทักษะเผชิญปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวก ทำให้ผู้เข้าร่วมมั่นใจในการควบคุมตนเองมากขึ้นและสามารถปฏิเสธการดื่มได้แม้เผชิญแรงกดดันทางสังคมหรืออารมณ์ลบ ส่งผลให้พฤติกรรมการดื่มลดลงอย่างชัดเจน¹⁰ และเมื่อพิจารณาจากคะแนนปัญหาการดื่มที่พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ที่เสนอว่าการที่ผู้ที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ เมื่อได้รับการส่งเสริมสมรรถนะให้สูงขึ้นทำให้ ลดโอกาสเกิดสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัญหา มีทักษะควบคุมอารมณ์และความอยาก หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น เพื่อนชวนดื่ม สถานบันเทิง หรือสังคมเสี่ยง และการตัดสินใจดีขึ้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือแรงกดดัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพาภรณ์ แก้วมาและคณะ⁶ เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการ ปฏิเสธการดื่ม ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัญญา เวชชะ และคณะ⁵ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุรา และลดภาวะติดสุราในผู้ที่มีภาวะติดสุราได้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ จุฑาวิมลพร มงคล พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์¹⁶ ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียน

ประณตศึกษาชาย พบว่า หลังการทดลองสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่ม และเพิ่มทักษะการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้

ข้อสรุป (Conclusions)

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผลสูง ในการลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และลดปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์ กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการอารมณ์และความเครียด การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ การเรียนรู้จากต้นแบบ การสรุปและสร้างพันธะสัญญาในการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการติดตามผลหลังจบโปรแกรม กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นในการปฏิเสธการดื่มสุรา ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดื่มและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดให้มีการอบรม ทีมบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ หรือพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ และสนับสนุนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่ม ต่อพฤติกรรมและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ในหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธ การดื่มต่อพฤติกรรมและปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล เป็นทางเลือกเสริมการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ด้านวิชาการ ควรจัดทำเป็นหลักสูตรในการสอนพยาบาลใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ และมีการเผยแพร่ความรู้ให้แก่หน่วยบริการอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางกลางให้ทันสมัย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นแนวทางในการทำวิจัย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์
4. ควรติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรมฯ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2556.
3. สาวิตรี อัสณางค์กรชัย. สถานการณ์ปัจจุบันด้านการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการดื่มสุราในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2568.

4. จำลองลักษณะ ช้างชัย. **ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดสุรา** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
5. ชนัญญา เวชชะ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, ลัดดา แสนสีหา. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และภาวะติดแอลกอฮอล์ในผู้ชายที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2559.
6. พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา, พูลทรัพย์ วงศ์วรรณ. **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์** โรงพยาบาลสวนปรง. เชียงใหม่:วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข 2564; 1(1): 1-14.
7. Maisto SA, Moskal D, Firkey MK, Bergman BG, Borsari B, Hallgren KA, et al. From alcohol and other drug treatment mediator to mechanism to implementation: A systematic review and the cases of self-efficacy, social support, and craving. *Alcohol Clin Exp Res.* 2024; 48(9): 1677–92.
DOI: 10.1111/acer.15411
8. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. **แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนดี้ไซน์; 2561.
9. โรงพยาบาลเถิน. **ฐานข้อมูลผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2565–2567**. ลำปาง: ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเถิน; 2567.
10. Bandura A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman; 1997.
11. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Busher DA. Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcome. *Addict Behav.* 1992; 17(5): 425–37. DOI: 10.1016/0306-4603(92)90003-e
12. บริทรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. **แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรानวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ**. นนทบุรี: ทานตะวันเปเปอร์; 2552.
13. Sobell LC, Sobell MB, Brown J, Leo G. Alcohol Timeline Follow Back (TFLB). In: American Psychiatric Association, editor. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 477–9. DOI: 10.1016/0376-8716(96)01263-X
14. Srikosai S, Thapinta D, Kittirattanapaiboon P, Piyavhatkul N. Effectiveness of an Alcohol Relapse Prevention Program Based on the Satir Model in Alcohol-dependent Women. *CMU J Nat Sci.* 2014; 13(2): 227-39. DOI : 10.12982/CMUJNS.2014.0033

15. Lee IS, Lee M, Kim H, Lee E. Effectiveness of a drinking-reduction program on drinking behavior, stages of change, drinking refusal self-efficacy, and resilience in Koreans with moderate alcohol use disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019; 33(2): 189 – 95. DOI: 10.1016/j.apnu.2018.12.001
16. จุฑาวดี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 2564; 7(2): 84–99.

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรม ของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลตติยภูมิ

PATIENT AND FAMILY SATISFACTION WITH NURSES' ETHICAL BEHAVIORS IN PALLIATIVE CARE WARDS OF A TERTIARY HOSPITAL

ปาริชาติ เพี้ยสุพรรณ*, จุรีรัตน์ รัตน์เพชร*, นิสาสล บุตรสาทร*

สุวัฒนา ชุณหคล้าย*วรรณวิศา ปะเสทะกัง*, วริศรา ลูวีระ**

Parichart Piasupun*, Jureerat ratanaphet*, Nisachon Butsathon*

Suwattana Chunhaklai*, Wanwisa Pasethakung*, Varisara Luvira**

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นจริยธรรมที่ซับซ้อน การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมจริยธรรมจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลระยะท้ายในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินและเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลหลักจำนวน 207 ราย จาก 18 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล จำนวน 20 ข้อ (ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent Samples t-test

ผลการศึกษา: พบว่าความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($x = 4.68$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า มิติภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($x = 4.75$, $SD = 0.49$) ส่วนพฤติกรรมด้านการรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหา และการปลอบโยนให้กำลังใจมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($x = 4.60$ และ 4.61 ตามลำดับ) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวในทุกรายการพฤติกรรม ($p > 0.05$)

สรุป: พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองมีพฤติกรรมด้านจริยธรรมที่ดีเยี่ยมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตามควรมีการเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด การรับฟังเชิงลึก และการสนับสนุนด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมของการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว, พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล, การดูแลแบบประคับประคอง

* ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Division of Nursing, Sirinagarind Hospital. Faculty of Medicine. Khon Kaen university

** สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine. Khonkaen university

Corresponding author: จุรีรัตน์ รัตน์เพชร Email: jurepr@kku.ac.th

Received 15/12/2025

Revised 05/01/2026

Accepted 07/02/2026

ABSTRACT

Background: Palliative care focuses on the relief of suffering and the preservation of human dignity. In this context, nurses frequently encounter complex ethical dilemmas. Assessing the satisfaction of service users regarding nurses' ethical behaviors is a vital indicator for enhancing quality and standards of end-of-life care in tertiary hospitals.

Objective: To assess and compare the satisfaction levels of patients and their families regarding nurses' ethical behaviors in the palliative care wards of a tertiary hospital.

Methods: This cross-sectional survey was conducted among 207 participants, comprising patients and primary family caregivers across 18 wards, selected through systematic random sampling. The research instrument was a 20-item satisfaction questionnaire on nurses' ethical behaviors (Cronbach's alpha coefficient = 0.94). Data were analyzed using descriptive statistics and the comparison between groups was performed using the Independent Samples t-test.

Results: The findings revealed that overall satisfaction with nurses' ethical behaviors was at a very high level (Mean = 4.68, SD = 0.52). Considering each dimension, "Image and Trustworthiness" received the highest mean score (Mean = 4.75, SD = 0.49). Conversely, behaviors related to "active listening/problem-solving" and "providing comfort and encouragement" received the lowest mean scores (Mean = 4.60 and 4.61, respectively). There were no statistically significant differences in satisfaction levels between the patient and family groups across all categories ($p > 0.05$).

Conclusion: Nurses in palliative care wards demonstrated excellent ethical behaviors as perceived by both patients and families. However, continuous development in therapeutic communication, deep listening, and psychosocial support is recommended to further elevate the holistic quality of palliative care.

Keywords: Patient and family satisfaction, Nurses' ethical behaviors, Palliative care

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว¹ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการนำหลักการทางจริยธรรมมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องเผชิญกับประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อน เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติหรือชะลอการรักษา การสื่อสารข่าวร้าย และการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วย^{2,3} พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล โดยเฉพาะในด้านความเอื้ออาทร ความซื่อสัตย์สุจริต การเคารพเอกลัทธิ และการรักษาความลับ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว^{4,5} การศึกษาของ Hamric และ Blackhall⁶ พบว่า พฤติกรรมทางจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความไว้วางใจและความพึงพอใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต ในขณะที่การศึกษาของ Liu⁷ ระบุว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคองต้องเผชิญความท้าทายทางจริยธรรมที่ซับซ้อนกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากเป้าหมายของการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นที่การหายของโรค แต่เป็นการเผชิญกับความตายอย่างมีศักดิ์ศรี ปัญหาสำคัญที่มักพบคือ การสื่อสาร และความกดดันในการตัดสินใจระยะสุดท้าย ซึ่งหากพยาบาลขาดความไวต่อพฤติกรรมจริยธรรม เช่น การไม่รักษาความเป็นส่วนตัวหรือการสื่อสารที่ไม่สะท้อนความเห็นอกเห็นใจ อาจนำไปสู่ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมทั้งต่อผู้ประกอบวิชาชีพและผู้รับบริการ

ในประเทศไทย สภาการพยาบาล⁸ ได้กำหนดมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลที่มีจริยธรรมเป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม แม้จะมีมาตรฐานที่ชัดเจน แต่ในภาคปฏิบัติยังคงพบความย้อนแย้งเชิงจริยธรรม (Ethical dilemmas) ในบริบทวัฒนธรรมไทยอย่างต่อเนื่อง เช่น ความเกรงใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าซักถามสิทธิของตนเอง หรือความเชื่อของครอบครัวไทยที่มักจะปกปิดข่าวร้ายไม่ให้ผู้ป่วยทราบเพื่อถนอมน้ำใจ ซึ่งพยาบาลมักตกอยู่ในภาวะที่ต้องเลือกระหว่างการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยกับการรักษาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในประเทศไทยมีบริบทเฉพาะที่ซับซ้อนกว่าเพียงการปฏิบัติตามมาตรฐานสากลที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยประคับประคองอย่างเป็นรูปธรรม⁹⁻¹¹ การศึกษาของ ปันดดา สุวรรณ และคณะ¹² ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองในระดับสูง แต่ยังไม่มีการประเมินเจาะจงถึงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล เช่น ความละเอียดอ่อนในการสื่อสารข่าวร้าย หรือความยุติธรรมในการจัดสรรทรัพยากรภายใต้ภาระงานที่จำกัด ดังนั้น การศึกษาความพึงพอใจในมิติจริยธรรมจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวชาวไทยโดยตรง จึงมีความสำคัญยิ่งในการเป็นข้อมูลสะท้อนกลับว่าพฤติกรรมของพยาบาลที่ปรากฏออกมานั้น สามารถบูรณาการหลักจริยธรรมสากลเข้ากับค่านิยมและวัฒนธรรมไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ซึ่งจะเป็จุดเริ่มต้นในการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลประคับประคองไทยอย่างแท้จริง

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการให้บริการดูแลแบบประคับประคองใน 18 หอผู้ป่วย และได้ดำเนินการพัฒนาระบบจริยธรรมทางการพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมทางการพยาบาลและกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง¹³⁻¹⁵ แม้จะมีกลไกในการส่งเสริมจริยธรรมอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลจากมุมมองหรือการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงว่าเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในมิติที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การสื่อสาร การให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัว และการสนับสนุนทางจิตใจ^{16,17}

ที่ผ่านมาขาดข้อมูลสะท้อนจากผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยระดับประคองในโรงพยาบาลตติยภูมิของไทย ทำให้องค์กรไม่สามารถระบุจุดแข็งและจุดที่เป็นโอกาสในการพัฒนาได้อย่างเจาะจง^{18,19} การได้รับข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้สามารถพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านจริยธรรมของพยาบาลได้อย่างตรงประเด็นและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลทางการพยาบาล และเสริมสร้างมาตรฐานทางจริยธรรมให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

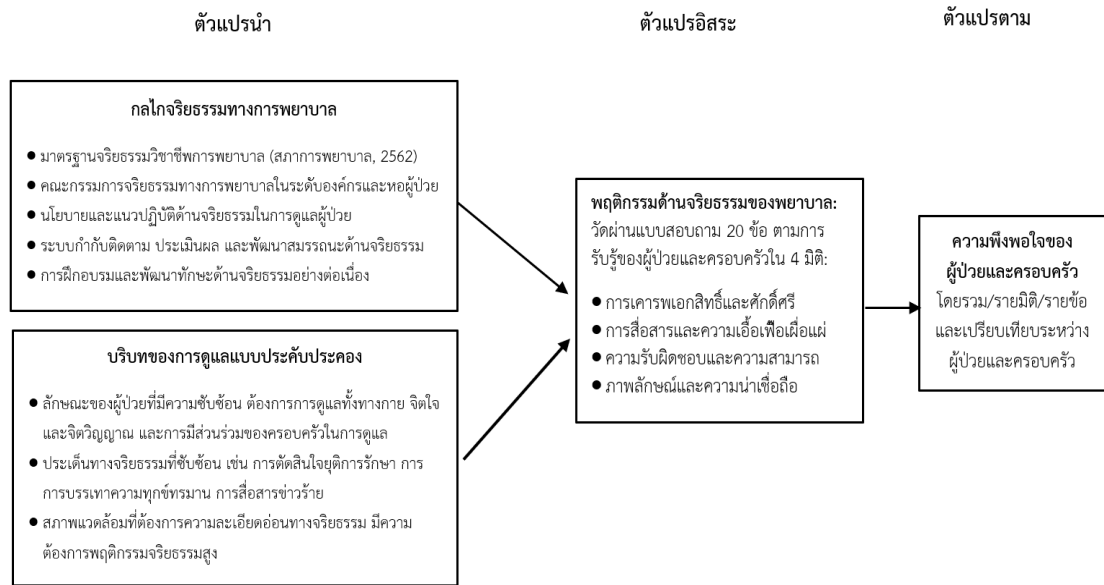
1. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว

คำถามของการศึกษา

1. ระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับใด
2. ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการระหว่าง 1) ทฤษฎีจริยธรรมทางการพยาบาล (Nursing Ethics Framework) ของ Beauchamp และ Childress²⁰ 2) แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ (Quality Palliative Care) ตามองค์การอนามัยโลก¹ และ 3) กรอบมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาลของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2562⁸ เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบริบทองค์กร พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง



กรอบแนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้บริบทและกลไกส่งเสริมจริยธรรมขององค์กร มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลถูกจัดกลุ่มเป็น 4 มิติหลัก ตามหลักการจริยธรรมทางการแพทย์และการพยาบาล²⁰ ได้แก่ 1) การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี 2) การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 3) ความรับผิดชอบและความสามารถ และ 4) ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมทั้ง 20 ข้อที่วัดด้วยแบบสอบถาม ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จะถูกวัดในระดับต่างๆ ทั้งโดยรวม รายมิติ และรายข้อ รวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เห็นภาพที่ครบถ้วนของการรับรู้พฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Survey) เก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง ดำเนินการศึกษาในหอผู้ป่วยในมีบริการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 18 หอผู้ป่วย ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและครอบครัวที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยในทั้งหมด 18 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหรือครอบครัวผู้ดูแลที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในหอผู้ป่วยที่สุ่มได้ จำนวน 11 หอผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และได้รับการดูแลจากพยาบาลในหอผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 3 วัน

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีข้อจำกัดทางสภาพร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ได้แก่ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน มีอาการปวดรุนแรง ระดับ 8-10 หรืออยู่ในภาวะวิกฤต และแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์เกินกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร $n = \frac{Z^2 \times \sigma^2}{E^2}$ โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ, Z = ค่าจากตารางการกระจายตัวแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%, $Z \approx 1.9\sigma$ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (จากการศึกษาเบื้องต้น, $\sigma = 8.39$), E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Acceptable difference = 1.5% ของค่าเฉลี่ย = 0.015×93.69)

คำนวณค่า E (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้) $E = 0.015 \times 93.69 = 1.40535$

คำนวณ n

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 \times (8.39)^2}{(1.40535)^2} \\ n &= \frac{3.8416 \times 70.3921}{1.975} \\ n &= \frac{270.418}{1.975} \\ n &\approx 136.91 \end{aligned}$$

ปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยบวกเพิ่ม 20% เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย

$$n_{\text{adjusted}} = 136.91 \times 1.2 = 164.29 \approx 196 \text{ ราย}$$

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบ 243 รายตามแผน และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ 207 ราย จึงใช้จำนวนนี้ในการวิเคราะห์วิธีการสุ่มตัวอย่าง ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละหอผู้ป่วยที่สุ่มได้ มีวิธีการดังนี้

1. การสุ่มหอผู้ป่วย ใช้วิธี Systematic Random Sampling โดยเรียงลำดับหอผู้ป่วยจากรายชื่อหอผู้ป่วยทั้งหมด 18 หอผู้ป่วยโดยคำนวณช่วงการสุ่ม (k) = $18/11 \approx 1.6$ สุ่มจุดเริ่มต้นระหว่าง 1-2 ได้เลข 2 แล้วเลือกหอผู้ป่วยทุกๆ ลำดับที่ k จนครบ 11 หอผู้ป่วย คือ หอที่ 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17
2. การจัดสรรโควตาตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วย คำนวณสัดส่วนจำนวนเตียงในแต่ละหอผู้ป่วยที่สุ่มได้เทียบกับจำนวนเตียงรวม จัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนข้างต้น เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมบริบทของโรงพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	หอผู้ป่วย (สุมได้)	จำนวนเตียง	ร้อยละ	เป้าหมาย	เก็บได้จริง
				เก็บ (ราย)	
1	หอผู้ป่วย 5ก	25	10.29	25	20
2	หอผู้ป่วย 5ง	25	10.29	25	19
3	หอผู้ป่วย 5ข	24	9.88	24	18
4	หอผู้ป่วยพิเศษ 6ข	23	9.46	23	21
5	หอผู้ป่วยพิเศษ กว.7/1	12	4.94	12	15
6	หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 (MICU1)	8	3.29	8	17
7	หอผู้ป่วย AE3	17	7.00	17	12
8	หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ข	29	11.93	29	25
9	หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4ก	29	11.93	29	23
10	หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ข	23	9.46	23	21
11	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4ค	28	11.53	28	16
รวม	11 หอผู้ป่วย	243	100.0	243	207

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ บทบาทในครอบครัว และระดับการศึกษา

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินพฤติกรรมบริการของพยาบาลโดยผู้รับบริการ ของสภาการพยาบาล³ ประกอบด้วย 20 ข้อคำถาม ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ 5 = พึงพอใจมากที่สุด, 4 = พึงพอใจมาก, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 2 = พึงพอใจน้อย และ 1 = ไม่พอใจ ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่

มิติที่ 1 การเคารพเอกราชและศักดิ์ศรี (4 ข้อ: ข้อ 6, 7, 11, 12)

มิติที่ 2 การสื่อสารและความเชื่อเพื่อผู้ป่วย (6 ข้อ: ข้อ 1, 2, 3, 10, 13, 14, 17)

มิติที่ 3 ความรับผิดชอบและความสามารถ (8 ข้อ: ข้อ 4, 5, 8, 9, 15, 16, 18)

มิติที่ 4 ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ (2 ข้อ: ข้อ 19, 20)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย:

4.21 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ สูงมากที่สุด

3.41 – 4.20 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ สูง

2.61 – 3.40 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง

1.81 – 2.60 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อย

1.00 – 1.80 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับ น้อยที่สุด/ไม่พอใจ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Instrument Validation)

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจรรยาบรรณการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการดูแลแบบประคับประคอง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้าน palliative care 1 ท่าน) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องเชิงโครงสร้าง ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (I-CVI) = 0.80-1.00, CVI = 0.97

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบใช้เครื่องมือ (Pilot Study) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย (ประกอบด้วยผู้ป่วย 15 ราย และครอบครัวผู้ดูแล 15 ราย) ณ หอผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมินความเข้าใจและคุณภาพทางสถิติ โดยวิเคราะห์ความเชื่อมั่นภายในด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบ: Cronbach's Alpha = 0.94 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) พบว่าทุกข้อมีค่า $r = 0.45-0.78$ ($p < 0.01$)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671445 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดของโครงการและกระบวนการวิจัยอย่างครบถ้วน และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยมีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยและปกปิดตัวตนโดยใช้รหัส

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สุ่มได้เพื่อชี้แจงโครงการและวางแผนการเก็บข้อมูล
2. ผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองผู้ป่วยหรือครอบครัวที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกในหอผู้ป่วยตามโควตาที่กำหนด
3. ให้ข้อมูลรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วม และขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
4. มอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองเป็นหลัก หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ให้ครอบครัวตอบแทนโดยเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมและไม่รบกวนการรักษาพยาบาล
5. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทันที ณ จุดเก็บข้อมูล ในกรณีที่พบว่ามีกรเว้นว่างข้อคำถาม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้งว่าต้องการให้ข้อมูลในข้อนั้นหรือไม่ โดยคำนึงถึงสิทธิในการไม่ตอบบางข้อที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกไม่สะดวกใจ ทั้งนี้ หากข้อมูลขาดหายไปร้อยละ 10 จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เพื่อคงความเที่ยงตรงของผลสรุป
6. บันทึกข้อมูลลงฐานข้อมูล โดยไม่ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ใช้วิธีการลงรหัสแทนตัวตน (Coding) โดยจะมีการระบุวันที่และรหัสหอผู้ป่วย เพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมของการวิจัย และจะมีการทำลายรหัสเชื่อมโยงหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อรักษาความลับสูงสุดของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความพึงพอใจ ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยรวม รายมิติ และรายข้อ พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และจัดระดับตามเกณฑ์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การวิเคราะห์ได้ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Independent Samples T-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวนทั้งสิ้น 207 ราย จากเป้าหมาย 248 ราย (อัตราการตอบกลับ 83.5%) โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย 96 ราย (46.4%) และกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล 111 ราย (53.6%) แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 41 ฉบับ ถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากมีข้อมูลขาดหายมากกว่าร้อยละ 10 (n=28) และผู้ป่วยถอนตัวจากการวิจัยเนื่องจากอาการทรุดหนักระหว่างการเก็บข้อมูล (n=13) การนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 ราย ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 46.4) และกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลักจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 53.6) โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.8) มีอายุเฉลี่ย 49.86 ปี (SD = 14.30) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.6) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.8) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่ม พบว่า กลุ่มผู้ป่วย มีอายุเฉลี่ย 53.29 ปี (SD = 14.88) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว (ร้อยละ 44.8) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.8) สำหรับ กลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลัก มีอายุเฉลี่ย 46.89 ปี (SD = 13.13) ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.7) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปริญญาตรีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 34.2 และ 38.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และพนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n = 207)

ลักษณะทั่วไป	รวม (n = 207) n (%)	ผู้ป่วย (n = 96) n (%)	ครอบครัว (n = 111) n (%)
อายุ (ปี)			
Mean ± SD	49.86 ± 14.30	53.29 ± 14.88	46.89 ± 13.13
เพศ			
ชาย	77 (37.2)	42 (43.8)	35 (31.5)
หญิง	130 (62.8)	54 (56.3)	76 (68.5)
สถานภาพสมรส			
สมรส/คู่	132 (63.8)	68 (70.8)	64 (57.7)
อื่นๆ (โสด/หม้าย/แยกกันอยู่)	75 (36.2)	28 (29.2)	47 (42.3)
อาชีพ			
รับจ้าง/เกษตรกรรม	66 (31.9)	31 (32.3)	35 (31.5)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	37 (17.9)	9 (9.4)	28 (25.2)

ลักษณะทั่วไป	รวม (n = 207)	ผู้ป่วย (n = 96)	ครอบครัว (n = 111)
	n (%)	n (%)	n (%)
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	48 (23.2)	22 (22.9)	26 (23.4)
อื่นๆ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32 (15.5)	19 (19.8)	13 (11.7)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	100 (48.4)	47 (49.0)	53 (47.7)
ปริญญาตรีขึ้นไป	107 (51.6)	49 (51.0)	58 (52.3)

ส่วนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

2.1 ระดับความพึงพอใจโดยรวม รายมิติ และรายข้อ

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ณ โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ พบว่า ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูงมาก ($x = 4.68$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายมิติและรายข้อมีผลดังนี้

ระดับความพึงพอใจรายมิติ: มิติที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ “ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ” สอดคล้องกับ พฤติกรรมรายข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย ($x = 4.77$) ความมีน้ำใจ เอาใจใส่ ($x = 4.73$) และความน่าเชื่อถือศรัทธา ($x = 4.72$) ตามลำดับ

ระดับความพึงพอใจรายข้อที่ควรพัฒนา: แม้ทุกข้อจะมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (มากกว่า 4.50) แต่ข้อที่มีคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหา ($x = 4.60$) และการปลอบโยนให้กำลังใจ ($x = 4.61$) ซึ่งสะท้อนถึง ความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นต่อการดูแลด้านจิตสังคม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัว (n = 207)

ข้อที่	พฤติกรรมด้านจริยธรรม	ทั้งหมด (n=207)	ผู้ป่วย (n=96)	ครอบครัว (n=111)
1	พยาบาลมีอัธยาศัยในการต้อนรับ	4.67 ± 0.52	4.68 ± 0.53	4.65 ± 0.52
2	พยาบาลพูดจา ด้วยความสุภาพ อ่อนโยน	4.68 ± 0.54	4.68 ± 0.55	4.68 ± 0.54
3	พยาบาลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีกิริยาที่เป็นมิตร	4.69 ± 0.54	4.71 ± 0.52	4.68 ± 0.56
4	พยาบาลมีความกระตือรือร้นให้บริการในการทำงาน	4.72 ± 0.50	4.77 ± 0.47	4.67 ± 0.53
5	พยาบาลควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่พูดจาเสียงดัง หยาบคาย	4.64 ± 0.56	4.66 ± 0.58	4.62 ± 0.54
6	พยาบาลให้บริการด้วยความเสมอภาค เช่น ให้บริการ ผู้ใช้บริการที่เป็นแรงงานต่างด้าวเช่นเดียว กับผู้ใช้บริการ ที่เป็นคนไทย คนจน-คนรวย/ฝากพิเศษ ไม่ได้ฝากพิเศษ	4.67 ± 0.51	4.68 ± 0.53	4.66 ± 0.50
7	พยาบาลให้เกียรติผู้ป่วยและคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว	4.71 ± 0.51	4.71 ± 0.54	4.72 ± 0.47
8	พยาบาลช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย	4.65 ± 0.54	4.66 ± 0.50	4.65 ± 0.57
9	พยาบาลให้คำแนะนำที่มีประโยชน์	4.69 ± 0.51	4.74 ± 0.49	4.65 ± 0.53
10	พยาบาลรับฟังและช่วยเหลือคลายปัญหาและให้คำปรึกษา	4.60 ± 0.56	4.61 ± 0.57	4.59 ± 0.56
11	พยาบาลรักษาสีหน้าของผู้ป่วย	4.69 ± 0.52	4.71 ± 0.50	4.68 ± 0.53
12	พยาบาลรักษาความลับของผู้ป่วย	4.66 ± 0.51	4.66 ± 0.52	4.66 ± 0.51
13	พยาบาลอธิบายให้เข้าใจทั้งก่อนและหลังการให้บริการ	4.70 ± 0.52	4.71 ± 0.54	4.69 ± 0.50

ข้อที่	พฤติกรรมด้านจริยธรรม	ทั้งหมด (n=207)	ผู้ป่วย (n=96)	ครอบครัว (n=111)
14	พยาบาลปลอบโยนให้กำลังใจ	4.61 ±0.56	4.63 ±0.57	4.61 ±0.56
15	พยาบาลมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการบริการ	4.67 ±0.54	4.70 ±0.53	4.64 ±0.55
16	พยาบาลมีความน้อมนวลในการปฏิบัติการพยาบาล	4.68 ±0.53	4.72 ±0.50	4.64 ±0.55
17	พยาบาลมีน้ำใจ สนใจ เต็มใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย	4.73 ±0.48	4.75 ±0.46	4.72 ±0.51
18	พยาบาลให้ความช่วยเหลือ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ	4.69 ±0.54	4.72 ±0.52	4.67 ±0.56
19	พยาบาลมีความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย	4.77 ±0.46	4.78 ±0.49	4.77 ±0.45
20	พยาบาลมีพฤติกรรมน่าเชื่อถือและน่าศรัทธา	4.72 ±0.53	4.74 ±0.55	4.70 ±0.52

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจรายมิติผลต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

การวิเคราะห์ความพึงพอใจรายมิติทั้ง 4 ด้าน พบว่าทุกมิติอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.68–4.75) โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด: คือ ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ ($x = 4.75$) โดยความสะอาดเรียบร้อยในการแต่งกาย เป็นพฤติกรรมที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับรองลงมา: คือ การเคารพเอกลัทธิและศักดิ์ศรี และ ความรับผิดชอบและความสามารถ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($x = 4.69$) พฤติกรรมเด่นในกลุ่มนี้คือการให้เกียรติความเป็นส่วนตัวและความกระตือรือร้นในการให้บริการ

มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด: คือ การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ($x = 4.68$) แม้จะอยู่ในระดับสูงมากแต่มีความแปรปรวนของคำตอบสูงสุด โดยพฤติกรรมที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษคือ การรับฟังเพื่อช่วยคลี่คลายปัญหา และการให้บริการอย่างเสมอภาคซึ่งได้รับคะแนนต่ำกว่าข้ออื่นในมิติเดียวกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจรายมิติผลต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล (n = 207)

มิติพฤติกรรมด้านจริยธรรม	Mean ± SD	Min-Max	ระดับความพึงพอใจ	อันดับ
ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ	4.75 ± 0.49	3.50-5.00	สูงมาก	1
การเคารพเอกลัทธิและศักดิ์ศรี	4.69 ± 0.50	3.25-5.00	สูงมาก	2
ความรับผิดชอบและความสามารถ	4.69 ± 0.51	3.14-5.00	สูงมาก	2
การสื่อสารและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่	4.68 ± 0.52	3.14-5.00	สูงมาก	4
ค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 4 มิติ	4.68 ± 0.52	-	สูงมาก	-

ส่วนที่ 4 ความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (ผู้ป่วย กับ ครอบครัว)

ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมและรายมิติทั้ง 4 มิติ ได้แก่

การเคารพเอกลักษณ์และศักดิ์ศรี การสื่อสารและความเชื่อเพื่อพ่อแม่ ความรับผิดชอบและความสามารถ และภาพลักษณ์ และความน่าเชื่อถือ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว ($n = 207$)

มิติความพึงพอใจ	ผู้ป่วย ($n=96$) (Mean $\pm$ SD)	ครอบครัว ($n=111$) (Mean $\pm$ SD)	t-value	p-value
1. การเคารพเอกลักษณ์และศักดิ์ศรี	4.69 $\pm$ 0.51	4.68 $\pm$ 0.49	0.142	0.887
2. การสื่อสารและความเชื่อเพื่อพ่อแม่	4.70 $\pm$ 0.53	4.66 $\pm$ 0.51	0.551	0.582
3. ความรับผิดชอบและความสามารถ	4.71 $\pm$ 0.52	4.67 $\pm$ 0.50	0.553	0.581
4. ภาพลักษณ์และความน่าเชื่อถือ	4.76 $\pm$ 0.51	4.74 $\pm$ 0.47	0.292	0.771
ภาพรวม	4.70 $\pm$ 0.53	4.67 $\pm$ 0.51	0.406	0.616

หมายเหตุ: ค่าแสดงเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาล

ผลการศึกษพบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.68$) ซึ่งสูงกว่ารายงานในงานวิจัยที่ดำเนินการในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มุ่งสำรวจภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทำให้การประเมินประสิทธิภาพการดูแลเชิงบวกมีแนวโน้มต่ำกว่า^{12,21} แนวโน้มดังกล่าวอาจสะท้อนถึงผลลัพธ์ของกลไกและมาตรการส่งเสริมจริยธรรมการพยาบาลในระดับองค์กรของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งด้านการพัฒนาสมรรถนะจริยธรรมของพยาบาล และการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ด้านจริยธรรมของฝ่ายการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดด้านจริยธรรมการพยาบาลที่เน้นความเมตตากรุณา การเคารพศักดิ์ศรี และการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ถือเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ^{22,23} และสอดคล้องกับแนวทางสากลด้าน palliative care ที่เน้นคุณภาพชีวิต การบรรเทาอาการไม่สุขสบาย และการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเป็นหัวใจของการดูแล^{16,17}

ด้านจุดแข็ง: ภาพลักษณ์วิชาชีพและความเอื้ออาทร

พฤติกรรมที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความสะอาดเรียบร้อยและการแต่งกายอย่างเหมาะสม ตลอดจนการแสดงความเข้าใจ ความเอื้ออาทร และความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งการแสดงออกเชิงเมตตา ความเอื้ออาทร และการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยอย่างใส่ใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ^{4,22,24} นอกจากนี้ยังสะท้อนภาพลักษณ์ความเป็นวิชาชีพและช่วยเสริมสร้างความไว้วางใจในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเปราะบางระยะท้ายของชีวิต^{11,25,26}

งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอนุรักษ์ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะท้ายระบุว่า “การอยู่เคียงข้างอย่างมีเมตตา” การรับฟังอย่างลึกซึ้ง และการเป็นประจักษ์พยานต่อความทุกข์ของผู้ป่วย เป็นกลไกสำคัญในการลดความทุกข์ทรมานและ

คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี^{3,23} แนวปฏิบัติเหล่านี้สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ประสานการดูแล ผู้ประคับประคอง อารมณ์ และผู้คุ้มครองศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในระบบการดูแลแบบประคับประคอง^{2,22}

ด้านที่ควรพัฒนา: การสื่อสารเชิงลึกและการสนับสนุนทางอารมณ์

แม้จะแน่วความพึงพอใจในทุกด้านจะอยู่ในระดับสูงมาก แต่พฤติกรรมด้าน “การรับฟังเพื่อช่วยคลี่คลายปัญหา” และ “การปลอบโยนให้กำลังใจ” ได้คะแนนต่ำที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารเชิงบำบัดและการสนับสนุนทางอารมณ์ยังเป็นมิติที่ท้าทายในทางปฏิบัติ หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากชี้ว่าการสื่อสารในสถานการณ์ปลายชีวิตต้องอาศัยทักษะเฉพาะ ความรู้เชิงลึก และการเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ของพยาบาลอย่างมาก^{2,5,27}

การมีกรอบสนับสนุนการตัดสินใจและโครงสร้างสนับสนุนเชิงจริยธรรมที่ชัดเจน เช่น โครงการพัฒนาสมรรถนะ จริยธรรมและเครื่องมือช่วยตัดสินใจในระยะท้าย มีส่วนช่วยลดความตึงเครียดทางจริยธรรม ลดแนวโน้มการเกิด burnout และยกระดับคุณภาพการดูแลปลายชีวิต²⁸⁻³¹ การพัฒนาระบบสนับสนุนดังกล่าวในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของไทยจึงมีความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์อย่างยิ่ง

ในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีภาระงานสูงและความซับซ้อนของโรค พยาบาลมีความเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์และ moral distress ในระดับสูง ซึ่งสัมพันธ์กับการลดทอนความสามารถในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์และการสื่อสารเชิงลึกกับผู้ป่วยและครอบครัว^{29,32,33} งานทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาเชิงคุณภาพในหน่วยวิกฤตชี้ว่า moral distress ที่เกิดจากข้อจำกัดเชิงระบบและความยากลำบากในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจระยะท้าย เป็นปัจจัยสำคัญที่บั่นทอนคุณภาพของการดูแลเชิงเมตตา^{18,19,27}

2. การเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัว

ผลการศึกษาไม่พบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .616$) ซึ่งแตกต่างจากหลักฐานในประเทศตะวันตกที่รายงานว่าครอบครัวมักประเมินคุณภาพการดูแลต่ำกว่าผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ^{33,34}

ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากบริบทสังคมไทยที่มีค่านิยมแบบรวมหมู่และการดูแลที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ครอบครัวมักมีบทบาทร่วมในกระบวนการรับข้อมูลและการตัดสินใจด้านการรักษา พยาบาลจึงมองครอบครัวเป็น “หน่วยของการดูแล” (unit of care) ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด family-centered end-of-life care ที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญในการสื่อสาร การวางแผนการดูแล และการตัดสินใจ^{25,34}

การบูรณาการแนวคิด palliative care แบบสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความสำคัญทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากแนวทางวิชาชีพและข้อเสนอเชิงนโยบายระดับนานาชาติ ว่าช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และการปรับตัวทางจิตสังคมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล^{32,34} งานทบทวนวรรณกรรมด้านการดูแลที่ครอบครัวมีส่วนร่วมยังเสนอว่า พฤติกรรมวิชาชีพที่คำนึงถึงความปลอดภัยทางวัฒนธรรม การสื่อสารที่เปิดกว้าง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญต่อความไว้วางใจและความพึงพอใจของครอบครัว^{25,32,34}

เมื่อพิจารณาพร้อมกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวไม่แตกต่างกัน อาจสะท้อนว่าพยาบาลสามารถบูรณาการการดูแลที่ให้ความสำคัญทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย และสอดคล้องกับทิศทางของแนวทาง palliative care สมัยใหม่ที่ยอมรับครอบครัวเป็นผู้รับบริการร่วม^{32,34}

ข้อจำกัดของการศึกษา

การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ และเก็บข้อมูล ณ เวลาเดียวเท่านั้น จึงไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของความพึงพอใจตามช่วงเวลาของการดูแลได้ และการเก็บข้อมูลใน

โรงพยาบาลเดียว จำกัดความสามารถในการนำผลไปใช้กับบริบทอื่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีระดับหรือบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ข้อสรุป (Conclusions)

การศึกษาความพึงพอใจต่อพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในหอผู้ป่วยระดับประคอง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้:

1. ผลความพึงพอใจในภาพรวมที่อยู่ในระดับสูงมาก ($x = 4.68$) สะท้อนถึงความสำเร็จในการบูรณาการจริยธรรมวิชาชีพเข้าสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะจุดแข็งในด้าน "ภาพลักษณ์วิชาชีพและความน่าเชื่อถือ" และ "ความเอื้ออาทร" ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลแบบประคองที่ช่วยสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้รับบริการในภาวะเปราะบาง

2. ระดับความพึงพอใจในทุกรายการอยู่ในระดับสูง แต่ผลการวิจัยชี้ให้เห็น "โอกาสในการพัฒนา" ในด้านการรับฟังเชิงลึกและการปลอบโยนให้กำลังใจ ซึ่งสะท้อนว่าในบริบทการดูแลระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคาดหวังต่อพยาบาลมากกว่าการดูแลด้านกายภาพ แต่ต้องการการสนับสนุนทางจิตใจและการสื่อสารเชิงบำบัด (Therapeutic Communication) เพื่อคลี่คลายประเด็นความขัดแย้งทางค่านิยมและอารมณ์

3. ความสำเร็จของการดูแลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care): การที่ระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.616$) เป็นข้อบ่งชี้เชิงประจักษ์ว่า พยาบาลในบริบทนี้สามารถให้คุณค่าและปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะ "หน่วยของการดูแลเดียวกัน" (Unit of Care) ได้อย่างเสมอภาคและเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันตามปรัชญาของการดูแลแบบประคอง

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษานี้ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่และเติมเต็มช่องว่างทางวิชาการในการดูแลแบบประคองของประเทศไทยได้ดังนี้

1. งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ลำดับต้นๆ ที่ประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ โดยใช้มุมมองการวิเคราะห์จากทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งช่วยยืนยันว่า "พฤติกรรมจริยธรรม" คือตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. ผลการศึกษาได้จำแนกให้เห็นความแตกต่างระหว่าง "จริยธรรมเชิงแนวปฏิบัติ" (อาทิ ความสะอาดเรียบร้อย ความรับผิดชอบ) ซึ่งพยาบาลทำได้ดีเยี่ยม กับ "จริยธรรมเชิงสัมพันธภาพและการสื่อสาร" (อาทิ การรับฟังเชิงลึก การปลอบโยน) ซึ่งระบุว่าเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องพัฒนา องค์ความรู้นี้ช่วยให้ผู้วางแผนหลักสูตรสามารถปรับจุดเน้นจากการสอนจริยธรรมเชิงทฤษฎี ไปสู่การฝึกฝน "ทักษะการสื่อสารเชิงบำบัดและการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ" ที่สอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้รับบริการ

3. การไม่พบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการส่งเสริมองค์ความรู้ด้านวัฒนธรรมสุขภาพไทยว่า ในบริบทประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ที่หลอมรวมเป็นหน่วยเดียวกัน (Unit of Care) ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโมเดล Family-Centered Care ในบริบทโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และสามารถใช้เป็นแนวทางต้นแบบให้แก่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิอื่นๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกหน่วยที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาพิจารณาอนุมัติโครงการ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนเฉพาะจากแหล่งทุนภายนอก

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Palliative care**. 2020 [cited 2026 Jan 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Ferrell BR, Paice JA. **Oxford textbook of palliative nursing**. 5th ed. Oxford University Press; 2019.
3. Johnston B, Larkin P, Connolly M, Barry C, Narayanasamy M, Östlund U, et al. Dignity-conserving care in palliative care settings: an integrative review. **J Clin Nurs** 2015; 24(13-14): 1743-72. DOI: 10.1111/jocn.12791
4. Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. Holistic nursing care: theories and perspectives. **Am J Nurs Sci** 2013; 2(1): 1-5. DOI:10.11648/j.ajns.20130201.11
5. Wiegand DL, Grant MS, Cheon J, Gergis MA. Family-centered end-of-life care in the ICU. **J Gerontol Nurs** 2013; 39(8): 60-8. DOI: 10.3928/00989134-20130530-04
6. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. **Crit Care Med** 2007; 35(2): 422-9. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D
7. Liu Q, Zheng X, Xu L, Chen Q, Zhou F, Peng L. The effectiveness of education strategies for nurses to recognise and manage clinical deterioration: a systematic review. **Nurse Educ Today** 2023; 126: 105838. DOI: 10.1016/j.nedt.2023.105838
8. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562. **ราชกิจจานุเบกษา** เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง. 18 เมษายน 2562; หน้า 37-46.
9. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, Antes G, Meffert C, Xander C, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ** 2017; 357: j2925. DOI: 10.1136/bmj.j2925
10. บำเพ็ญจิต แสงชาติ. **การพยาบาลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายและภายหลังตาย**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
11. อรุณ โพธิ์งาม. **การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง**. **วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ** 2566; 8(2): 117-26.
12. ปันดดา สุวรรณ, ดารัตน์ สานันท์, ธนพัฒน์ ไชยป้อ, ตูลา วงศ์ปาลี, วันทนีย แสงวัฒนะรัตน์, เจริญ พงศ์สถาพร. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองในการรับรู้และมุมมองของพยาบาลและผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. **พยาบาลสาร** 2560; 44(2): 89-103.

13. Maluwa VM, Maluwa AO, Mwalabu G, Msiska G. Assessment of ethical competence among clinical nurses in health facilities. **Nurs Ethics** 2022; 29(1): 181-93. DOI: 10.1177/09697330211010259
14. อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย. **จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล**. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2545.
15. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **นโยบายด้านจริยธรรม**. โรงพยาบาลศรีนครินทร์; 2565.
16. Kelley AS, Meier DE, eds. **Meeting the needs of older adults with serious illness: challenges and opportunities in the age of health care reform**. Springer; 2014.
17. Salim NA, Taylor J. Efficacy of virtual reality in managing pain for patients in palliative care: a systematic review and meta-analysis. **J Pain Symptom Manage** 2026; 71(1): e1-e17.
DOI:10.1016/j.jpainsymman.2025.08.030
18. จงกล ด้อยมาเมือง. โครงการพัฒนาจริยธรรมเรื่อง “การพัฒนาระบบและกลไกส่งเสริมสมรรถนะจริยธรรมทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยที่ พ้องความสามารถในการดูแลตนเอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2” งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. **วารสารพยาบาลสวนดอก** 2563; 26(2): 5-19.
19. นิภากร ไสยมรรคา. การพัฒนาระบบและกลไกจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. **วารสารพยาบาลสวนดอก** 2563; 26(2): 20-35.
20. Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of biomedical ethics**. 8th ed. Oxford University Press; 2019.
21. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. **Nurs Ethics** 2018; 25(5): 552-70. DOI:10.1177/0969733016664975
22. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. **BMC Nurs** 2024; 23(1): 467. DOI:10.1186/s12912-024-02087-5
23. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. **Nurs Ethics** 2021; 28(5): 614-27. DOI:10.1177/0969733020964859
24. Kim S, Tak SH. A conceptual analysis of psychological burnout among nurses providing terminal care. **J Adv Nurs** 2005 [cited 2026 Jan 21]. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.17056>
25. Takahashi Y, Utsumi S, Fujizuka K, Suzuki H, Takadera Y, Nakamura M. Impact of a decision-making support framework on nurse burnout and quality of end-of-life care: A before-and-after study in intensive care units. **Int J Nurs Stud Adv** 2025; 9: 100438. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2025.100438
26. Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulkumaran N, Bensemmane S, van Dusseldorp I, et al. Palliative care interventions in intensive care unit patients. **Intensive Care Med** 2021; 47(12): 1415-25.
DOI: 10.1007/s00134-021-06544-6
27. Riegel M, Randall S, Ranse K, Buckley T. Healthcare professionals' values about and experience with facilitating end-of-life care in the adult intensive care unit. **Intensive Crit Care Nurs** 2021; 65: 103057.
DOI: 10.1016/j.iccn.2021.103057
28. Sanders JJ, Temin S, Ghoshal A, Alesi ER, Ali ZV, Chauhan C, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. **J Clin Oncol** 2024; 42(19): 2336-57. DOI: 10.1200/JCO.24.00542

29. Ward K, Dizon L. What is known about family-inclusive inpatient care from patient and family perspectives? An integrative review. **J Adv Nurs** 2025; 81(11): 7431-46. DOI:10.1111/jan.70046
30. Storm E, Bergdahl E, Tranvåg O, Korzhina Y, Linnanen C, Blomqvist H, et al. Palliative nurses' experiences of alleviating suffering and preserving dignity. **Nurs Ethics** 2025; 32(7): 2018-32. DOI: 10.1177/09697330251326235
31. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. **BMJ Open** 2023; 13(2): e067304. DOI:10.1136/bmjopen-2022-067304
32. Wang M, Ding X. Integrated palliative care improves the quality of life of advanced cancer patients. **BMC Palliat Care** 2025; 24(1): 162. DOI: 10.1186/s12904-025-01800-8
33. Essawi M, Goldblatt H, Stashefsky-Margalit R, Drach-Zahavy A. Cultural awareness and family satisfaction: the moderating roles of nurses' positive emotions and nurse-family cultural similarity. **J Appl Gerontol** 2005. DOI: 10.1177/07334648251383639
34. Kim Y, Kim DH. Interventions for family involvement enhance end-of-life care for hospitalized patients: an integrative review. **BMC Nurs** 2024; 23(1): 917. DOI:10.1186/s12912-024-02538-z

การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Burnout among Health Care Worker in Primary Care Unit in Nam Phong District,
Khon Kaen Province

กรรณก เรียงพรหม*, วริสรา ลูวีระ **

Konkanok Riengprom*, Varisara Luvira**

บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน และได้รับการยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงานซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญภาระงานและความรับผิดชอบสูง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประเมินภาวะหมดไฟด้วยแบบสอบถาม Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะหมดไฟ โดยพบภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าจากงาน จำนวน 12 คน (7.80%; 95%CI 4.54-13.16) และด้านความไม่เกี่ยวข้องกับงาน จำนวน 13 คน (8.50%; 95%CI 5.00-14.09) ลักษณะที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเหนื่อยล้าก่อนเริ่มงาน ความอ่อนล้าหลังเลิกงาน และความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือไม่ผูกพันต่องาน

แม้ความชุกของภาวะหมดไฟจะอยู่ในระดับไม่สูง แต่ยังเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน ความปลอดภัยของผู้ป่วย และความยั่งยืนของกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ, บุคลากรทางการแพทย์, หน่วยบริการปฐมภูมิ

* โรงพยาบาลน้ำพอง อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Namphong Hospital, Khon Kaen

** Department of Community, Family and Occupational medicine Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Corresponding author: Konkanok Riengprom Email: Konkanok-nooker@hotmail.com

Received 26/12/2025

Revised 10/02/2026

Accepted 13/03/2026

ABSTRACT

Burnout is a syndrome resulting from chronic work-related stress and has been recognized as an occupational mental health problem with an increasing trend. It is particularly common among health care personnel who face high workload and responsibilities. This study aimed to determine the prevalence and characteristics of burnout among health care workers in primary care units in Nam Phong District, Khon Kaen Province, Thailand. A cross-sectional descriptive study was conducted among 153 health care workers. Data were collected using a self-administered questionnaire. Burnout was assessed using the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and 95% confidence intervals.

The results showed that most participants did not have burnout. Burnout in the exhaustion dimension was found in 12 participants (7.80%; 95% CI: 4.54-13.16), while burnout in the disengagement dimension was identified in 13 participants (8.50%; 95% CI: 5.00-14.09). Common characteristics included feeling tired before starting work, exhaustion after work, and feelings of boredom or lack of engagement with work.

Although the prevalence of burnout was relatively low, it remains an important issue that should be continuously monitored, as it may affect quality of life, work performance, patient safety, and the sustainability of the primary health care workforce in the future.

Keywords: Burnout syndrome, Health Care Worker, Primary Care Unit

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ในปัจจุบันภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดให้ภาวะนี้อยู่ในกลุ่มปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ในการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 11 (ICD-11) ซึ่งระบุว่าภาวะหมดไฟในการทำงานเกิดจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงานที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ซึ่งเริ่มใช้ในระดับโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565¹ ผลสำรวจเชิงโพลล์แรงงานทั่วไปโดยNeurolaunchในปี 2021 พบว่า 52% ของผู้ตอบแบบสำรวจทั่วโลกมีอาการหมดไฟในการทำงานอย่างน้อยบางช่วงเวลา² และรายงานของ McKinsey Health Institute พบว่าในผู้ตอบแบบสำรวจกว่า 30,000 คนจาก 30 ประเทศทั่วโลก 22% ของผู้ตอบมีอาการหมดไฟในการทำงานชัดเจน โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินเดีย 59%³ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงมาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ พบว่าประชากรแรงงานมีระดับหมดไฟในการทำงานสูง โดยกลุ่มที่มีระดับสูงหรือสูงมาก รวมกันมีสัดส่วนประมาณ 62.91%⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขทั่วโลก มีระดับภาวะหมดไฟสูงกว่าแรงงานทั่วไปอย่างชัดเจน ครอบคลุมกว่า 215,787 คน ในรายงานสาธารณสุขทั่วโลก พบว่าความชุกโดยเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในการทำงานโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 39%⁵ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม ได้แก่ การมีแนวโน้มสูงต่อภาวะซึมเศร้า, วิตกกังวล, การเสพติดสุราและยาเสพติด⁶, ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง⁷ ส่งผลด้านเศรษฐกิจทำให้ลดผลผลิตต่อหัว, ลดรายได้ครอบครัวและมีผลลบต่อระบบเศรษฐกิจในภาพรวม⁸ ในบุคลากรสาธารณสุข พบว่าระดับภาวะหมดไฟในการทำงานสูง มีแนวโน้มทำข้อผิดพลาดทางการแพทย์สูงขึ้นและส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยหลายอย่างมีความสัมพันธ์ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ เพศหญิงมีโอกาสเหนื่อยล้าทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย¹⁰, อายุและประสบการณ์การทำงานน้อย, การมีสุขภาพจิตหรือโรคทางร่างกายร่วม เช่น โรคซึมเศร้า, โรคเรื้อรัง¹¹, ชั่วโมงการทำงานยาว, ภาระงานมาก, ความต้องการงานสูง¹² และความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัว¹³ เป็นต้น

ในส่วนของบริบทการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ¹⁴ บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นด่านหน้าในการดูแลและเข้าถึงผู้ใช้บริการและต้องรับผิดชอบงานหลากหลาย ทั้งด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการในชุมชนโดยตรง ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร บุคลากร และเวลา ต้องเผชิญกับภาระงานหลากหลาย ทั้งการดูแลผู้ป่วย การจัดกิจกรรมเชิงรุก และการบริหารงานเอกสาร ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและภาวะหมดไฟจากการทำงาน ทำให้คุณภาพการให้บริการลดลง มีการลาออกมากขึ้น ทำให้ต้องมีการหมุนเวียนกำลังคนบ่อยครั้ง ส่งผลให้ระบบบริการมีความไม่ต่อเนื่อง และภาระงานตกที่บุคลากรคนอื่น⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ จากที่กล่าวมาจึงเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น¹⁷ เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ของจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนประชากรมาก และมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวนมาก 19 แห่ง กระจายครอบคลุมพื้นที่หลายตำบล รวมถึงมีบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจำนวนมาก ซึ่งต้องดูแลประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณ การศึกษาในพื้นที่นี้สามารถนำผลลัพธ์ไปใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้และเพื่อสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตและส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากร บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 153 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุงาน 1 ปี ขึ้นไป และที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป สัญชาติไทย อ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่อยู่ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลและผู้ที่มีภาวะไม่พร้อม เช่น มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจรุนแรง ที่ส่งผลให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม Win Pepi version 11.65 ที่กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการสรุปผล (Confidence level) ไว้ที่ร้อยละ 95 โดยอ้างอิงสัดส่วน (Assumed proportion) จากการศึกษาก่อนหน้าซึ่งรายงานความชุกภาวะหมดไฟในการทำงานร้อยละ 39⁵, กำหนดค่าความคาดเคลื่อน (Expected loss of subjects) ที่ร้อยละ 0.1 และ Alpha error ร้อยละ 0.05, ได้ขนาดตัวอย่าง 123 คน และการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างทำเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ ความแม่นยำ และอำนาจการทดสอบทางสถิติ (Statistical Power) ทำให้ผลการวิจัยเป็นตัวแทนประชากรได้ดีขึ้น ลด Error และ Bias ที่เกิดจากการสุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ช่วยให้การสรุปผลอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่มีความถูกต้องมากที่สุด

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ภาวะหมดไฟ (Burnout) คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน¹ ซึ่งอาจจะเป็นผลที่เกิดจากความเครียดในการทำงานหรือการทำงานไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดการณ์ไว้ รู้สึกเหนื่อยล้า พลังชีวิตหดหาย มีความรู้สึกไม่อยากทำงาน ต้องการระยะห่างจากงานหรือมีทัศนคติเชิงลบต่องาน และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มักจะเริ่มปรากฏหลัง 6 เดือน-1 ปี และชัดเจนขึ้นในช่วง 1-2 ปีแรกของการทำงานใหม่²⁰ และส่งผลกระทบระยะยาวในการทำงาน ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานคือผู้ที่ทำแบบประเมิน Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) ฉบับแปลภาษาไทย การแปลผลคะแนนโดยคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ยของ Likert score แต่ละด้าน คือ การอ่อนล้าจากการทำงาน (Exhaustion) และความไม่เกี่ยวข้องในงาน (Disengagement)

2. บุคลากรสาธารณสุข (Health Care Worker) คือ บุคลากรที่ทำงานอยู่ในสถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ¹⁷ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 19 แห่ง ทำงานในพื้นที่ 1 ปี ขึ้นไป²⁰ บุคลากรประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ฝึกหัดอบรมเพื่อสอบวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว, พยาบาลวิชาชีพ, เภสัชกร, นักวิชาการสาธารณสุข, เจ้าพนักงานสาธารณสุข, เจ้าพนักงานธุรการ, พนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานอนามัย, พนักงานการเงินและบัญชี, ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่การเงินการบัญชี, แพทย์แผนไทย, ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย, ทันตสาธารณสุข, ผู้ช่วยทันตกรรม, พนักงานช่วยเหลือคนไข้, พนักงานผู้ช่วยกู้ชีพและพนักงานบริการ

3. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) คือ สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ¹⁷ ในอำเภอเมือง

จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 19 แห่ง ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำพอง, ตำบลน้ำพอง, ตำบลวังชัย, ตำบลหนองกง, ตำบลบัวใหญ่, ตำบลบ้านคำบง, ตำบลม่วงหวาน, ตำบลบ้านท่ามะเดื่อ, ตำบลบ้านขาม, ตำบลบ้านเหล่าใหญ่, ตำบลบ้านโคกใหญ่, ตำบลบัวเงิน, ตำบลทรายมูล, ตำบลบ้านหนองหัว, ตำบลท่ากระเสริม, ตำบลพังทวย, ตำบลกุดน้ำใส, ตำบลสะอาด, ตำบลบ้านคำแก่นคูณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพ, ระดับการศึกษา, โรคประจำตัว, จำนวนบุตร, บทบาทในครอบครัว, ตำแหน่งงาน, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ, ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และจำนวนผู้ใช้บริการที่รับผิดชอบต่อวัน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้แบบประเมิน Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดภาวะหมดไฟในการทำงานพัฒนาโดย Demerouti และคณะ¹⁸ ซึ่งเน้นการวัดสองมิติหลักของภาวะหมดไฟ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า (Exhaustion) และ ความไม่เกี่ยวข้องในงาน (Disengagement) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว¹⁹ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 มีทั้งหมด 15 ข้อ ดังนี้

1. การอ่อนล้าจากการทำงาน (Exhaustion) จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ 5, 10, 13, 15 และเชิงลบ (R) 4 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 8, 12

2. ความไม่เกี่ยวข้องในงาน (Disengagement) จำนวน 7 ข้อ แบ่งเป็นเชิงบวก 3 ข้อ ได้แก่ 1, 7, 14 และเชิงลบ (R) 4 ข้อ ได้แก่ 3, 6, 9, 11

แบ่งระดับเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1 = เห็นด้วยมากที่สุด 2 = เห็นด้วย 3 = ไม่เห็นด้วย 4 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน

ข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกจะให้คะแนนตามที่อาสาสมัครตอบ ได้แก่ 1 = เห็นด้วยมากที่สุด คือ 1 คะแนน, 2 = เห็นด้วย คือ 2 คะแนน, 3 = ไม่เห็นด้วย คือ 3 คะแนน, 4 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ 4 คะแนน

ส่วนข้อที่เป็นคำถามเชิงลบจะกลับด้านการให้คะแนน ก่อนการหาคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 1 = เห็นด้วยมากที่สุด คือ 4 คะแนน, 2 = เห็นด้วย คือ 3 คะแนน, 3 = ไม่เห็นด้วย คือ 2 คะแนน, 4 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ 1 คะแนน

ด้านการแปลผลค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน มีเกณฑ์ดังนี้ ด้านการอ่อนล้าจากการทำงาน (Exhaustion) คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 2.85 หมายถึง มีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าในระดับสูง และด้านความไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Disengagement) คะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 2.60 หมายถึง มีภาวะหมดไฟด้านความไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานในระดับสูง¹⁹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 19 แห่ง ดังนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลน้ำพอง, ตำบลน้ำพอง, ตำบลวังชัย, ตำบลหนองกง, ตำบลบัวใหญ่, ตำบลบ้านคำบง, ตำบลม่วงหวาน, ตำบลบ้านท่ามะเดื่อ, ตำบลบ้านขาม, ตำบลบ้านเหล่าใหญ่, ตำบล

บ้านโคกใหญ่, ตำบลบัวเงิน, ตำบลทรายมูล, ตำบลบ้านหนองหัว, ตำบลท่ากระเสริม, ตำบลพังทวย, ตำบลกุดน้ำใส, ตำบลสะอาด, ตำบลบ้านคำแก่นคูณโดยมีการปฏิบัติตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ก่อนเริ่มทำการศึกษาผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ แล้ว

2. ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปทางองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่นและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จำนวนทั้งหมด 19 แห่ง โดยไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่ หรือข้อมูลอื่นจะทำให้ผู้อื่นใช้อ้างอิงถึงผู้เป็นเจ้าของข้อมูลได้ มีแจ้ง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย รวมถึงชี้แจงสิทธิในการปฏิเสธการตอบ แบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ

5. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามแบบกระดาษให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ เข้าใจอย่างชัดเจน เช่น การให้คะแนน ความหมายของแต่ละระดับคะแนนและยกตัวอย่างให้มีความเข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อคำถามในแบบสอบถาม ผู้วิจัยพร้อมให้การช่วยเหลือและอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยจะมีกล่องเก็บแบบสอบถามไว้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม เสร็จแล้วให้หย่อนลงไปในกลุ่มเก็บแบบสอบถาม

7. ผู้วิจัยดำเนินการขอความร่วมมือจากผู้ผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่งในการช่วยกระตุ้นการตอบ แบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือวันที่แจกแบบสอบถามครั้งแรกและซ้ำอีกครั้ง 1 สัปดาห์หลังจากแจกแบบสอบถาม

8. เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล จากนั้นบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ โดยนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้นและไม่กระทบต่ออาสาสมัครเจ้าของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จัดทำเป็นฐานข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excelแล้วทำ Double data entry และตรวจสอบความ ถูกต้องและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics version 27.0 for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ 95% confident interval

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE681537

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยมีอัตราตอบกลับร้อยละ 100 จำนวนทั้งหมด 153 คน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.90 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 32.70 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.20 สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 65.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.70 ในด้านจำนวนบุตร พบว่ามากที่สุดคือผู้ที่ไม่

บุตร ร้อยละ 39.20 บทบาทในครอบครัวที่พบมากที่สุดคือการรับผิดชอบงานบ้านทั่วไป ร้อยละ 69.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 28.80 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 22.90 และ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ร้อยละ 9.80 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 1-5 ปี ร้อยละ 39.20 ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ 40-48 ชั่วโมง ร้อยละ 54.90 และจำนวนผู้ใช้บริการที่รับผิดชอบต่อวัน 21-30 คน ร้อยละ 43.10 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=153)

ข้อมูลทั่วไป	n (%)
เพศ	
ชาย	18(11.80)
หญิง	133(86.90)
อื่นๆ	2(1.30)
อายุ	
<31 ปี	40(26.10)
31-40 ปี	50(32.70)
41-50 ปี	32(20.90)
>50 ปี	31(20.30)
สถานภาพ	
โสด	58(37.90)
สมรส	83(54.20)
หย่าร้าง	11(7.20)
หม้าย	1(0.70)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	3(2.00)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5(3.30)
ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา	23(15.00)
ปริญญาตรี	100(65.40)
สูงกว่าปริญญาตรี	22(14.40)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	122(79.70)
เบาหวาน	9(5.90)
ความดัน	5(3.30)

ไขมันในเลือดสูง	6(3.90)
หอบหืด	2(1.30)
อื่นๆ	16(10.5)
จำนวนบุตร	
ไม่มีบุตร	60(39.20)
1 คน	37(24.20)
2 คน	48(28.10)
มีมากกว่า 2 คน	13(8.50)
บทบาทในครอบครัว	
ไม่มีบทบาทพิเศษในครอบครัว	17(11.10)
ดูแลบุตร	72(47.10)
ดูแลผู้สูงอายุ	60(39.20)
รับผิดชอบงานบ้านทั่วไป	106(69.30)
ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย	43(28.10)
อื่นๆ	7(4.60)
ตำแหน่งงาน	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวช ศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ฝึกอบรมเพื่อสอบวุฒิบัตรเวชศาสตร์ ครอบครัว	6(3.90)
พยาบาลวิชาชีพ	44(28.80)
นักวิชาการสาธารณสุข	35(22.90)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	15(9.80)
เจ้าพนักงานธุรการ	6(3.90)
พนักงานผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สถานอนามัย	14(9.20)
พนักงานการเงินและบัญชี	9(5.90)
ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่การเงินการบัญชี	1(0.70)
แพทย์แผนไทย	1(0.70)
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	2(1.30)
ทันตสาธารณสุข	9(5.90)
ผู้ช่วยทันตกรรม	2(1.30)
พนักงานช่วยเหลือคนไข้	4(2.60)

พนักงานผู้ช่วยผู้ชีฟ	1(0.70)
พนักงานบริการ	1(0.70)
เภสัชกร	2(1.30)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
น้อยกว่า 10,000 บาท	15(9.80)
10,001-20,000 บาท	53(34.60)
20,001-30,000 บาท	23(15.00)
30,001-40,000 บาท	21(13.70)
มากกว่า 40,000 บาท ขึ้นไป	41(26.80)
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
1-5 ปี	60(39.20)
6-10 ปี	19(12.40)
11-15 ปี	15(9.80)
มากกว่า 15 ปี	59(38.60)
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	
น้อยกว่า 40 ชั่วโมง	10(6.50)
40-48 ชั่วโมง	84(54.90)
49-55 ชั่วโมง	25(16.30)
มากกว่า 55 ชั่วโมง	34(22.20)
จำนวนผู้ใช้บริการที่รับผิดชอบต่อวัน	
น้อยกว่า 20 คน	41(26.80)
21-30 คน	66 (43.10)
31-40 คน	18 (11.80)
41-50 คน	11 (7.20)
มากกว่า 50 คน	17 (11.10)

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งด้านการอ่อนล้าจากงาน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 92.20 และด้านความไม่เกี่ยวข้องกับงาน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 91.50 โดยมีเพียง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.80 ของผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะหมดไฟด้านการอ่อนล้าจากงาน 95% CI เท่ากับ 4.54-13.16 ส่วนด้านความไม่เกี่ยวข้องกับงาน พบ 13 คน ร้อยละ 8.50 95% CI เท่ากับ 5.00-14.09 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและค่าร้อยละของลักษณะภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการอ่อนล้าจากการทำงานและความไม่เกี่ยวข้องในงาน (n=153)

ลักษณะภาวะหมดไฟในการทำงาน	การมีภาวะหมดไฟในการทำงาน	N (%)	95% CI
ด้านการอ่อนล้าจากการทำงาน (Exhaustion)	มีภาวะหมดไฟในการทำงาน	12(7.80)	4.54-13.16
	ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน	141(92.20)	
ด้านความไม่เกี่ยวข้องในงาน (Disengagement)	มีภาวะหมดไฟในการทำงาน	13(8.50)	5.00-14.09
	ไม่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน	140(91.50)	

2. ลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน

พบว่าในกลุ่มที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน มีลักษณะการหมดไฟในการทำงานด้านการอ่อนล้าจากการทำงานทั้งหมด 12 คน ลักษณะที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้ มีบางวันที่รู้สึกเหนื่อยล้าตั้งแต่ก่อนมาถึงที่ทำงาน, หลังจากเลิกงานมักใช้เวลามากขึ้นกว่าเมื่อก่อนเพื่อที่จะรู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกดีขึ้นและหลังเลิกงานรู้สึกอ่อนล้าและหมดเรี่ยวแรงตามลำดับ (ตารางที่ 3) และในส่วนของลักษณะการหมดไฟในการทำงานด้านความไม่เกี่ยวข้องในงาน ทั้งหมด 13 คน ลักษณะที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก มีดังนี้ บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายจากงานที่ทำ, ในช่วงหลังมักใช้ความคิดน้อยลงในการทำงานและทำงานแทบจะเหมือนกับเครื่องจักรและพูดถึงงานในแง่ลบบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของลักษณะภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการอ่อนล้าจากการทำงาน (n=12)

ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านการอ่อนล้าจากการทำงาน	Mean (SD)
1. มีบางวันที่รู้สึกเหนื่อยล้าตั้งแต่ก่อนมาถึงที่ทำงาน	3.00 (0.45)
2. หลังจากเลิกงาน มักใช้เวลามากขึ้นกว่าเมื่อก่อนเพื่อที่จะรู้สึกผ่อนคลายและรู้สึกดีขึ้น	2.80(0.51)
3. ไม่สามารถทนต่อความกดดันจากงานได้*	1.80(0.78)
4. ระหว่างทำงานมักรู้สึกหมดแรงใจ	2.73(0.86)
5. หลังเลิกงานไม่มีพลังงานเพียงพอที่จะทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ*	2.27(0.83)
6. หลังเลิกงานรู้สึกอ่อนล้าและหมดเรี่ยวแรง	2.80(0.52)
7. ไม่สามารถจัดการปริมาณงานได้*	1.87(0.49)
8. ไม่ได้มีพลังงานตอนทำงาน*	2.47(0.62)

* คือ ข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกที่ได้ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทความเหนื่อยล้าจากการทำงาน

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยของลักษณะภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความไม่เกี่ยวข้องในงาน (n=13)

ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความไม่เกี่ยวข้องในงาน	Mean (SD)
1. ไม่สามารถค้นพบสิ่งใหม่ ๆ และสิ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับงานได้*	2.20(0.52)
2. พุดถึงงานในแง่ลบบ่อยขึ้นเรื่อย ๆ	2.67(0.83)
3. ในช่วงหลัง มักใช้ความคิดน้อยลงในการทำงานและทำงานแทบจะเหมือนกับเครื่องจักร	2.73(0.56)
4. มองว่างานไม่มีความท้าทาย*	2.40(0.83)
5. เมื่อเวลาผ่านไป ไม่ว่าใครก็อาจรู้สึกว่าคุณเองไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานประเภทนี้	2.47(0.49)
6. บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายจากงานที่ทำ	3.07(0.52)
7. ไม่รู้สึกผูกพันกับงานมากขึ้นเรื่อย ๆ*	2.40(0.74)

* คือ ข้อที่เป็นคำถามเชิงบวกที่ได้ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทความไม่เกี่ยวข้องในงาน

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 153 คน ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ โดยพบภาวะหมดไฟด้านการอ่อนล้าจากการทำงานร้อยละ 7.8 และด้านความไม่เกี่ยวข้องกับการงานร้อยละ 8.5 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ศึกษามีโครงสร้างงานและเวลาปฏิบัติงานที่ค่อนข้างชัดเจน ไม่มีการปฏิบัติงานค้างคืน และมีภาระงานต่อเนื่องแต่ไม่เร่งด่วนเทียบเท่าหน่วยบริการระดับโรงพยาบาล ซึ่งปัจจัยด้านชั่วโมงการทำงานและเวลาพักผ่อนมีรายงานว่าสัมพันธ์กับระดับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการนอนหลับไม่เพียงพอและการขาดสมดุลชีวิตการทำงาน⁽²²⁻²³⁾ นอกจากนี้ โครงสร้างประชากรของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและมีประสบการณ์ทำงานสูง อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานเนื่องจากบุคลากรกลุ่มนี้มักมีทักษะในการควบคุมอารมณ์และการจัดการความเครียดที่ดีขึ้นตามประสบการณ์การทำงาน⁽²⁴⁻²⁶⁾ ผลการวิจัยจึงแตกต่างจากการศึกษาหลายฉบับทั้งในและต่างประเทศอย่างชัดเจน จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิณยานายงานว่าภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่ประเมินด้วยเครื่องมือ Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) อยู่ในช่วงร้อยละ 26-44⁵ ขณะที่การศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขระดับท้องถิ่นพบความชุกประมาณร้อยละ 26.04²¹ อีกประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่อความแตกต่างของความชุกระหว่างการศึกษาคือ ความแตกต่างของเครื่องมือประเมินภาวะหมดไฟ โดยการศึกษาที่ใช้ OLBI ซึ่งประเมินเพียง 2 มิติ ได้แก่ การอ่อนล้าจากการทำงานและความไม่เกี่ยวข้องกับการงาน ขณะที่การศึกษาอื่นจำนวนมากใช้เครื่องมือที่มีโครงสร้างมิติและเกณฑ์การแปลผลแตกต่างกัน เช่น MBI หรือ CBI ส่งผลให้ค่าความชุกไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้โดยตรง⁵

ในด้านลักษณะของภาวะหมดไฟ ผลการศึกษานี้พบอาการทั้งในมิติความอ่อนล้าและความไม่เกี่ยวข้องกับการงาน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Oldenburg Burnout Inventory ที่พบว่าลักษณะความเหนื่อยล้าก่อนเริ่มงานและอ่อนล้าหลังเลิกงานสะท้อนความเครียดสะสมจากความต้องการของงานที่สูง และสอดคล้องกับแบบจำลอง Job

Demands-Resources ที่อธิบายว่าความไม่สมดุลระหว่างภาระงานและทรัพยากรเป็นกลไกสำคัญของภาวะหมดไฟ¹⁸ ส่วนลักษณะความเปราะบางและลดการมีส่วนร่วมในงานสอดคล้องกับแนวคิดของ Maslach และ Jackson ที่อธิบายว่าเป็นกลไกการป้องกันตนเองทางจิตใจเมื่อเผชิญความเครียดเรื้อรัง²⁵

แม้ว่าความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงานของนักศึกษาจะอยู่ในระดับต่ำ แต่การพบผู้ที่มีภาวะดังกล่าวยังสะท้อนความจำเป็นในการเฝ้าระวังและจัดการเชิงป้องกันในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะการบริหารภาระงาน การส่งเสริมสมดุลชีวิตการทำงาน และการพัฒนาทรัพยากรในองค์กร เพื่อรักษาคุณภาพการให้บริการและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพไทยในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

ข้อสรุป (Conclusions)

ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับต่ำโดยพบผู้ที่มีภาวะหมดไฟประมาณ 1 ใน 10 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งด้านความอ่อนล้าจากการทำงานและด้านความไม่เกี่ยวข้องกับงาน ลักษณะที่พบได้บ่อยในด้านความอ่อนล้า ได้แก่ ความรู้สึกเหนื่อยล้าตั้งแต่ก่อนเริ่มงาน อ่อนล้าหลังเลิกงาน และต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการฟื้นตัวหลังการทำงาน ส่วนด้านความไม่เกี่ยวข้องกับงาน พบลักษณะสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการทำงาน การใช้ความคิดในการทำงานลดลง และการมองงานในแง่ลบมากขึ้น แม้ว่าความชุกของภาวะหมดไฟจะอยู่ในระดับต่ำ แต่ยังเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของบุคลากร ประสิทธิภาพการทำงาน คุณภาพการให้บริการ และประสิทธิผลขององค์กรในระยะยาว ดังนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพัฒนาแนวทางการป้องกันและการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอและจังหวัดอื่น รวมถึงในบุคลากรโรงพยาบาลสาขาต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในหลากหลายบริบทมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความแตกต่างตามพื้นที่ ลักษณะงาน และภาระงานได้อย่างเป็นระบบ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อทำความเข้าใจกลไก ความเสี่ยง และปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันและการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งในระดับบุคคลและองค์กรสาธารณสุข

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษาให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับลักษณะอาการของภาวะหมดไฟที่พบในบุคลากรปฐมภูมิ โดยเฉพาะอาการด้านความเหนื่อยล้าสะสมและความเปราะบางในงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเฝ้าระวังภาวะหมดไฟและการออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในหน่วยบริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลน้ำพอง ที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย อีกทั้งขอแสดงความขอบคุณต่ออาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาและให้ข้อมูลอันมีคุณค่า ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษารั้งนี้

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. **Burn-out an occupational phenomenon: International classification of diseases 11th revision (ICD-11)** [Internet] 2019 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. Neurolaunch. **Global prevalence of burnout: Indeed survey suggests 52% of workers have experienced burnout** [Internet] 2023 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://neurolaunch.com/statistics-on-burnout/>
3. McKinsey Health Institute. **Reframing employee health: moving beyond burnout to holistic health** [Internet] **New York: McKinsey & Company; 2023** [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/reframing-employee-health-moving-beyond-burnout-to-holistic-health>
4. Abdul Aziz AF, Ong T. Prevalence and associated factors of burnout among working adults in Southeast Asia. **Front Public Health**. 2024; 12: 1326227. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1326227
5. Nagarajan R, Ramachandran P, Rajendran D, Kaur P. Global estimate of burnout among the public health workforce: a systematic review and meta-analysis. **Hum Resour Health**. 2024; 22(1): 30. DOI: 10.1186/s12960-024-00917-w
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Policy and Global Affairs; Committee on Women in Science, Engineering, and Medicine; Whitacre P, Wullert K, editors. **Impact of burnout on the STEMM workforce: proceedings of a workshop. Washington (DC): National Academies Press (US); 2025.** DOI: 10.17226/29078
7. The Interview Guys. **The state of workplace burnout in 2025: a comprehensive research report** [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://blog.theinterviewguys.com/workplace-burnout-in-2025-research-report/>
8. Nekoei A. **The economics of burnout** [Internet]. **London: Centre for Economic Policy Research; 2023** [cited 2025 Oct 19]. Available from: <https://cepr.org/voxeu/columns/economics-burnout>
9. Garcia CL, Abreu LC, Ramos JLS, Castro CFD, Smiderle FRN, Santos JAD, et al. Influence of burnout on patient safety: a systematic review and meta-analysis. **Medicina (Kaunas)**. 2019; 55(9): 553. DOI: 10.3390/medicina55090553
10. Alarcon GM. A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. **Journal of Vocational Behavior**. 2011; 79(2): 549-562.
11. Matsuo T, Yoshioka T, Okubo R, Nagasaki K, Tabuchi T. Burnout and its associated factors among healthcare workers and the general working population in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide cross-sectional internet-based study. **BMJ open**. 2022; 12(11): e064716. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-064716

12. Al-Gobari M, Shoman Y, Blanc S, Guseva Canu I. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024; 21(12): 1583. DOI: 10.3390/ijerph21121583
13. Yang S, Liu D, Liu H, Zhang J, Duan Z. Relationship of work-family conflict, self-reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest China: A cross-sectional study. *PloS One*. 2017; 12(2): e0171679. DOI: 10.1371/journal.pone.0171679
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือการจัดบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ** [อินเทอร์เน็ต] 2562 [อ้างเมื่อ 19 ต.ค. 2568] จาก: <https://divisionksn.moph.go.th/sam/wp-content/uploads/2024/12/คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ.pdf>
15. จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล, ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์. ภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด 19. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*. 2567; 1 0(2): 104-117.
16. Boonthep S, Prasit N, Nonthamat A, Nidthumsakul N. Factors associated with burnout syndrome among healthcare workers at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province, Thailand. *JPSS*. 2025; 34: 510-530. DOI: 10.25133/JPSSv342026.026
17. กระทรวงสาธารณสุข. **โรงพยาบาลน้ำพอง** [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างเมื่อ 19 ต.ค. 2568]. จาก: <https://healthserv.net/โรงพยาบาลน้ำพอง-hospd60055>
18. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001; 86(3): 499-512.
19. Yaowapak C, Lortrakul J, Puangtai S, Wannarit K. Psychometric properties of a Thai version of the Oldenburg Burnout Inventory among staff at a university hospital. *Asian J Psychiatr*. 2025; 106: 104418. DOI: 10.1016/j.ajp.2025.104418
20. Boswell WR, Boudreau JW, Tichy J. The relationship between employee job change and job satisfaction: the honeymoon-hangover effect. *J Appl Psychol*. 2005; 90(5): 882-892. DOI: 10.1037/0021-9010.90.5.882.
21. Yeager VA, Balio CP, Kronstadt J, Beitsch LM. The Relationship Between Health Department Accreditation and Workforce Satisfaction, Retention, and Training Needs. 2019; 25(2): S113-S123. DOI: 10.1097/PHH.0000000000000920
22. ศรีณย์ ศรีคำ. **ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556. DOI: 10.58837/CHULA.THE.2013.588
23. วาริชญา ศิวกาญจน์, บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์. **ความเหนื่อยล้าในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล**. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*. 2554; 2(2): 331-341.

24. วัลลภ วิชาญเจริญสุข. ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้แทนยาบริษัทยาข้ามชาติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
25. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 198; 2(2): 99-113. DOI: 10.1002/job.4030020205
26. สติพรธน์ นิลสงวนเดชะ, ณัฏฐวรรต บัวทอง. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานองค์การเภสัชกรรม. *Chula Med J*. 2559; 60(5). DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.60.5.8
27. ณัฐนันท์ ฤทธิสำเร็จ, ชีระวุธ ธรรมกุล, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 2563; 17(1): 86-99.