



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

ISSN : 3056-9699 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับเพิ่มเติม 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Vol.2 Supplment.1 JANUARY - JUNE 2025



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปกิณกะสาระความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนดออก :เผยแพร่ราย6เดือน ปีละ2ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญนัฐ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกรัก พิทาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พรวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี่

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปริญญญา สุริยงค์

นายแพทย์ชำนาญการ

8.พญ.ศศิวิมล มุลกะเยาว์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวงค์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้จัดการวารสาร

นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล

ผู้ช่วยพนักงานสุศึกษา

กลุ่มงานสุศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับ

1.การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Study of the prevalence and factors related to depression among elderly in non-communicable diseases patients receiving services at Sanpatong Hospital, Chiang Mai province พิพัฒน์พงษ์ ธรรมสโรช.....	1
2.ผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อระดับความรู้และความตระหนักของสตรี ที่มีผลการตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง The Effect of PowerPoint-Based Education on Knowledge and Awareness Levels Among Women with High-Risk HPV Detected by HPV DNA Testing ชาคร อินต๊ะพันธ์.....	14
3.การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ Developing Health Literacy Competencies to Promote Health Behaviors by 3E 2S of the Elderly at Doi Tao District, Chiangmai Province. อุดมศักดิ์ ศรีจา.....	33
4.ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัด เชียงใหม่ Health literacy and health behaviors 3E 2S of the elderly in Banmae Sub-district, Sanpatong District, Chiangmai Province. จันทร์เพ็ญ หน่อตุ่น.....	51
5.ผลของการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score2) ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและ สัญญาณ เตือนในผู้ป่วยขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ The Effect of Using the National Early Warning Score 2 (NEWS2) in Monitoring Change in Patient Conditions and Warning Signs in Outpatients Waiting for Diagnosis at Sanpatong Hospital Chiang Mai จิรัชญา แปกกันทา.....	69

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

- 6.ประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ ในอำเภอ
สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Effective of Motivational Enhancement Therapy Group on Smoking
Behavior Among Monks with Tobacco Dependence at Sanpatong District, Chiang Mai Province
ดอกรัก พิหาคำ 86
- 7.ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และ สภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ The Effects of the Self-
Management Discharge Planning Program on Symptoms and Dyspnea in Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease in the In-patient Department Doi Lo Hospital, Chiangmai
Province.
ปาณิสรา ถาคำตีบ.....103

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Study of the prevalence and factors related to depression
among elderly in non-communicable diseases patients
receiving services at Sanpatong Hospital, Chiang Mai province

พิพัฒน์พงษ์ ธรรมสโรช (Pipatpong Dharmasaroja)*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในผู้สูงอายุ และมักถูกมองข้าม เนื่องจากอาการแสดงอาจคล้ายกับความเปลี่ยนแปลงทางกายตามวัยหรือโรคทางกายอื่น ๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จากผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อสุขภาพกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำความเข้าใจถึงความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค NCDs ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 209 ราย ด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 22.01 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอและแหล่งที่มาของรายได้ ความกังวลต่อโรคประจำตัว พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ดังนั้น การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการประเมิน คัดกรอง และให้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค NCDs เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง อีเมล: darksidedr07@gmail.com

* Medical Doctor, Professional Level. Sanpatonghospital Email: darksidedr07@gmail.com

Abstract

Depression is a major mental health concern among older adults but is frequently underdiagnosed, as its symptoms may resemble age-related physical changes or other medical conditions. Particularly in elderly individuals with non-communicable diseases (NCDs), the risk of developing depression is higher due to the chronic nature of their illnesses, which can impact physical health, mental well-being, and daily functioning. Understanding the prevalence and associated factors of depression in this population is essential for planning holistic healthcare. This study aimed to examine the prevalence of, and factors associated with, depression among elderly patients with non-communicable diseases (NCDs) attending Sanpatong Hospital in Chiang Mai Province. A cross-sectional descriptive design was employed. Data were collected from 209 older adults using a general demographic questionnaire and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-15). Descriptive statistics were used to summarize the data, and Chi-square tests were employed to analyze the associations between various factors and depression. The results showed that the prevalence of depression in the study population was 22.01%. Factors found to be significantly associated with depression ($p < 0.05$) included educational level, adequacy and sources of income, concern about existing illnesses, exercise behavior, smoking, social relationships, participation in community activities, and satisfaction with quality of life. The findings underscore the importance of promoting appropriate mental health screening and services at the primary care level, particularly for elderly individuals with non-communicable diseases (NCDs), to help prevent and mitigate depression.

Keywords: Depression, Elderly, Non-communicable diseases (NCD)

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (66,057,967 คน) และคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งจะมีประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Song & Tang, 2019) ช่วงวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เช่น การเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่สมรส หรือการแยกจากบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และหากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาในต่างประเทศของ Blazer และใน ประเทศไทยของนภา พวงรอด พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดทุพพลภาพ การเสื่อมของสุขภาพโดยรวม ความสามารถ

ด้านความคิด ความจำ และการเข้าสังคม ตลอดจนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายประการ ได้แก่ การเป็นหม้ายหรือแยกกันอยู่ ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคง การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ปัญหาการนอน และความสัมพันธ์ในครอบครัว (Blazer, 2003; Paungrod, 2015) โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่เหมาะสม ซึ่ง Oliveira พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากถึง 6.125 เท่า (de Oliveira *et al.*, 2014) อันเป็นผลจากการขาดแรงสนับสนุนและความช่วยเหลือจากครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งและความว่างเปล่าทางจิตใจ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในระยะยาว (Marinho *et al.*, 2010) นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ไตวาย และโรคหลอดเลือดสมอง ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการซึ่งช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่สามารถทำงานได้อย่างที่เคย มีรายได้ลดลง บทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีความสุขในชีวิต รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้คุณค่า จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยพบความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 43.70 และเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 7.90 - 17.00 ซึ่งถ้าภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว เพิ่มภาระในการดูแล และมีความคิดฆ่าตัวตายในอนาคตได้ (Dobler, 2019)

สำหรับพื้นที่อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 11 ตำบล มีประชากรทั้งสิ้น 54,311 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จาก

กระทรวงสาธารณสุข) จากข้อมูลของโรงพยาบาลสันป่าตองในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่สูงกว่าค่าชีวิตระดับประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 16.22 ต่อประชากรแสนคน และอัตราพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 56.79 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินค่าชีวิตของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 และ 33 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าตำบลห้วยม้ามีส่วนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด และกลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงอายุ 41–50 ปี, 21–30 ปี และ 31–40 ปี ตามลำดับ

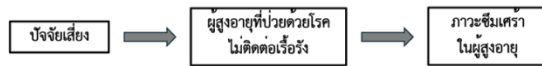
จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มิได้ได้รับการตรวจประเมินหรือรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวัน และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมทั้งการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ซึ่งเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับบริการทางการแพทย์ ณ

โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัด
เชียงใหม่

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Activities of Daily Living; ADL) ปัญหาทางการเงิน และความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน

1. ประชากรที่ศึกษา

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- 2) เป็นผู้ที่มีอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสันป่าตอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตาม ICD-10 (โรคเบาหวาน รหัส ICD10 : E10 – E14, โรคความดันโลหิตสูง รหัส ICD10 : I10 – I15, โรคไขมันในเลือดสูง รหัส ICD10 : E78 และโรคไตเรื้อรัง รหัส ICD10 : N18)

- 3) มีความสนใจเข้าร่วมงานวิจัยและให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูล
- 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
- 5) อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ แล้วได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรครุนแรงหรือโรคทางจิตและการรับรู้
- 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

2. วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยอิงตามสูตรของ Cochran (Cochran, 1977) สำหรับประชากรจำกัด โดยใช้จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 10,649 ราย

จากการทบทวนข้อมูลการศึกษาที่เกี่ยวข้องของ อีสริย์ ศิริวรรณกุลธรและคณะ พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประชากรจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ที่ร้อยละ 13.3 (Siriwankulthorn *et al.*, 2021) การคำนวณใช้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z = 1.96$) เมื่อปรับค่าขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย และเพื่ออัตราขาดข้อมูลหรือไม่ตอบแบบสอบถาม (non-response rate) ร้อยละ 20 แล้ว ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายเท่ากับ 209 ราย โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามจำนวนที่คำนวณได้

3. วิธีการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย (แพทย์) และผู้ช่วยวิจัย (นักจิตวิทยา) ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมในการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างสำหรับเก็บข้อมูลทั่วไป และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการรับรองความน่าเชื่อถือ โดยมีผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอบถาม โดยใช้เวลาในการถาม-ตอบประมาณ 15 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย มีองค์ประกอบทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง เพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีถามให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่จำนวนทั้งหมด 15 ข้อ มีความเที่ยงสอดคล้องภายใน (alpha coefficient reliability) เท่ากับ 0.75 ประกอบไปด้วยคำถามความพึงพอใจในชีวิต ความสนใจในกิจกรรม ความรู้สึกเบื่อหน่ายหรือหมดหวัง และอารมณ์ โดยถ้าได้คะแนน 6 คะแนนขึ้นไปบ่งบอกว่าอาจมีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ในการศึกษาครั้งนี้ใช้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ในการบ่งบอกว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า
- 2) แบบประเมินข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอและแหล่งที่มาของรายได้

- 3) แบบประเมินสถานะทางสุขภาพกายและทางจิตสังคม ได้แก่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาที่ป่วย ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ ปัญหาการนอนหลับ การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การอาศัยภายในบ้าน ความรู้สึกสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอ ข้อมูลในรูปของตารางแจกแจงความถี่ (frequencies) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (standard error of mean) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วย Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาพร้อมทั้งลงนามในเอกสารยินยอม จำนวนทั้งสิ้น 209 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีคะแนนประเมินตามแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) น้อยกว่า 6 คะแนน จำนวน 163 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 77.99 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีคะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงภาวะซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า มีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.01 โดยในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ที่บ่งชี้ว่ามีภาวะซึมเศร้า

(คะแนนตั้งแต่ 6-10) จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 13.40) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่ชัดเจน (คะแนน ≥ 11) จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 8.61) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)

การแปลผล	กลุ่มตัวอย่าง (n = 209)	
	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (<6 คะแนน)	163	77.99
ผู้สูงอายุที่บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า (≥ 6 คะแนน)	28	13.40
ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน (≥ 11 คะแนน)	18	8.61
จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า	46 ราย	
ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		ร้อยละ 22.01

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 209 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.89 อยู่ในช่วงอายุ 65-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.01 ในด้านสถานภาพสมรส พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 64.11 ขณะที่ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 66.03 เมื่อพิจารณารายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 59.81 และแหล่งรายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 66.99 ดังแสดงในตารางที่ 2

ความชุกของภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการศึกษานี้คิดเป็นร้อยละ 22.01 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.040$) ความเพียงพอของรายได้ ($p < 0.001$) และแหล่งที่มาของรายได้ ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

สำหรับปัจจัยสถานะทางสุขภาพและทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ ($p < 0.001$) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($p < 0.001$) และการสูบบุหรี่ ($p = 0.001$) ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง ($p < 0.001$) การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน ($p < 0.001$) และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประชากรและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานประชากรกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อมูลพื้นฐานประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		p-value
	N = 209	N = 163		N = 46		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ						
ชาย	88 (42.11)	69	42.33	19	41.30	0.520
หญิง	121 (57.89)	94	57.67	27	58.70	
อายุ						
60-64 ปี	48 (22.97)	36	22.09	12	26.09	0.873
65-69 ปี	69 (33.01)	52	31.90	17	36.96	
70-74 ปี	43 (20.57)	36	22.09	7	15.22	
75-79 ปี	30 (14.35)	23	14.11	7	15.22	
80-84 ปี	12 (5.74)	10	6.13	2	4.35	
มากกว่า 85 ปี	7 (3.35)	6	3.68	1	2.17	
สถานภาพการสมรส						
โสด	19 (9.09)	16	9.82	3	6.52	0.706
สมรส	134 (64.11)	106	65.03	28	60.87	
หม้าย	47 (22.49)	34	20.86	13	28.26	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9 (4.31)	7	4.29	2	4.34	
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เข้าเรียน	10 (4.78)	5	3.07	5	10.87	0.040*
ประถมศึกษาปีที่ 4	138 (66.03)	105	64.42	33	71.74	
มัธยมต้น	9 (4.31)	6	3.68	3	6.52	
มัธยมปลาย	16 (7.66)	13	7.98	3	6.52	
ปวช. - ปวส.	13 (6.22)	13	7.98	0	0.00	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	23 (11.00)	21	12.88	2	4.35	
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอต่อการใช้จ่าย	125 (59.81)	111	68.10	14	30.43	<0.001*
ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย	84 (40.19)	52	31.90	32	69.57	
แหล่งที่มาของรายได้						

เบี้ยยังชีพ	140 (66.99)	98	46.89	42	91.30	
ลูก-หลานส่งให้	25 (11.96)	25	11.96	0	0.00	
เงินบำนาญ	27 (12.92)	26	12.44	1	2.17	0.001*
เบี้ยผู้พิการ	1 (0.48)	1	0.48	0	0.00	
อื่นๆ	16 (7.66)	13	6.22	3	6.52	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ * chi-square test

ตารางที่ 3 ปัจจัยสถานะทางสุขภาพและทางจิตสังคมและความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยสถานะทางสุขภาพ และทางจิตสังคม	กลุ่มตัวอย่าง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		p-value
	N = 209	N = 163		N = 46		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า						
ไม่มี	195 (93.30)	154	94.48	41	89.13	0.422
มี	9 (4.31)	6	3.68	3	6.52	
ไม่ทราบ	5 (2.39)	3	1.84	2	4.35	
ระยะเวลาที่ป่วย						
ไม่เกิน 1 ปี	9 (4.31)	9	5.52	0	0.00	0.304
1-5 ปี	40 (19.14)	30	8.40	10	21.74	
5-10 ปี	50 (23.92)	41	25.15	9	19.57	
มากกว่า 10 ปี	110 (52.63)	83	50.92	27	58.70	
ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่						
มีความกังวล	61 (29.19)	38	23.31	23	50.00	<0.001*
ไม่มีความกังวล	148 (70.81)	125	76.69	23	50.00	
ปัญหาการนอนหลับ						
ไม่มีปัญหา	138 (66.03)	110	67.48	28	60.87	0.688
มีปัญหา: นอนมาก/นอนกลางวัน	7 (3.35)	5	3.07	2	4.35	
มีปัญหา: นอนน้อย/นอนไม่หลับ	64 (30.62)	48	29.45	16	34.78	
การออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	86 (41.15)	56	34.36	30	65.22	<0.001*
ไม่สม่ำเสมอ (1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)	74 (35.41)	63	38.65	11	23.91	

สม่ำเสมอ (4-7 ครั้งต่อสัปดาห์)	49 (23.44)	44	26.99	5	10.87	
การดื่มสุรา						
ไม่ดื่มสุรา	165 (78.95)	127	77.91	38	82.61	
ดื่มนานๆ ครั้ง (1-3 วันต่อสัปดาห์)	30 (14.35)	27	16.56	3	6.52	0.125
ดื่มเป็นประจำ (4-7 วันต่อสัปดาห์)	14 (6.70)	9	5.52	5	10.87	
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบบุหรี่	198 (98.74)	158	96.93	40	86.96	
สูบนานๆ ครั้ง (1-3 วันต่อสัปดาห์)	5 (2.39)	4	2.45	1	2.17	0.001*
สูบเป็นประจำ (4-7 วันต่อสัปดาห์)	6 (2.87)	1	0.61	5	10.87	
การอาศัยภายในบ้าน						
อยู่บ้านกับครอบครัว	183 (87.56)	144	88.34	39	84.78	0.518
อยู่บ้านคนเดียว	26 (12.44)	19	11.66	7	15.22	
ความรู้สึกสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด						
สามารถทำได้	191 (91.39)	151	92.64	40	86.96	0.225
ทำใจไม่ได้	18 (8.61)	12	7.36	6	13.04	
ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง						
มีความสัมพันธ์ที่ดี	171 (81.82)	145	88.96	26	56.52	<0.001*
ความสัมพันธ์ไม่ดี	38 (18.18)	18	11.04	20	43.48	
การเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน						
เข้าร่วม	112 (53.59)	98	60.12	14	30.43	<0.001*
ไม่เข้าร่วม	97 (46.41)	64	39.26	32	69.57	
ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต						
มีความพึงพอใจ	177 (84.69)	156	95.71	20	43.48	<0.001*
ไม่มีความพึงพอใจ	32 (15.31)	7	4.29	26	56.52	

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ * chi-square test

อภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ ร้อยละ 22.01 ซึ่งสูงกว่าค่าประมาณการของประชากรผู้สูงอายุทั่วไปในประเทศไทยที่อยู่ระหว่าง ร้อยละ 10-20 ตามรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2565) โดย

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการมีโรคประจำตัวเรื้อรังกับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Duangnate, 2021)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความกังวลต่อโรค พฤติกรรมสุขภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bio-psycho-

social model เพื่ออธิบายว่าปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม ล้วนมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคล (Roberts, 2023)

ในการศึกษานี้ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริย์ ศิริวรรณกุลธรและคณะ ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ประถมศึกษา อาจมีความเชื่อมโยงกับการประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำและไม่เพียงพอ (Siriwankulthorn *et al.*, 2021) การศึกษาที่แตกต่างกันอาจจำกัดความสามารถในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรับรู้และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพจิตหรือวิธีการจัดการกับภาวะเครียด

รายได้และแหล่งรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่พึ่งพาเบี้ยยังชีพเป็นหลัก ซึ่งการศึกษานี้พบว่า แหล่งที่มาของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาในประเทศไทย ยกตัวอย่างการศึกษาของกรณทิพย์ ผลกระโทก ที่พบว่า การขาดอิสระในการเลือกใช้จ่ายหรือการควบคุมการเงินอาจทำให้เกิดความรู้สึกของการสูญเสียอิสรภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเสื่อมถอยได้ง่าย (Chayakul & Ponkratok, 2020)

ความกังวลต่อโรคเรื้อรังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าปัจจัยนี้จะยังไม่ได้มีการศึกษาที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สะท้อนถึงความไม่แน่นอนและการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งสามารถทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวังและวิตกกังวลได้ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่โรคเรื้อรัง

เหล่านี้มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความสูญเสียทั้งในด้านร่างกายและอารมณ์

พฤติกรรมการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Taizo Wada ที่กล่าวถึงกิจวัตรประจำวัน (activities daily living; ADL) ที่น้อยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่ขาดการออกกำลังกายมักมีความเสี่ยงที่จะพึ่งพาตัวเองได้น้อยลง และอาจประสบปัญหาด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการขาดความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถในการดูแลตนเอง (Wada *et al.*, 2005) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แบบมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม ซึ่งสามารถลดคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากความเจ็บปวดทางกายและการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

จากการศึกษาของ Blazer กล่าวว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีหรือโดดเดี่ยว (Blazer, 2003) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาคมบุญเลิศ ที่พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (Bunloet, 2016) โดยความสัมพันธ์ที่ดีสามารถ

ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนทางอารมณ์และสร้างแรงสนับสนุนในช่วงเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีผลในการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจิต

ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสมดุลในหลายมิติของชีวิต เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทาย ความไม่พึงพอใจในคุณภาพชีวิตนั้นมักสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจเผชิญกับการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองหรือการเปลี่ยนแปลงในบทบาทชีวิต ความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจในชีวิตอาจนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวังหรือวิตกกังวล ซึ่งสามารถกระตุ้นภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษาหลายชิ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศระบุว่า ความพึงพอใจในชีวิตถือเป็นปัจจัยคุ้มครองที่สำคัญ (protective factor) ที่ช่วยป้องกันหรือบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Handajani *et al.*, 2022; Moonduang & Bangoen, 2025) ความพึงพอใจนี้ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับสภาพทางกายภาพหรือเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการรับรู้คุณค่าในชีวิตและการมีเป้าหมายที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความหมายในชีวิต ซึ่งช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

จากการศึกษานี้ พบว่า การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ควรเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การประเมินภาวะซึมเศร้าควรเริ่มจากการคัดกรองในหน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs หากพบภาวะซึมเศร้าควรให้การช่วยเหลือโดยเร็วที่สุดตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา หรือหากอยู่ในระยะที่รุนแรงควรพิจารณาส่งต่อให้จิตแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป นอกจากนี้ควรมีการ ประเมินซ้ำ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเดียวในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งอาจจะไม่สามารถสะท้อนถึงความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นๆ ได้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ที่ร้อยละ 22.01 ซึ่งสะท้อนถึงการมีภาวะซึมเศร้าที่สูงในผู้สูงอายุที่มีโรค NCDs โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอและแหล่งที่มาของรายได้ ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ พฤติกรรมการออกกำลังกายและสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค NCDs โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ณหทัย วงศ์ปการันย์ ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Version of Geriatric depression Scale - 15 (TGDS - 15) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณนางสาวขวัญจิต พุชัย นักจิตวิทยาคลินิก ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 019/2567

เอกสารอ้างอิง

- Blazer, DG. (2003). **Depression in late life: review and commentary.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 58(3): 249-265.
- Bunloet, A. (2016). **Prevalence and Factors Associated with Depression among the Elderly Community Residents with Chronic Diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen.** Srinagarind Med J, 31(1): 25-33.
- Chayakul, K., & Ponkratok, P. (2020). **Factors Related to Resilience Quotient among Elderly with Chronic Disease in Rural Area of Nakhon Ratchasima Province.** The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7(2): 127-137.
- Cochran, W.G. . (1977). **Sampling Techniques** (3rd Edition). New York: John Wiley & Sons.

- deOliveira, SC., dos Santos, AA., & Pavarini, SC. (2014). **The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly.** Rev Esc Enferm USP, 48(1): 66-72.
- Dobler, CC. (2019). **Living well with a chronic respiratory disease.** Breathe (Sheff), 15(2): 93-94.
- Duangnate, K. (2021). **Prevalence and factors associated depression among NCD patients at primary care unit of Phukieo Chalermprakiat Hospital.** Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 36(1): 13-24.
- Handajani, YS., Schroder-Butterfill, E., Hogervorst, E., Turana, Y., & Hengky, A. (2022). **Depression among Older Adults in Indonesia: Prevalence, Role of Chronic Conditions and Other Associated Factors.** Clin Pract Epidemiol Ment Health, 18.
- Marinho, PE., Melo, KP., Apolinario, AD., Bezerra, E., Freitas, J., Melo, DM., et al (2010). **Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil.** Arch Gerontol Geriatr, 50(2): 151-155.
- Moonduang, N., & Bangoen, P. (2025). **Prevalence and Factors Associated with Depression in Elderly with Chronic Disease Who Received Care at Ban Mai**

- ChaiyapotHospital,Burirum Province.
Regional Health Promotion Center 9
Journal, 9(1): 1-15.
- Paungrod, N. (2015). **The study on depression in Nonthaburi province elderly.** Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences, 2(1): 63-74.
- Roberts, A. (2023). **The biopsychosocial model: Its use and abuse.** Med Health Care Philos, 26(3): 367-384.
- Siriwankulthon, I., Jiraporncharoen, W., Pinyopornpanish, K., Angkurawaranon, C., Rojanasumapong, A., Inpa, C., et al (2021). **Prevalence and factors associated with depression in elderly patients in family medicine outpatient clinic, Chiang Mai University.** Ment Health Thai, 29(1): 1-11.
- Song, P., & Tang, W. (2019). **The community-based integrated care system in Japan: Health care and nursing care challenges posed by super-aged society.** Biosci Trends, 13(3): 279-281.
- Wada, T., Ishine, M., Sakagami, T., Kita, T., Okumiya, K., Mizuno, K., et al (2005). **Depression, activities of daily living, and quality of life of community-dwelling elderly in three Asian countries: Indonesia, Vietnam, and Japan.** Arch Gerontol Geriatr, 41(3): 271-280.

ผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อระดับความรู้และความตระหนักของสตรี ที่มีผลการตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง

The Effect of PowerPoint-Based Education on Knowledge and Awareness Levels Among Women with High-Risk HPV Detected by HPV DNA Testing

ชญากา จันท์พลงาม (Chavapha Chanphlongam)*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มเสี่ยงสูงเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก การสื่อสารผลตรวจอย่างชัดเจนและเข้าใจง่ายมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการวินิจฉัยเพิ่มเติม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อระดับความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมการมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในสตรีที่ตรวจพบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มเสี่ยงสูง การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Two-group design) ดำเนินการในสตรีอายุ 30–60 ปี ที่มีผลตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ได้รับการอธิบายด้วย PowerPoint) และกลุ่มควบคุม (ได้รับการอธิบายด้วยโปสเตอร์) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการอธิบาย และติดตามพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired-samples t-test, Independent-samples t-test, Chi-square test, One-sample t-test และ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Mean = 17.72, SD = 1.308; $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยมีสัดส่วนผู้มีความรู้ระดับดี ($\geq 80\%$) ร้อยละ 56.00 เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่มีเลย ($p < .001$) ความพึงพอใจต่อสื่อ PowerPoint อยู่ในระดับสูงในทุกด้าน (Mean รวม = 55.80, SD = 1.683) และสูงกว่าค่ากลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 58.82$, $p < .001$) ส่วนอัตราการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มโดยไม่ต้องติดตามซ้ำในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (92.00% เทียบกับ 72.00%) แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .138$)

สรุป: ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สื่อ PowerPoint มีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้ ความพึงพอใจ และส่งเสริมพฤติกรรมการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มของสตรีที่มีผลตรวจพบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในงานสาธารณสุขเชิงรุกเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองและการมาตรวจตามนัดต่อเนื่อง

คำสำคัญ: เชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง, มะเร็งปากมดลูก, สื่อ PowerPoint, ความรู้, ความพึงพอใจ, การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน จังหวัดบุรีรัมย์ อีเมล: Toon2549.bb@gmail.com

* Registered Nurse Practitioner Ban Hua Thanon Health Promoting Hospital, Buriram Province, Email: Toon2549.bb@gmail.com

Abstract

High-risk human papillomavirus (HPV) infection is a leading cause of cervical cancer. Clear communication of test results plays a crucial role in women's decision-making regarding further diagnostic procedures. This quasi-experimental two-group study aimed to evaluate the effects of PowerPoint-based education on knowledge, satisfaction, and follow-up diagnostic behavior among women who tested positive for high-risk HPV via HPV DNA testing.

This study recruited 50 women aged 30–60 years with high-risk HPV detected. Participants were divided into two groups: the experimental group (received explanation via PowerPoint) and the control group (received explanation via poster). Data collection involved pre- and post-intervention questionnaires and follow-up of diagnostic attendance. Data analysis included Paired-samples t-test, Independent-samples t-test, Chi-square test, One-sample t-test, and Fisher's Exact Test.

The results demonstrated that the experimental group achieved significantly higher post-intervention knowledge scores (Mean = 17.72, SD = 1.308; $p < .001$) compared to the control group ($p < .001$). Moreover, 56.00% of women in the experimental group achieved a good knowledge level ($\geq 80\%$), whereas none in the control group did ($p < .001$). Satisfaction with the PowerPoint material was high across all domains (Overall Mean = 55.80, SD = 1.683), significantly exceeding the midpoint ($t = 58.82$, $p < .001$). Additionally, a higher proportion of women in the experimental group underwent follow-up diagnostic testing without the need for repeated reminders (92.00% vs. 72.00%), though the difference was not statistically significant ($p = .138$).

Conclusion: PowerPoint-based education effectively enhances knowledge, satisfaction, and promotes diagnostic follow-up among women with high-risk HPV infection. This approach is suitable for proactive public health initiatives aimed at promoting self-care and adherence to scheduled follow-up appointments.

Keywords: High-risk HPV, cervical cancer, PowerPoint-based education, knowledge, satisfaction, diagnostic follow-up

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 20 ล้านราย และผู้เสียชีวิตเกือบ 10 ล้านรายในปี ค.ศ. 2020 (Sung et al., 2021) โดยในประเทศไทย พบว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิง และเป็นมะเร็งที่มีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2021).

สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพไทย โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 9,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตกว่า 4,700 ราย (ICO/IARC, 2023) แม้จะมีบริการตรวจคัดกรองและวัคซีนเอชพีวี แต่หญิงไทยในพื้นที่ชนบทยังเข้าถึงได้น้อยกว่ากลุ่มในเมืองอย่างมีนัยสำคัญ (Intarut et al., 2021)

เชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papillomavirus) เป็นไวรัสที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเป็นสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูก ไวรัสเอชพีวีมีมากกว่า 200 สายพันธุ์ โดยประมาณ 40 สายพันธุ์สามารถติดเชื้อบริเวณเยื่อผิวของอวัยวะสืบพันธุ์ ปากมดลูก และทวารหนัก (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023) สายพันธุ์ของ HPV แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Low-risk HPV) มี 12 ชนิด คือ ชนิด 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 และชนิดซีพี 6108 โดยเอชพีวีชนิด 6 และ 11 เป็นชนิดที่ก่อให้เกิดหูดหงอนไก่และรอยโรคระดับต่ำ (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion: LSIL) และ 2) กลุ่มความเสี่ยงสูง (High-risk HPV) เช่น สายพันธุ์ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 และ 82 (National Cancer Institute [NCI], 2023) โดยพบว่า เชื้อเอชพีวีชนิด 16 และ 18 มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 70%

ของทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2023). ซึ่งการติดเชื้อเอชพีวีส่วนใหญ่จะหายได้เองภายใน 1–2 ปี (Gandhi et al., 2022; WHO, 2023) แต่การติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูงแบบเรื้อรังหรือเชื้อเกาะติดฝังแน่นเนิ่นนานอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก จนกลายเป็นรอยโรคระดับต่ำ (Low-grade squamous intraepithelial lesion; LSIL) หรือรอยโรคระดับสูง (High-grade squamous intraepithelial lesion; HSIL) และหากไม่ได้รับการตรวจพบและรักษาอย่างทันท่วงที อาจพัฒนาไปสู่มะเร็งปากมดลูกได้ในที่สุด (American Cancer Society [ACS], 2023)

ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ HPV ได้แก่ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน การสูบบุหรี่ และการมีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ในผู้ติดเชื้อ HIV หรือใช้ยากดภูมิคุ้มกัน (ACS, 2023) ปัจจุบันแม้จะมีวัคซีน HPV ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อชนิดเสี่ยงสูงแล้ว แต่การเข้าถึงวัคซีนในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางยังมีข้อจำกัด ส่งผลให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงในบางพื้นที่ (WHO, 2023)

ในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ในสตรีอายุ 30–60 ปี จำนวน 100, 177 และ 102 ราย ตามลำดับ โดยพบการติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูงจำนวน 19, 25 และ 16 รายตามลำดับ จากการติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีเพียง 38.33% (23 ราย) ที่มารับฟังผลตรวจในครั้งแรก ขณะที่อีก 61.67% (37 ราย) ซึ่งต้องมีการติดตามซ้ำหลายครั้ง จึงยินยอมมารับใบส่งตัว และยังพบว่า มีสตรีบางรายถึงแม้จะมารับใบส่งตัวแล้ว แต่กลับไม่ไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มตามคิวนัด จำนวน 27 ราย จากการ

สัมภาษณ์ สตรีที่มีผลตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูงที่ไม่มารับใบส่งตัว และไม่ไปตรวจรักษาตามนัด พบปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ และแข็งแรงเชื่อว่าร่างกายสามารถกำจัดเชื้อเอชพีวีได้เอง 2) ความกลัวผลการตรวจหรือการรักษา เช่น กลัวผลเป็นมะเร็ง กลัวยาเคมีบำบัด และกลัวการส่องกล้องตรวจปากมดลูก 3) การขาดความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และแนวทางการรักษา และ 4) ข้อจำกัดด้านเวลาและอาชีพ เช่น ต้องทำงานนอกพื้นที่หรือยังไม่สะดวกมาตรวจตามนัด โดยความสำเร็จของการควบคุมมะเร็งปากมดลูกจำเป็นต้องดำเนินการอย่างครบวงจร ตั้งแต่การเข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมาย การใช้วิธีตรวจที่แม่นยำ การกำหนดความถี่ของการตรวจที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ที่มีผลผิดปกติไปยังระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ อีกองค์ประกอบสำคัญที่มักถูกละเลยคือ กระบวนการอธิบายผลตรวจให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจรับการวินิจฉัยและการรักษารวมทั้งการตรวจติดตามผลหลังการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งการสื่อสารผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงการคัดกรองที่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการตรวจหาเชื้อเอชพีวี (HPV) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของมะเร็งปากมดลูก (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารผลการตรวจ HPV DNA test อย่างชัดเจน ตรงประเด็น และเข้าใจง่าย จึงได้พัฒนา **สื่อ PowerPoint** เพื่อใช้ในการอธิบายผลการตรวจให้แก่สตรีที่ตรวจพบเชื้อ HPV ชนิดกลุ่มเสี่ยงสูง โดยมุ่งเน้นให้เนื้อหากระชับ ครบถ้วนข้อ

สงสัยที่พบบ่อย ลดความวิตกกังวล และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความร่วมมือในการเข้ารับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างเหมาะสมในลำดับถัดไป โดยแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่า **การใช้สื่อภาพประกอบ เช่น PowerPoint** สามารถเพิ่มระดับความเข้าใจของผู้ป่วยและลดความกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีของโรคที่มีความซับซ้อน เช่น มะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีข้อมูลทางการแพทย์จำนวนมากที่อาจเข้าใจยากสำหรับประชาชนทั่วไป (Hirvonen et al., 2021; Yang et al., 2023) การใช้สื่อที่เหมาะสมจึงนับเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานคัดกรองและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และกระบวนการก่อรอยโรคที่ปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของสตรีที่มีผลการตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง ต่อการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม
3. เพื่อเปรียบเทียบการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มตามนัด โดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และการตรวจวินิจฉัย การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human papillomavirus; HPV) โดยเฉพาะสายพันธุ์กลุ่มเสี่ยง

สูง เช่น HPV16 และ HPV18 เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยมีหลักฐานทางระบาดวิทยาชี้ว่าเชื้อทั้งสองสายพันธุ์นี้มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 ของกรณีทั่วโลก (Bruni et al., 2023) โดยการตรวจหา DNA ของเชื้อเอชพีวี (HPV DNA testing) จัดเป็นวิธีที่มีความไวสูงกว่าการตรวจ Pap smear เพียงอย่างเดียว และมีบทบาทสำคัญในการตรวจคัดกรองและติดตามสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการหรือมีเซลล์ผิดปกติเพียงเล็กน้อย (Schiffman et al., 2022)

2. ความสำคัญของการให้ข้อมูลและการอธิบายผลตรวจ การแจ้งผลตรวจและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ซับซ้อนอย่างการติดเชื้อเอชพีวี (HPV) หากใช้เพียงเอกสารหรือคำบอกเล่า อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อน ส่งผลต่อความร่วมมือในการเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาในขั้นตอนถัดไป (Crocker et al., 2022) จากงานวิจัยพบว่า การใช้สื่อประกอบ เช่น PowerPoint ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลได้ดีกว่าการบอกเล่าเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความเชื่อมั่น และสนับสนุนการตัดสินใจทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hirvonen et al., 2021)

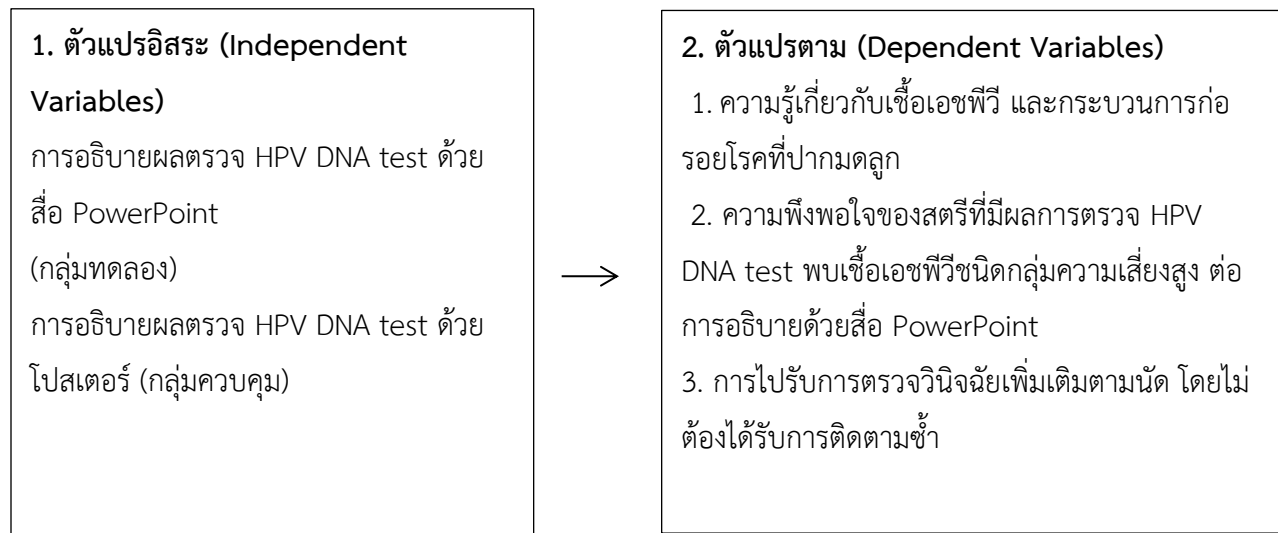
3. ประสิทธิภาพของสื่อ PowerPoint ในการเพิ่มความรู้ การอธิบายข้อมูลทางสุขภาพผ่าน PowerPoint ทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับวิธีการอธิบายโดยการบรรยายหรือปากเปล่าอย่างเดียว โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรทั่วไป (Zhao et al., 2020)

4. ความพึงพอใจและความตระหนักของผู้ป่วย ถือเป็นดัชนีสำคัญที่สะท้อนถึงคุณภาพการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม การเข้ารับบริการสุขภาพในอนาคต การสื่อสารที่มีคุณภาพสามารถสร้างความเชื่อมั่น ความเข้าใจ และลด

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (Health Progress, 2023) นอกจากนี้ การสื่อสารแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อแผนการดูแลรักษา ซึ่งสัมพันธ์กับความพึงพอใจและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Sharkiya, 2023) โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า การใช้เครื่องมือประกอบ เช่น สื่อภาพ หรือ PowerPoint ในการอธิบายผลตรวจและข้อมูลสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น รู้สึกมีส่วนร่วม และเพิ่มความตระหนักในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในโรคซับซ้อนอย่างการติดเชื้อเอชพีวีที่ต้องการการอธิบายอย่างชัดเจนและตรงประเด็น (Centers for Disease Control and Prevention, 2024)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาสื่อ PowerPoint เพื่อแจ้งและอธิบายผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test สำหรับสตรีที่มีผลตรวจพบเชื้อเอชพีวี ชนิดความเสี่ยงสูง โดยใช้แนวคิดการออกแบบบทเรียนของอเลสซีและทรอลลิป (Alessi & Trollip, 2001) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมการ 2) ออกแบบบทเรียน 3) สร้างสตอรี่บอร์ด 4) ผลิตสื่อประกอบ และ 5) ประเมินและปรับปรุง สื่อประกอบด้วยข้อความและภาพนิ่ง คลิกประกอบการอธิบาย จำนวน 6 สไลด์ เนื้อหาของสื่อถูกออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบจากการสัมภาษณ์สตรีในพื้นที่ โดยครอบคลุมหัวข้อสำคัญ โดยมีหัวข้อหลัก ได้แก่ ตำแหน่งของปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกและการป้องกันด้วยการคัดกรอง การติดเชื้อ HPV และกระบวนการก่อโรค ความหมายของผลตรวจ HPV กลุ่มเสี่ยงสูง แนวทางดูแลรักษาตามผลขึ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ดังภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่ม (Two-group Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อระดับความรู้และความตระหนักของสตรีที่มีผลการตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มทดลอง ได้รับการอธิบายผลการตรวจและข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีด้วยสื่อ PowerPoint

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการอธิบายผลการตรวจและข้อมูลเพิ่มเติมตามแนวทางปกติของหน่วยบริการ โดยใช้ โปสเตอร์ เป็นสื่อประกอบการอธิบาย

การเก็บข้อมูลดำเนินการก่อนและหลังการให้ข้อมูล โดยวัดระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และกระบวนการก่อรอยโรคปากมดลูก รวมถึงติดตามพฤติกรรมการมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามนัด เพื่อ

ประเมินระดับความตระหนักของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**ประชากรที่ศึกษา (Population)**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ สตรีไทยอายุ 30–60 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปีงบประมาณ 2567–2568 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Sample) กลุ่ม

ตัวอย่าง คือ สตรีไทยอายุ 30–60 ปี ที่มีผลการตรวจ HPV DNA test พบเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง และได้รับการคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนด

การวิจัยนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (Power Analysis) ตามหลักของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยของนภัสวรรณ โอภาส (2561) เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ” ซึ่งรายงานค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรู้แรงในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง = 45.5 (SD = 4.26) และกลุ่มควบคุม = 38.20 (SD = 3.92) เมื่อนำค่าดังกล่าวมาคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 1.78 ซึ่งถือว่าเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก อย่างไรก็ตาม เพื่อความเหมาะสมของการออกแบบการทดลอง จึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size; d) = 0.8 ซึ่งถือเป็นระดับสูง (large effect size) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 โดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณ พบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 42 คน เพื่อรองรับปัญหาการสูญหายของข้อมูลหรือการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) จึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 16 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

คือ สตรีได้รับการตรวจ HPV DNA test และมีผลตรวจพบเชื้อ HPV กลุ่มความเสี่ยงสูง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็นที่ส่งผลต่อการสื่อสารและการเข้าร่วมโครงการ และแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เป็นสตรีที่อยู่ระหว่างการติดตามผลหลังการรักษา มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยร้ายแรงที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย และปฏิเสธหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว อายุเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน จำนวนครั้งของการคลอดบุตร การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ของสามี ประวัติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอาการผิดปกติทางนรีเวช

2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และกระบวนการก่อมะเร็งปากมดลูก พัฒนาจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ เป็นคำถามแบบถูก-ผิด ให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบผิด แล้วแปลงคะแนนรวมเป็นเปอร์เซ็นต์ แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ $\geq 80\%$: ระดับดี, 60–79%: ระดับปานกลาง และ $< 60\%$: ระดับน้อย

แบบทดสอบนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.95 และทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.822 ซึ่งอยู่ในระดับดี

3. เครื่องมือประเมินความพึงพอใจ

3.1 สื่อ PowerPoint จำนวน 6 สไลด์ ได้รับการพัฒนาตามแนวคิดการออกแบบสื่อของ Alessi &

Trollip (2001) โดยเนื้อหาครอบคลุมข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี (HPV) การเกิดโรค แนวทางการวินิจฉัยและรักษา รวมถึงคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ HPV ชนิดกลุ่มเสี่ยงสูง ก่อนนำไปใช้จริง สื่อดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของรูปแบบ

การนำเสนอ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักโสตทัศนศึกษา 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ท่าน พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจ พัฒนาโดยอ้างอิงแนวคิดของ Alessi & Trollip ประกอบด้วย 12 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ เนื้อหา การนำเสนอ และประโยชน์ที่ได้รับ ใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ (5 = พึงพอใจมากที่สุด, 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด) แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.96 และทดสอบความเที่ยงกับสตรี 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.836

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพัฒนาสื่อ การทดลองกึ่งทดลอง และการติดตามผล โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาสื่อของ Alessi & Trollip (2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การออกแบบและพัฒนา (Design and Development) และการประเมินผล (Evaluation) โดยรายละเอียดในแต่ละระยะมีดังนี้

1. ระยะที่ 1 การพัฒนาสื่อ PowerPoint

(สอดคล้องกับขั้น Planning และ Design and Development)

1.1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยสัมภาษณ์สตรีที่ไม่มารับการตรวจวินิจฉัย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุและประเมินระดับความรู้เบื้องต้น

1.2 ออกแบบเนื้อหาตามแนวคิดเกี่ยวกับ HPV และมะเร็งปากมดลูก พร้อมประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

1.3 สร้างสตอรี่บอร์ด แบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 สไลด์ ครอบคลุมตำแหน่งปากมดลูก กลไกการเกิดโรค ความหมายของผลตรวจ การตรวจวินิจฉัยเพิ่ม และแนวทางการรักษา

1.4 จัดทำคู่มือการใช้สื่อ เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้งานได้อย่างเหมาะสม

1.5 ตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (พยาบาลเวชปฏิบัติ/สูติแพทย์/นักวิชาการสุขศึกษา) โดยใช้แบบตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1.6 สื่อโปสเตอร์ จัดทำควบคู่กัน โดยใช้เนื้อหาเดียวกับ PowerPoint แต่ย่อให้อยู่ในรูปแบบข้อความสั้นและภาพประกอบ ขนาด 80 × 120 ซม. เพื่อความสะดวกในการใช้งานในสถานบริการสุขภาพ

2. ระยะที่ 2 การทดลองกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (สอดคล้องกับขั้น Evaluation – การประเมินผลเชิงเปรียบเทียบ)

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย (ใช้ PowerPoint) และกลุ่มควบคุม 25 ราย (ใช้โปสเตอร์) ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567 ถึง เมษายน 2568 จำนวน 50 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (25 ราย) ได้รับการอธิบายผลตรวจด้วย PowerPoint และกลุ่มควบคุม (25 ราย) ได้รับการอธิบายด้วยโปสเตอร์

2.2 ขั้นตอนการทดลองประกอบด้วย

2.2.1 การวัดความรู้ก่อนทดลอง (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี การเกิดโรค และแนวทางการดูแลรักษา

2.2.2 การอธิบายผลตรวจด้วยสื่อที่กำหนด กลุ่มทดลองได้รับการอธิบายด้วย PowerPoint ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการอธิบายด้วยโปสเตอร์

2.2.3 การวัดความรู้หลังทดลอง (Post-test) และประเมินความพึงพอใจต่อการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint เฉพาะในกลุ่มทดลอง

3. ระยะที่ 3 การติดตามผล

(สอดคล้องกับขั้น Evaluation – การประเมินผลระยะยาว)

โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทุก 1 เดือน เพื่อตรวจสอบความตระหนักเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษาตามนัด โดยไม่ต้องกระตุ้นเตือนซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ใช้ Paired-samples t-test เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ใช้ Independent-samples t-test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม

4. การประเมินความพึงพอใจต่อสื่อ PowerPoint

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงความถี่ พร้อมทั้งใช้ One-sample t-test เพื่อตรวจสอบว่า คะแนนรวมความพึงพอใจสูงกว่าระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การเปรียบเทียบการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือนระหว่างกลุ่ม

ใช้ Fisher's Exact Test เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของอัตราการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มโดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและมีค่าคาดหวังบางช่องต่ำกว่าเกณฑ์ของ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 46.84 ปี (SD = 8.44) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 45.64 ปี (SD = 8.06) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 16 ปีขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยของอายุเริ่มมีเพศสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน (1.84 และ 1.96 ตามลำดับ) และจำนวนคู่นอนเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 1.3 คน ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งตั้งครรภ์เฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ด้านผลการตรวจ HPV DNA พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชพีวีชนิด non-16/18 (64.00%) ขณะที่กลุ่มทดลองพบการติดเชื้อเอชพีวีชนิด 16/18 มากกว่า (56.00%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา (72.00%) และมีอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก (72.00–84.00%) วิธีคุมกำเนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ การ

รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (40.00% ในกลุ่มควบคุม และ 44.00% ในกลุ่มทดลอง)

ทั้งนี้ ร้อยละ 94.00 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง และพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการพบหูดหงอนไก่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (28.00% เทียบกับ 8.00%)

2. การเปรียบเทียบผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี และกระบวนการก่อรอยโรคที่ปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 จากการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และแนวทางการรักษา โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ด้วยสื่อ PowerPoint พบว่า ในกลุ่มควบคุม ($n = 25$) คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 12.76 ($SD = 0.779$) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 15.40 ($SD = 1.291$) ผลการวิเคราะห์ด้วย Paired-samples t-test พบว่า คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.13, p < .001$) ส่วนในกลุ่ม

ทดลอง ($n = 25$) คะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 12.96 ($SD = 0.935$) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 17.72 ($SD = 1.308$) ผลการวิเคราะห์ด้วย Paired-samples t-test เช่นกัน พบว่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.51, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผลการวิเคราะห์ด้วย Independent-samples t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.822, p = .415$) แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้พื้นฐานที่ใกล้เคียงกันก่อนเข้าร่วมการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.313, p < .001$)

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสนับสนุนว่า การอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint มีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มทดลองอย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV การตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา ก่อนและหลังการให้ความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=50)

วัตถุประสงค์	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังการทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t	p-value
1.เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (กลุ่มควบคุม)	ควบคุม (n=25)	12.76 $\pm$ 0.779	15.40 $\pm$ 1.291	-11.13	<.001
2.เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (กลุ่มทดลอง)	ทดลอง (n=25)	12.86 $\pm$ 0.857	16.56 $\pm$ 1.740	-14.73	<.001
3.เปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่างสองกลุ่ม	ควบคุม & ทดลอง	12.76 $\pm$ 0.779 (ควบคุม) 12.96 $\pm$ 0.935 (ทดลอง)	-	-0.822	.415
4.เปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างสองกลุ่ม	ควบคุม & ทดลอง	-	15.40 $\pm$ 1.291 (ควบคุม) 17.72 $\pm$ 1.308 (ทดลอง)	-6.313	<.001

2.2 การเปรียบเทียบระดับความรู้เชิงกลุ่ม (จัดกลุ่มเป็นระดับ)

การเปรียบเทียบระดับความรู้แบบจัดกลุ่ม (น้อย ปานกลาง ดี) โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนระดับรู้น้อยมากกว่ากลุ่มทดลอง (84.00% เทียบกับ 72.00%) แต่

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 1.049$, $df = 1$, $p = .306$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผู้เข้าสู่ระดับความรู้ "ดี" ถึง 56.00% ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีเลย ผลการวิเคราะห์แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 16.410$, $df = 2$, $p < .001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=50)

ระดับความรู้	กลุ่มควบคุม n(%)	กลุ่มทดลอง n (%)	Chi-square	df	p-value
1. ก่อนการทดลอง					
ระดับน้อย (<60%)	21 (84.00%)	18 (72.00%)			
ระดับปานกลาง (60-79%)	4 (16.00%)	7 (28.00%)			
ระดับดี (≥80%)	0 (0.00%)	0 (0%)			
รวม	25 (100%)	25 (100%)	1.049	1	.306
2. หลังการทดลอง					
ระดับน้อย (<60%)	2 (8.00%)	0 (0.00%)			
ระดับปานกลาง (60-79%)	23 (92.00%)	11 (44.00%)			
ระดับดี (≥80%)	0 (0.00%)	14 (56.00%)			
รวม	25 (100%)	25 (100%)	16.410	2	<.001

3. ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อสื่อ PowerPoint อยู่ในระดับสูงในทุกด้าน โดยข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ เนื้อหาครอบคลุมและตรงกับข้อสงสัยของผู้ฟัง (Mean = 4.76, SD = 0.44, 95.20%) และ กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Mean = 4.76, SD = 0.44, 95.20%)

ในขณะที่ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การอธิบายเข้าใจง่าย สามารถนำไปเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นได้ (Mean = 4.36, SD = 0.57, 87.20%) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจที่สูง สะท้อนให้เห็นว่าสื่อ PowerPoint ที่พัฒนาขึ้นสามารถ

ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี

การวิเคราะห์เชิงอนุมาน จากผลการวิเคราะห์ด้วย One-Sample t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความพึงพอใจต่อการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint (Mean = 55.80, SD = 1.683) สูงกว่าระดับคะแนนปานกลางที่กำหนดไว้ที่ 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 58.82$, $df = 24$, $p < .001$) โดยมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยเท่ากับ 19.80 และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) อยู่ระหว่าง 19.11 ถึง 20.49 แสดงให้เห็นว่าสื่อ PowerPoint ที่พัฒนา มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของสตรีที่ได้รับการอธิบายผลตรวจด้วยสื่อ PowerPoint (n=25)

ข้อ	รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ (%)
ด้านเนื้อหา				
1	หัวข้อย่อในการอธิบายมีความน่าสนใจ	4.68	0.48	93.60
2	เนื้อหามีความเหมาะสมกับผู้ฟัง ไม่ซับซ้อนเกินไป	4.64	0.49	92.80
3	การลำดับชั้นการนำเสนอทำให้เข้าใจง่าย	4.60	0.50	92.00
4	เนื้อหาครอบคลุมและตรงกับข้อสงสัยของผู้ฟัง	4.76	0.44	95.20
ด้านการออกแบบสื่อ				
5	รูปแบบของสื่อ PowerPoint น่าสนใจ	4.56	0.58	91.20
6	ภาพและสื่อประกอบช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น	4.72	0.46	94.40
7	สื่อ PowerPoint กระตุ้นความสนใจและส่งเสริมการเรียนรู้	4.60	0.50	92.00
8	สามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดการอธิบาย	4.72	0.46	94.40
ด้านผลลัพธ์จากการรับฟัง				
9	ช่วยให้เข้าใจผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติได้ชัดเจนขึ้น	4.76	0.44	95.20
10	ช่วยให้เข้าใจแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษา	4.64	0.57	92.80
11	กระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	4.76	0.44	95.20
12	การอธิบายเข้าใจง่าย สามารถนำไปเผยแพร่ให้แก่ผู้อื่นได้	4.36	0.57	87.20

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนรวมความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างกับค่ากลาง (One-Sample t-test)

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI
คะแนนรวมความพึงพอใจ (Total score)	55.80	1.68	58.82	24	< .001	19.11 – 20.49

4. การเปรียบเทียบการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มตามนัด โดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact Test พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่ม

โดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำมากกว่ากลุ่มควบคุม (92.0% เทียบกับ 72.0%) แต่ความแตกต่างดังกล่าว ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test, $p = .138$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบการเข้ารับการตรวจรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=50)

กลุ่ม	การไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มโดยไม่ต้องกระตุ้นเตือน		รวม (คน)
	ไป n (%)	ไม่ไป n (%)	
กลุ่มควบคุม	18 (72.0)	7 (92.0)	25
กลุ่มทดลอง	23 (28.0)	2 (8.0)	25
รวม	41	9	50

Fisher's Exact Test, p = .138

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงวัยกลางคน โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 45–47 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าผู้หญิงในช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากการติดเชื้อที่คงอยู่หรือการกลับมาเป็นซ้ำของเชื้อเอชพีวีที่เคยติดมาก่อน (WHO, 2022) .

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 16 ปีขึ้นไป มีจำนวนคู่นอนเฉลี่ยไม่เกิน 2 คน และมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เฉลี่ยต่ำ ซึ่งเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับรายงานของ Lee และคณะ (2024) ที่ระบุว่า พฤติกรรมทางเพศ เช่น อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์และจำนวนคู่นอน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวี

ในด้านระดับการศึกษาและอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาดำกว่าหรือเท่ากับระดับประถมศึกษา และมีอาชีพหลักเป็นเกษตรกรกรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อความเข้าใจด้านสุขภาพและพฤติกรรม การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยหนึ่งครั้ง แสดงถึงการมีประสบการณ์เกี่ยวกับ

การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาของ Khomphaiboonkij และคณะ (2023) พบว่า ผู้หญิงไทยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเชื้อเอชพีวีในระดับต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ การศึกษาของ Sripan และคณะ (2024) พบว่า ผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูกมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการพบหูตึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างด้านพฤติกรรมทางเพศหรือการรับเชื้อเอชพีวี สายพันธุ์ก่อโรคที่มากกว่า โดยข้อมูลเหล่านี้ช่วยยืนยันความจำเป็นของการพัฒนาเครื่องมือสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสม เช่น สื่อ PowerPoint ที่ช่วยอธิบายผลตรวจให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น และตัดสินใจเข้ารับการตรวจเพิ่มเติมได้มากขึ้น

การเปรียบเทียบผลของการอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ต่อคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อ HPV และกระบวนการก่อกำเนิดโรคที่ปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า การอธิบายด้วยสื่อ PowerPoint ช่วยเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชพีวี

และกระบวนการก่อรอยโรคที่ปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่ในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวี นาควิเชียร และคณะ (2563) ที่พบว่า การให้ความรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดียสามารถเพิ่มระดับความรู้และความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปกัสสร อักษร (2561) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สื่อ PowerPoint ประกอบการสอน ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสื่อให้เห็นว่า PowerPoint เป็นเครื่องมือการสื่อสารที่สามารถส่งเสริมความเข้าใจเนื้อหาได้ดี โดยเฉพาะในแวดวงการศึกษาเท่านั้น แต่ยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ เมื่อนำคะแนนรวมมาแจกแจงเป็นระดับความรู้ (น้อย, ปานกลาง และดี) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผู้ที่อยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 56 ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีเลย และการทดสอบด้วย Chi-square แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างสองกลุ่ม ($p < .001$) แสดงว่าสื่อ PowerPoint ไม่เพียงเพิ่มค่าเฉลี่ยความรู้เท่านั้น แต่ยังช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจลึกซึ้งมากขึ้น จนสามารถก้าวสู่ระดับความรู้ที่สูงกว่าได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mayer (2009) เรื่องการเรียนรู้ด้วยสื่อภาพและข้อความที่จัดเรียงอย่างเหมาะสม ช่วยเสริมการประมวลผลข้อมูลของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลพื้นฐานจากเจ้าหน้าที่หรือจากเอกสารทั่วไป ก็ยังแสดง

ให้เห็นการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่เทียบเท่ากับการอธิบายที่มีโครงสร้างการนำเสนอที่ชัดเจน มีภาพประกอบ และสื่อเสริมการเรียนรู้โดยตรง ซึ่งเป็นจุดแข็งของการใช้สื่อ PowerPoint ในงานวิจัยนี้

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจ

จากผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอธิบายผลตรวจด้วยสื่อ PowerPoint พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านเนื้อหาที่ครอบคลุมและตรงกับข้อสงสัยของผู้ฟัง รวมถึงด้านผลลัพธ์จากการรับฟัง เช่น การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี ทองชมพู และคณะ (2562) ที่พบว่า สื่อการสอนที่จัดเรียงเนื้อหาอย่างเป็นระบบ พร้อมภาพประกอบที่เหมาะสม มีส่วนช่วยให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจและความเชื่อมั่นในการตัดสินใจมากขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ด้วย One-sample t-test พบว่า คะแนนรวมความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าค่ากลางที่กำหนด ($\text{Mean} = 55.80$, $\text{SD} = 1.683$, $t = 58.82$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Mayer (2009) ที่ระบุว่า สื่อการเรียนรู้ที่ใช้ภาพและคำอธิบายประกอบช่วยเพิ่มการเรียนรู้ ความเข้าใจ และความพึงพอใจของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลงานของ ธิญญา ธรรมิสกุล (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยใช้สื่อ PowerPoint เรื่องแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.313$, $p < .001$) และผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่ออยู่ในระดับสูงในทุกด้าน สะท้อนถึง

ประสิทธิภาพของการใช้ PowerPoint ในการเพิ่มผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจในกระบวนการเรียนรู้

แม้ว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การอธิบายเข้าใจง่ายและสามารถเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้ (Mean = 4.36, SD = 0.57) แต่ยังคงอยู่ในระดับความพึงพอใจที่สูง ซึ่งสะท้อนว่าสื่อ PowerPoint ที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

การเปรียบเทียบการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามนัด โดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า ากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมโดยไม่ต้องได้รับการติดตามซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุม (92.0% เทียบกับ 72.0%) แม้ความแตกต่างจะยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Fisher's Exact Test, $p = .138$) แต่แสดงแนวโน้มเชิงบวกว่าการอธิบายผลตรวจด้วยสื่อ PowerPoint อาจมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ารับการตรวจในขั้นตอนถัดไปได้เร็วขึ้น การเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้ารับการบริการโดยไม่ต้องกระตุ้นซ้ำในกลุ่มทดลอง อาจเกิดจากการที่สื่อ PowerPoint ช่วยอธิบายผลตรวจและขั้นตอนการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน ครอบคลุม และลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2023) ที่พบว่า การใช้สื่อมัลติมีเดียในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการฉายรังสีช่วยเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การศึกษาของ Hirvonen et al. (2021) ยังระบุว่า การใช้สื่อภาพในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งช่วยเพิ่มความเข้าใจของผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-067 วันที่รับรอง 16 กรกฎาคม 2567 วันหมดอายุ 15 กรกฎาคม 2568

เอกสารอ้างอิง

- Akson, P. (2018). Development of learning outcomes using PowerPoint-assisted instruction on the Thonburi period development for Grade 5 students at Ban Nong Ta Phon Municipal School (Friendship 5) (Master's dissertation, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand). [in Thai]
- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). Computer-based instruction: Methods and development. New Jersey: Prentice Hall.
- American Cancer Society. (2023). Risk factors for cervical cancer. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
- Bandura, A. (2018). A theory for practice: Self-efficacy in health behavior change. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1129–1142.
- Bruni, L., Saura-Lázaro, A., Montoliu, A., Brotons, M., Alemany, L., Diallo, M. S., ... & de Sanjosé, S.

- (2023). HPV-related disease burden and impact of HPV vaccination in the 10 years since its introduction in 200 countries. *The Lancet Global Health*, 11(3), e329–e339.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Chapter 11: Human papillomavirus. In *Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (The Pink Book)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/pinkbook/hcp/table-of-contents/chapter-11-human-papillomavirus.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Cervical cancer awareness toolkit. Retrieved from <https://cancercontrol.org/news/cervical-cancer-awareness-month-toolkit/>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crocker, J., Manley, H., & Fogarty, K. (2022). Improving HPV communication: Addressing patient misunderstanding through multimodal education. *Journal of Health Communication*, 27(2), 97–105.
- Gandhi, A., Anantharaman, D., & Gheit, T. (2022). Role of human papillomavirus in cancer development and prevention. *Seminars in Cancer Biology*, 83, 38–49.
- Graham, M. E., Shah, A. R., & Mayorga, M. E. (2016). The impact of educational interventions on follow-up adherence after abnormal cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1420–1433.
- Health Progress. (2023). Effective communication plays a key role in patient satisfaction. Catholic Health Association of the United States. Retrieved from <https://www.chausa.org/news-and-publications/publications/health-progress/archives/fall-2023/effective-communication-plays-a-key-role-in-patient-satisfaction>
- Hirvonen, N., Ek, S., Niemelä, R., & Huotari, M. L. (2021). Enhancing cancer patients' understanding with visual health information: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 842–849.
- ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer. (2023). Human papillomavirus and related diseases in Thailand: Summary report. Barcelona: ICO/IARC HPV Information Centre. Retrieved from <https://hvpcentre.net/statistics/reports/THA.pdf>
- Intarut, N., Sirirat, S., & Rattanakanlaya, S. (2021). Factors associated with cervical cancer screening among women in rural Thailand: A cross-sectional study. *Asian*

- Pacific Journal of Cancer Prevention, 22(3), 867–872.
- International Agency for Research on Cancer. (2021). Cancer fact sheets: Thailand. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand -fact-sheets.pdf>
- Khompailboonkij, U., Sreamsukcharoenchai, N., Pitakkarnkul, S., Rittiluechai, K., & Tangjitgamol, S. (2023). Knowledge of Thai women in cervical cancer etiology and screening. PLOS ONE, 18(5), e0286011.
- Lee, M., Gerend, M. A., Whittington, K. D., Collins, S. K., McKinney, S. L., Franca, M. C., ... & Boakye, E. A. (2024). Factors associated with HPV-associated sexual risk behaviors among sexually active college students. Journal of Behavioral Medicine, 47(2), 334–341.
- Mayer, R. E. (2009). Multimedia learning (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Srisukho, C. (2018). Cervical cancer and HPV infection. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. [in Thai]
- Nakwichein, W., et al. (2020). Effect of multimedia use on knowledge, understanding, and health behavior. Journal of Science and Technology Research, 15(1), 45–52. [in Thai]
- National Cancer Institute. (2023). HPV and cancer. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-Cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer>
- Opas, N. (2018). Effect of a motivational enhancement program on cervical cancer prevention perception and colposcopy attendance among women with abnormal cervical cytology. Royal Thai Army Nursing Journal, 19, 339–347. [in Thai]
- Phuthong, P. (2016). Situation of cervical cancer in Thailand. In Proceedings of the National Cancer Institute Academic Conference; Bangkok, Thailand. [in Thai]
- Schiffman, M., Castle, P. E., Jeronimo, J., Rodríguez, A. C., & Wacholder, S. (2022). Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet, 400(10364), 2085–2098.
- Sharkiya, S. (2023). Effective communication strategies for HPV screening results: Enhancing patient understanding and engagement. Journal of Preventive Health Communication, 12(1), 45–53.
- Sripan, P., et al. (2024). Knowledge and behaviors toward human papillomavirus and cervical cancer in the women of reproductive age in Thailand-Myanmar

- border areas. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 25(5), 1841–1846.
- Srisukho, C. (2018). *Cervical cancer and HPV infection*. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. [in Thai]
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249.
- Taghizadeh, Z., Ebadi, A., Ramezani, M., & Ardalani, A. (2018). The role of patient satisfaction in health care system: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 112.
- Thammiskul, T. (2018). Development of learning achievement using PowerPoint media. 12th National Economic and Social Development Plan in Economics Course of Vocational Certificate Students; Bangkok, Thailand. [in Thai]
- Thongchompoo, S., Buasombat, P., & Khaosard, S. (2019). Effect of computer-assisted instruction with illustrations on knowledge and satisfaction of Grade 11 students. *Journal of Industrial Education*, 18(1), 83–92. [in Thai]
- World Health Organization. (2020). *Cervical cancer*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2022). *Cervical cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- World Health Organization. (2023). *Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Wright, T. C., Stoler, M. H., Behrens, C. M., Sharma, A., Zhang, G., & Wright, T. L. (2015). Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: End of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecologic Oncology*, 136(2), 189–197.
- Zhao, Y., Zeng, F., Liu, Y., Gao, W., & Zhang, C. (2020). Effectiveness of visual educational interventions on cervical cancer-related knowledge and screening intention: A meta-analysis. *Health Education Research*, 35(2), 121–135.
- Yang, H.-F., Chang, W.-W., Chou, Y.-H., Huang, J.-Y., Ke, Y.-F., Tsai, P.-F., Chan, H.-M., Tsai, H.-Y., Tseng, H.-C., & Chang, S.-T. (2023). Effectiveness of multimedia courses in improving self-care among patients with breast cancer undergoing radiotherapy. *Radiation Oncology*, 18, 115.

การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

Developing Health Literacy Competencies to Promote Health Behaviors by 3E 2S of the Elderly at Doi Tao District, Chiangmai Province.

อุดมศักดิ์ ศรีใจ (Udomsak Srija)*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ 2) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 4) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และ 5) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุอำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 430 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม และแบบประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และ ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.41, SD.=0.74$ และ $\bar{X}=3.19, SD.=0.50$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สุขภาพ พบว่า ปัจจัยเพศ ได้แก่ อายุ ความพอเพียงของรายได้ และการใช้สมาร์ทโฟน มีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r=0.656, P\text{-value}<0.01$) ทั้งนี้แนวทางความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วยกิจกรรม 4 หัวข้อ คือ กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะด้านอาหาร ด้านจิตใจ ด้านสังคม และความรู้เรื่องบุหรี่ยาสูบ และสื่อออนไลน์ โดยสร้างเป็น รูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ ในชื่อว่า “สูงวัยต๋อยเต่า ฮอบฮั้ว ฮอบฮั้ว อยู่อย่างม่วนใจ๋”

คำสำคัญ : ความรู้สุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งทุ่ง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล : Nutsadakung@gmail.com

* Public Health Specialist, Ban Pong Thung Subdistrict Health Promotion Hospital Chiangmai Email : Nutsadakung@gmail.com

ABSTRACT

This research aim to study: 1) Study health literacy , 2) Study health behavior according to the 3A 2S principle, 3) Study the relationship between health literacy and health behavior according to the 3A 2S principle , 4) Study personal factors affecting health literacy and health behavior according to the 3A 2S principle , and 5) Find a way to develop health literacy competency to promote health behavior according to the 3A 2S principle in the elderly in Doi Tao District, Chiang Mai Province.. The sample was 430. The research instruments were questionnaires and focus group discussion. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis and chi-square.

The research results found that overall health literacy and health behavior of the sample group were at a high level ($=3.41$, $SD.=0.74$ and $=3.19$, $SD.=0.50$). In terms of the relationship between personal factors and health literacy, it was found that gender factors, namely age, sufficiency of income, and use of smartphones had a statistically significant relationship with health literacy at a significance level of 0.01. The relationship between health literacy and health behavior was found to have a statistically significant positive relationship at a significance level of 0.01 ($r=0.656$, $P\text{-value}<0.01$). The guideline for developing health literacy competence to promote health behavior according to the 3A 2S principle in the elderly should consist of 4 activity topics: activities to develop competence in food, mentality, society, and knowledge about cigarettes, alcohol, and online media by creating a health literacy competence development model called “Doi Tao Aging Happiness Model”.

Key Words : Health literacy, Health behavior, elder

บทนำ

แนวโน้มของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก จำนวนและสัดส่วนมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรในปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และเมื่อเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์จะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และจากการคาดการณ์ปี 2583 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ซึ่งจะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 หรือผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ โดยแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงนี้นำมาซึ่งความท้าทายในหลายมิติ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและให้ความสำคัญเป็นหนึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 ที่มีผลต่อเกือบทุกภาคส่วน จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุตามบริบทของสังคมไทย ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น ผู้สูงอายุกลุ่มตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุกลุ่มตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อย ขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเข้าถึงและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในบริการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ต่างๆ เช่น ตามภาคหรือเขตการปกครอง โดยจากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

จำแนกตามความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบ Health Data Center : HDC พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.83 ติดบ้าน ร้อยละ 2.61 และติดเตียง ร้อยละ 0.56 โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เบาหวาน และภาวะทหกล้ม ร้อยละ 60.7, 38.4, 20.4 และ 3.12 ตามลำดับ (Chiang Mai Provincial Public Health Office. HDC, 2024).

อนาคตด้านสุขภาพผู้สูงอายุในอีก 20 ปี ข้างหน้า การใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพจะนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังและมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพได้สูง ซึ่งจากข้อมูลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวจะเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งโรคจะมีความซับซ้อนขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานโรคอัลไซเมอร์ โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น ทั้งนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วม 3อ. 2ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยมีปัจจัยหลักจากพื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตคนไทยให้ลดความเสี่ยงการเกิดโรค ลดปัญหาโรคแทรกซ้อน ลดความพิการ

ลดการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่พบว่าเมื่อมีการนำไปสู่การปฏิบัติยังได้ผลน้อย จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Ministry of Public Health, Division of Health Education, 2018) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพและการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ตลอดจนประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัวและชุมชนเพื่อการส่งเสริม อนุรักษ์และคุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่างๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิต ได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะมีความลำบากในการทำ ความเข้าใจ จัดจำ ข้อมูลทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ ทางสุขภาพที่ดี (Intarakhaeng, A., Ajdee, K., Phatrawiwat, and Kittipitchaya, W., 2020) การพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน

อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลดอยเต่า ตำบลท่าเตื่อ ตำบลมิดกา ตำบลบ้านแอ่น ตำบลบงตัน และตำบลโป่งทุ่งในปี พ.ศ.2567 มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 5,861 คน คิดเป็นร้อยละ 21.92 จากจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 20.05 ในปีพ.ศ 2566 จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเชิงประมาณ 2566 และ 2567 พบว่าผู้สูงอายุ

มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.42 และ 34.74 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.48 และ 19.85 และพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.86 และ 3.67 ในจำนวนผู้ป่วยที่ซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมากต้องได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลเฉพาะทางถึงร้อยละ 3.24 และ 3.21 ถึงแม้ว่าจะยังไม่เกินขอบเขตที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิดตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตคือ ร้อยละ 12 แต่ก็ถือว่าเป็นอัตราการเฝ้าระวังการนำไปสู่การฆ่าตัวตายที่สูงในระดับตำบล (HDC Chiang Mai Provincial Public Health Office ,2024)

จากความสำคัญและสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา “การพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้สุขภาพระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ (Research Objectives)

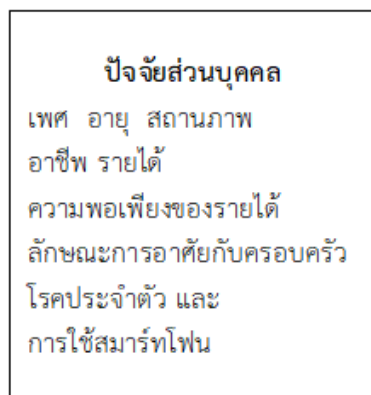
- 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอดอยเต่าจังหวัดเชียงใหม่

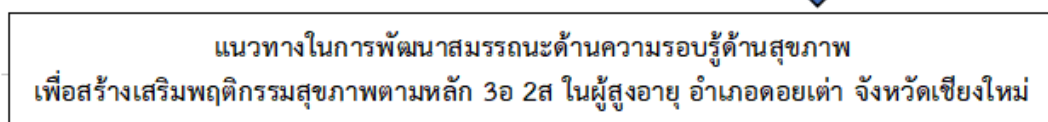
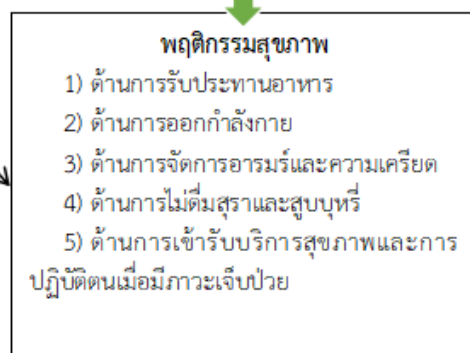
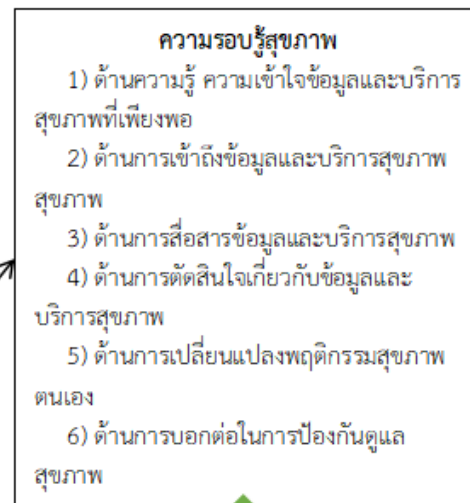
4) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,667 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลดอยเต่า ตำบลท่าเตื่อ ตำบลมิดกา ตำบลบ้านแอ่น ตำบลบงตัน และตำบลโป่งทุ่ง (HDC Chiang Mai Provincial Public Health Office ,2024) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 430 คนโดยผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้ เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ใน 6 ตำบลของอ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ 3) อย่างสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน 4) ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาค้นครั้งนี้ดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรอบรู้สุขภาพ Health Literacy (Nutbeam,D.,2008) และ กระบวนการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้วย V-shape (Chitmanasak N., Jirawongnusun S. , Ritthisan S. , and Phuyadao S., 2021) แนวคิดความรู้สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค สำหรับกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Intarakanhaeng, A., 2018) ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 2011) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาค้นครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินวิจัยระหว่าง กุมภาพันธ์ 2568 – พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การใช้สมาร์ตโฟน และโรคประจำตัว

2) แบบสอบถามความรู้สุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน จำนวน 55 ข้อ ดังนี้ ด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ สุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ และด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ

การวิจัยระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะนี้ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์จากฐานขององค์ความรู้และต้นทุนทางสังคมที่สามารถส่งเสริมแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้การเรียนรู้

ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาทำการศึกษาและจัดในกระบวนการ ได้แก่ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากรที่ศึกษา คือ ตัวแทนประชาชน ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญงานผู้สูงอายุในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมจำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ต้องอาศัย หรือ ปฏิบัติงานในอำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสพการณ์มีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึง

ได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Chi-Square ตามลักษณะตัวแปร กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 65.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 35.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 ถึง 70 ปี ร้อยละ 64.00 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสและยังอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 63.70 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 57.80 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.50 อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ร้อยละ 27.50 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 78.50 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 56.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมาร์ตโฟน ร้อยละ 37.30 โดยระยะเวลาที่ใช้เฉลี่ย 3.35 ชั่วโมงต่อวัน (SD.=2.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 64.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=430 คน)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	150	35.00
- หญิง	280	65.00
2. อายุ (นับจำนวนปีเต็ม)		
- 60 – 70 ปี	266	64.00
- 71 – 80 ปี	135	31.30
- 81 – 90 ปี	25	3.80
- 90 ปีขึ้นไป	4	1.00
- อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.04 ปี (SD.=6.99)		
- อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุดเท่ากับ 95 ปี		
3. สถานภาพ		
- ไม่มีคู่สมรส	59	12.30
- สมรส-อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	265	63.70
- แยกกันอยู่ (หม้าย/หย่า/แยก)	106	24.00
4. ท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัว		
- อยู่คนเดียว	33	5.80
- อยู่กับสามี/ภรรยา (หรือคู่สมรส)	241	57.80
- อยู่กับลูกหลาน	144	33.50
- อยู่กับพี่/น้อง	7	1.80
- อยู่กับบิดา/มารดา	5	1.30
5. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.80
- ประถมศึกษา	312	75.50
- มัธยมศึกษาตอนต้น	43	8.30
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	47	9.30
- ระดับอนุปริญญา/ปวส.	7	1.80
- ปริญญาตรี	18	4.50
6. อาชีพหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด		
- ไม่มีอาชีพ	97	24.30

- แม่บ้าน พ่อบ้าน / ทำงานบ้าน	75	16.30
- เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น	120	27.50
- ค้าขาย/ทำธุรกิจ	33	5.80
- รับจ้างทั่วไป	84	21.00
- ข้าราชการเกษียณ	21	5.30
7. รายได้ (เฉลี่ยบาทต่อเดือน-ก่อนหักค่าใช้จ่าย)		
- ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	324	78.50
- 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	62	13.00
- 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน	11	2.80
- 15,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	33	5.80
- รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5,009.50บาทต่อเดือน (SD.=6,520.02)		
- รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน		
- รายได้สูงสุดเท่ากับ 40,000 บาทต่อเดือน		
9. การใช้สมาร์ตโฟน		
- ไม่ใช้	159	37.30
- ใช้ - มีอินเทอร์เน็ต	218	52.00
- ใช้ - ไม่มีอินเทอร์เน็ต	53	10.80
10. โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	164	36.00
- มีโรคประจำตัว	266	64.00

2) ความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.41, SD.=0.74$) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ ด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ

เกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ และด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=430 คน)

ข้อที่	ความรอบรู้สุขภาพ	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
1.	ด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	3.44	0.82	มาก
2.	ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	3.29	0.79	ปานกลาง
3.	ด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.55	0.77	มาก
4.	ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.55	0.79	มาก
5.	ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.52	0.83	มาก
6.	ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	3.20	0.84	ปานกลาง
รวมเฉลี่ย		3.42	0.74	มาก

3) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.19$, SD.=0.50) เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=430 คน)

ข้อที่	พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	SD.	แปลผล
1.	ด้านการรับประทานอาหาร	3.46	0.55	มาก
2.	ด้านการออกกำลังกาย	2.95	1.24	ปานกลาง
3.	ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด	3.76	0.70	มาก
4.	ด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่	1.59	0.90	น้อยที่สุด
5.	ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย	3.99	0.52	มาก
รวมเฉลี่ย		3.19	0.50	มาก

4) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับ
ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพ พบว่า ปัจจัยเพศ ($\chi^2 = 15.455, P\text{-value} = 0.004$) อายุ ($\chi^2 = 100.097, P\text{-value} < 0.001$) ความพอเพียงของรายได้

($\chi^2 = 30.125, P\text{-value} < 0.001$) และการใช้สมาร์ทโฟน ($\chi^2 = 20.035, P\text{-value} = 0.010$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพ					χ^2
	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ						15.455
- ชาย	4(2.90)	13(9.30)	44(31.40)	48(34.30)	31(22.10)	df=4 P=0.004
- หญิง	2(0.80)	31 (11.90)	90(34.60)	112(43.10)	25(9.60)	
อายุ						100.097
- 60-70 ปี	-	24(9.40)	78(30.50)	111(43.40)	43(16.80)	df=12
- 71-80 ปี	2(1.60)	15(12.00)	50(40.00)	45(36.00)	13(10.40)	
- 81-90 ปี	2(1.60)	5(33.30)	4(26.70)	4(26.70)	-	P<0.01
- 90 ปีขึ้นไป	2(50.00)	-	2(50.00)	-	-	
ความพอเพียง ของรายได้						30.125
- ไม่เพียงพอ	4 (3.10)	16 (12.40)	48(37.20)	48(37.20)	13(10.10)	df=8 P<0.01
- เพียงพอแต่ไม่ เหลือเก็บ	2(0.9)	28(12.50)	72(32.10)	96(42.90)	26(11.60)	
เหลือเก็บ						
- เพียงพอและ เหลือเก็บ	-	-	14 (29.80)	16(34.00)	17(36.20)	
การใช้สมาร์ ทโฟน						20.035
- ไม่ใช้	4(2.70)	23(15.40)	59(39.60)	44(29.50)	19(12.80)	df=8 P=0.010
- ใช้/มี	2(1.00)	17(8.20)	57(27.40)	99(47.60)	33(15.90)	
อินเทอร์เน็ต						
- ใช้/ไม่มี	-	4(9.30)	18(41.90)	17(39.50)	4(9.30)	
อินเทอร์เน็ต						

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ ($\bar{X}=3.41, SD.=0.74$) กับพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{X}=3.19, SD.=0.50$) พบว่าระดับความรอบรู้สุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r=0.656, P\text{-value}<0.01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์	n	$\bar{X}$	SD.	r	P-value
ความรอบรู้สุขภาพ	430	3.42	0.74	0.656	<0.01
พฤติกรรมสุขภาพ	430	3.19	0.50		

การศึกษาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุอำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จากการใช้การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้ข้อเสนอแนะและความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ ดังนี้

1) กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะด้านอาหาร กลุ่มผู้สูงอายุมีการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อในแต่ละวัน แต่ยังคงต้องการให้มีการพัฒนาด้านโภชนาการอาหารที่สำคัญและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การปรุงรสอาหารให้เหมาะสม และอยากให้มีบุคลากรสาธารณสุข นักโภชนาการ และ อสม.มาช่วยอบรมให้ความรู้เพิ่มขึ้น

2) ผู้สูงอายุมักมีอารมณ์ที่แปรปรวน และต้องการคนที่เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจแม้จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมในวันพระ สวดมนต์ ฟังธรรม หรือพยายามที่จะหากิจกรรมผ่อนคลาย ผู้สูงอายุก็มีความ

ต้องการกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะด้านอารมณ์ โดยให้นักจิตวิทยา ร่วมคัดกรองและค้นหาปัญหาด้านสุขภาพจิต และพัฒนาสุขภาพจิตตามวิถีล้านนาของตนเอง

3) กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะด้านออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ไม่สามารถออกกำลังกายหนักได้ ต้องการสถานที่ในการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงอายุ ด้วยการจัดสรรงบประมาณจากเทศบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างเสริมกิจกรรมทางสังคม เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่

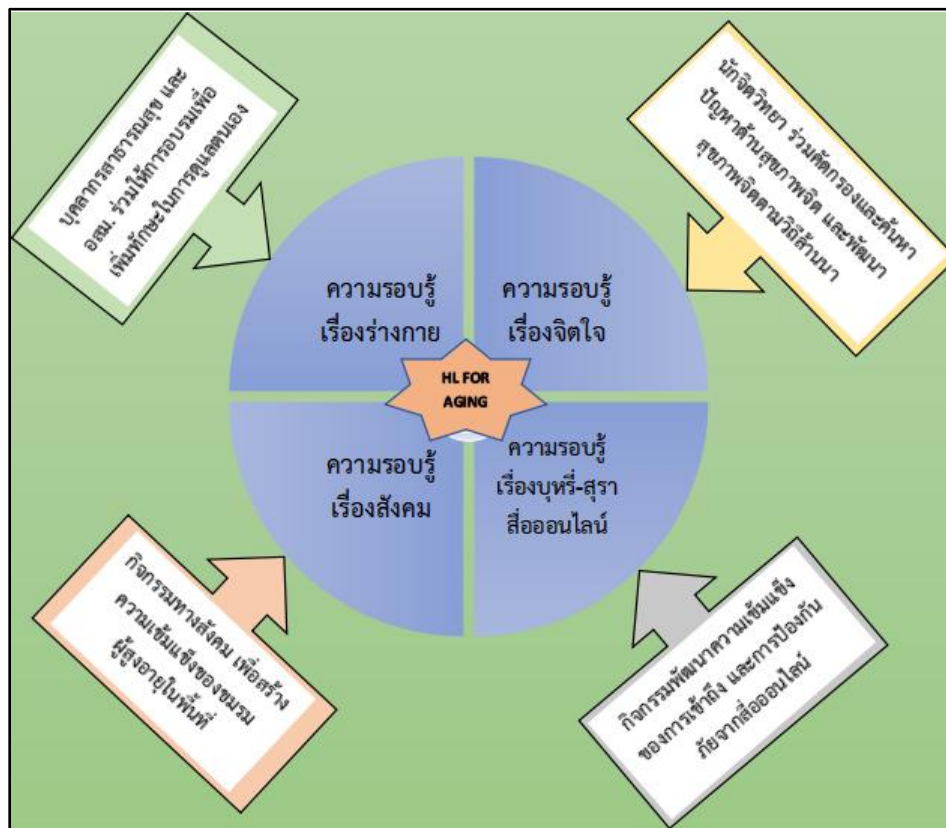
4) กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันความเสี่ยง และการปฏิเสธจากบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ต้องมีกิจกรรมพัฒนาความเข้มแข็งของการเข้าถึง และการป้องกันภัยจาก บุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการป้องกันภัยจากสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ด้วย เพราะสื่อที่เป็นพิษ จะยังเป็นการชักจูงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ได้ง่ายขึ้น

จากผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบกับข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อนำมาตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินแนวทางในการสร้างรูปแบบพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ข้อมูลมีความเห็นพ้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปเป็น รูปแบบ

พัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ในชื่อว่า “สูงวัยคอยเต่า ฮอบฮั้วตัว ฮอบฮั้วหมู่ อยู่อย่างม่วนใจ๋” (Doi Tao Aging Happiness Model) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ “สูงวัยคอยเต่า ฮอบฮั้วตัว ฮอบฮั้วหมู่ อยู่อย่างม่วนใจ๋” (Doi Tao Aging Happiness Model)”



อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ และการบอกต่อการป้องกันดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลและ

บริการสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพออยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Phonsen K., Phanthaniya S., Treechai T., Panchakettikun K.(2021) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การจัดการสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ตามลำดับ

2. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Puttha, N., and Chalardlon, P. (2022). ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและอยู่กับลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phromsuwan, K. (2017) ที่พบว่า ปัจจัยการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยควรนำเพื่อน บุคคลในครอบครัว และสื่อท้องถิ่น มาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ด้านการรับประทานอาหารด้านการจัดการอารมณ์และ

ความเครียดอยู่ในระดับมาก ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคมและส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านได้ ยังมีความสามารถในการอ่านเขียน มองเห็น และติดต่อสื่อสารพูดคุยกับบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaphonsit, A. (2025) ที่ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ต.โคกม่วง อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยอายุและความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมและอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพในการทำงาน โดยส่วนใหญ่ทำงานด้านเกษตรกรรม และส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamseekaew, T. and Kanokthet, T. (2023) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่รายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของปัจจัยอายุและรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ชัดเจนในการศึกษา ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น

ความรู้ ทักษะ ทักษะ และแรงจูงใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom (1975) ที่ระบุไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ด้านพุทธิศึกษา ด้านเจตคติ และด้านการปฏิบัติ กระบวนการที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบุคคลและถาวรต้องอาศัยด้านพุทธิศึกษา ด้านเจตคติ เป็นส่วนประกอบร่วมกัน

3. จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษา ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของ Prapakon, Y. (2020) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน ของ Traijamchan, S., Andara, W., Boonbanchob, U., and Thinson, R. (2021) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต๋อยเต่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภอต๋อยเต่าสามารถนำผลการศึกษาไปใช้กำหนดนโยบายการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพผู้สูงอายุ

2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ โดยนำเอา รูปแบบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ (พอช.) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจำลองใช้ในระดับพื้นที่ หรือระดับตำบล โดยให้

คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทในสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ ขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทักษะด้านดิจิทัลและอื่นๆ ทั้งในพื้นที่และพื้นที่อื่นๆ ได้

2. สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมสร้างเสริมให้กับกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้จะรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

3. สามารถนำเอาผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

4. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างสื่อสุขภาพทั้งในออฟไลน์และออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยอื่นๆ ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะ การรับรู้ความสามารถ แรงจูงใจ ตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพและชุมชนรอบรู้สุขภาพ

เพื่อยกระดับให้ชุมชนแออัดต่อสุขภาพ ให้เกิดความยั่งยืน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษา ร่วมกับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ร่วมกับการนำเอาโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model ; TTM) มาใช้เพื่อทำให้ทราบถึงปัจจัยและขั้นตอนที่ทำให้ผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ นำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

5. ศึกษา รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐาน โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้ สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ขอขอบพระคุณความกรุณา อย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.วิทญา ตันอารีย์ อาจารย์ กานต์ชัยญา แก้วแดง อาจารย์ประจำภาควิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และ ดร.กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้เกียรติและเสียสละเวลารับเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่ง บุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถาม ทุกๆ ท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาให้ความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถาม รวมถึงเพื่อน พี่และน้อง ผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นผู้ช่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดีและ ขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็น กำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอ โครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 004/2568

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B.S. (1975). **Taxonomy of Education**. New York: David McKay Company Inc.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Health Data Center**. [online]. Retrieved May 1,2024 from <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- Chitmanasak N., Jirawongnuson S, . Ritthisan S., and Phuyadao, S. (2021). **Development of a health literacy scale for the elderly to support Thailand 4.0**. Journal of Social Science and Buddhist Anthropology, 6(9):1-15.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). **Strengthening and evaluating health literacy and health behavior**. Nonthaburi: Printing House of Agricultural Cooperatives of Thailand.
- Intarakahaeng, A., Ajdee, K., Phatrawiwat, and Kittipitchaya, W. (2020).

- A causal relationship model of empowerment and health literacy on participatory community health problem solving behavior. *Journal of Behavioral Science for Development/Warasan Pruetikamsat Puea Kan Phathana*, 12(2).
- Khamsekaew, T. and Kanokthet, T. (2023). **Factors affecting health behavior of the elderly in Huai Mai Subdistrict, Song District, Phrae Province.** *Northern Journal of Science and Technology*, 4(4):107–118.
- Ministry of Public Health, Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2018). **Assessment and promotion of health literacy.**[online]. Retrieved December 17, 2018, from <http://www.hed.go.th>.
- Nutbeam, D. (2000). **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century.** *Health Promotion International*, 15:259-67.
- Nutbeam, D. (2000). **The evolving concept of health literacy.** *Social Science & Medicine*, 67: 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). **Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies.***Int. J. Public Health*, 54(4):303-305.
- Pender, N. J. (2011). **Health promotion model manual.** [online]. Retrieved May 1, 2024 from <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Phonsen, K., Phanthaniya, S., Treechai, T., and Punchakettikun, K. (2021). **A model for developing an elderly society to enhance health behavior in Ban Huai Suwan community, Don Pru Subdistrict, Si Prachan District, Suphan Buri Province.** *Journal of Social Sciences and Buddhist Anthropology*, 6(8):54-72.
- Phromsuwan, K. (2017). **Factors Related to Health Promotion Behaviors of the Nongmaikaen elderly club.** Master's dissertation, Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao, Thailand.
- Prapakon, Y. (2020). **Health literacy and health promotion behavior of elderly Karen.** Bachelor's dissertation, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Puttha, N., and Chalardlon, P. (2022). **Development of a model for promoting health literacy in self-care of the elderly in the new lifestyle era, Ban Luek**

Subdistrict, Photharam District, Ratchaburi Province. Journal of MCU Nakhondhat, 9(3):46-64.

Ratchaphonsit, A. (2025). **Guidelines for health promotion for the elderly in the community of Bankhoksakok, Village No. 4, KhokMuang Subdistrict, Khlonghoikhong District, Songkhla**

Province. Journal of Social Development, 2(1):1-14.

Traijamchan, S., Andara, W., Boonbanchob, U., and Thinson, R. (2021). **Health literacy and health behavior 3A.2S. of people in the Ban Ua-Athorn Bangkhen (Khlong Thanon) community.** Royal Thai Army Nursing Journal, 22(3): 367-385.

ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ

ตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Health literacy and health behaviors 3E 2S of the elderly in Banmae Sub-district,
Sanpatong District, Chiangmai Province.

จันทร์เพ็ญ นน่อตุน (Janpen Nortun)*

บทคัดย่อ

ความรอบรู้สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จของส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้สุขภาพ 2) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และ ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51, SD.=0.76$) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.34, SD.=0.42$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้สุขภาพ พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ และการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า อายุ ความพอเพียงของรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สำหรับปัจจัยเพศ และการใช้สมาร์ทโฟน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r=0.423, P\text{-value}<0.01$) จากการศึกษาจะเห็นว่าควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้สุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกัวแลน้อย จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: Janpen_2508@hotmail.com

* Public Health Specialist, Ban Kiew La Noi Subdistrict Health Promotion Hospital, Chiang Mai Province Email: Janpen_2508@hotmail.com

ABSTRACT

Health literacy is crucial for the success of promoting health behavior in the elderly. This research was conducted to study 1) study health literacy, 2) study health behavior according to the 3E 2S principle, 3) the relationship between health literacy and health behavior, and 4) factors related to health literacy and health behavior of the elder in Ban Mae Subdistrict, San Pa Tong District, Chiang Mai Province. The sample group in the study was 400 social bound elder people. The research instruments were a personal factors questionnaire, a health literacy questionnaire, and a health behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Data were analyzed using inferential statistics, including correlation analysis and chi-square.

The findings revealed that : The overall health literacy of the sample was at a high level ($\bar{X}=3.51, SD=.0.76$). The overall health behavior of the sample was at a middle level ($\bar{X}=3.34, SD=.0.42$). The relationship between personal factors and health literacy revealed that gender , age , income sufficiency ,and smartphone use were significantly associated with health literacy at the 0.01 significance level. The relationship between personal factors and health behaviors showed that age and income sufficiency were significantly associated with health behaviors at the 0.05 significance level. However, gender and smartphone use were not significantly associated with health behaviors at the 0.05 significance level. The relationship between health literacy and health behaviors indicated a statistically significant positive correlation at the 0.01 significance level ($r=0.423$, $P\text{-value}<0.01$). The study suggests that health literacy among older adults should be promoted, particularly in terms of access to adequate health information and services. This enhancement will contribute to appropriate self-health behavior modification.

Key Words : Health literacy, Health behavior, elder

บทนำ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุตามบริบทของสังคมไทย ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น ผู้สูงอายุกลุ่มตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุกลุ่มตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อย ขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ (Health Data Center, 2024) ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเข้าถึงและได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในบริการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ต่างๆ เช่น ตามภาคหรือเขตการปกครอง โดยจากรายงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบ Health Data Center : HDC พบผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 96.83 ติดบ้าน ร้อยละ 2.61 และติดเตียง ร้อยละ 0.56 โรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เบาหวาน และภาวะหกล้ม ร้อยละ 60.7, 38.4, 20.4 และ 3.12 ตามลำดับ การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 8 ด้าน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 30.8 ในปี 2563 และ ปี 2564 ตามลำดับ (Health Data Center, 2024). ปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญอยู่ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย อีกหนึ่งส่วนเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตนเอง ชุมชน สังคม ซึ่งหากกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และ

จะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี แต่หากกระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ อันเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ/โรคต่างๆ ตามมาในระยะยาวได้ ผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลระยะกลางและการดูแลระยะยาวจะเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งโรคจะมีความซับซ้อนขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอัลไซเมอร์ โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงร่วม 3อ. 2ส. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยมีปัจจัยหลักจากพื้นฐานทาง วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และปัจจัยแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยตามหลัก 3อ 2ส ระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตคนไทยให้ลดความเสี่ยงการเกิดโรค ลดปัญหาโรคแทรกซ้อน ลดความพิการ ลดการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่พบว่าเมื่อมีการนำไปสู่การปฏิบัติยังได้ผลน้อย จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Ministry of Public Health, Division of Health Education, 2018) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพและการจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

ตลอดจนประเมินและเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง ครอบครัวและชุมชนเพื่อการส่งเสริม อารมณ์รักษาและคุ้มครองภาวะสุขภาพในบริบทต่างๆ ตลอดช่วงวัยที่แตกต่างกันในชีวิตได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ จะมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จดจำข้อมูลทางสุขภาพ (Division of Health Education, 2018).

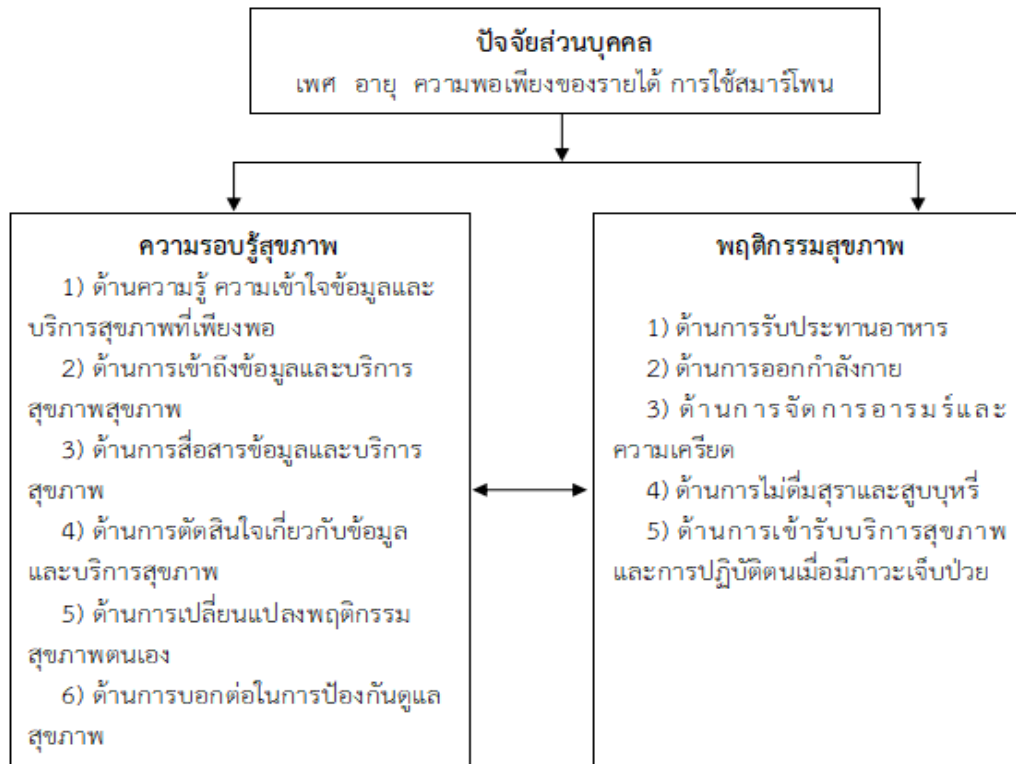
ตำบลบ้านแม่เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนหมู่บ้าน 13 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.23 จากจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 36.71 ในปี 2566 จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อป็นประมาณ 2567 พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.41 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.93 อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.73 และอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.81 นอกจากนี้จากการคัดกรองความเสี่ยงในผู้สูงอายุ พบความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.30 โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.20 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 44.71 ความผิดปกติเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 0.12 สมองเสื่อม ร้อยละ 0.19 ข้อเข่า ร้อยละ 0.73 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 0.66 ดัชนีมวลกาย ร้อยละ 42.64 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, HDC, 2024) จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญอยู่ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย แต่อีกส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเอง ทั้งนี้ภาวะสุขภาพดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านภาระค่าใช้จ่ายทั้งระยะสั้นและระยะยาว แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม จะสามารถเป็นแนวทางในการที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลดีต่อความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว สังคมและประเทศชาติได้

อีกมากมาย จากความสำคัญและสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความรอบรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้สูงอายุตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้สุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ และปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30 2ส ของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะที่พึงประสงค์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถเป็นต้นแบบหรือบุคคลสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น เสริมความมั่นคงด้านเศรษฐกิจในครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเป็นแกนนำ เป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในกลุ่มวัยอื่นๆ เพิ่มสมรรถนะให้กับชุมชนสู่การเป็นชุมชนรอบรู้สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ (Research Objectives)

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30 2ส ของผู้สูงอายุตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30 2ส ของผู้สูงอายุตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
4. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 30 2ส ของผู้สูงอายุตำบลบ้านแม่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

1. ขอบเขตด้านประชากรและพื้นที่ในการศึกษา ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,873 คน อาศัยอยู่ในตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 13 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเหมืองฟู บ้านเด่น บ้านท่าโป่ง บ้านฉิมพลี บ้านร่องธาร บ้านสัน บ้านร้องขุ่ม บ้านแม บ้านเจดีย์เนิ้ง บ้านกัวแลน้อย บ้านดง บ้านท่าเตือ และบ้านเปี้ย ยง (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุติดสังคม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 2) อาศัยอยู่ใน 13 หมู่บ้าน ของตำบลบ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
- 3) อย่างสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน
- 4) ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน หรือ ติดเตียง
- 2) มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรที่ทาโร่ ยามาเน (Taro Yamane, 1973)

$$n = N / 1 + Ne^2$$

โดยที่ n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมด (1,873 คน)
e หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าที่ยอมรับได้ (0.05)

$$\text{แทนค่า } n = 1,873 / 1 + 1,873 (0.05 \times 0.05)$$

$$= 399.78 \sim 400 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการกำหนดสัดส่วน โดยเทียบบัญญัติไตรยางค์ และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาค้นคว้าดำเนินการศึกษาโดยใช้แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความรอบรู้สุขภาพ Health Literacy ของ Nutbeam (2008) และ กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ตัว V- shape ของ Chitmanasak N., Jirawongnusun S., Ritthisan S., and Phuyadao, S. (2021). แนวคิดความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรค สำหรับกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ของ Intarakahaeng, A. (2017) และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (2011)

3. ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาค้นคว้าใช้ระยะเวลาในการดำเนินวิจัยระหว่าง ตุลาคม 2567 – พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการทำวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา มีส่วนประกอบแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ลักษณะการอยู่อาศัย ระดับ

การศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ลักษณะทางเศรษฐกิจ การใช้สมาร์ทโฟน โรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรม ความสามารถในการมองเห็น การเขียน การอ่าน และการได้ยิน 2) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (Srisat, B., 2013) ตอบ 5 เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวันหรือ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ ตอบ 4 บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ ตอบ 3 นานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ ตอบ 2 บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์ และ ตอบ 1 ไม่เคยเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยภาพรวม ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามและแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) ประกอบด้วย ดร.กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ คุณเจษฎา ปวิณเกียรติคุณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และ อาจารย์ ดร.มุกลินท์ แสงศิริ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 นำไปหาค่าความเที่ยงตรงหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences ; IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.975

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุอำเภอต๋อยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.977 ประกอบด้วยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.985 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้ความ

เชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.919 ตามลำดับ จึงจัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพัทธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Chi-Square ตามลักษณะตัวแปร

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 260 คน รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 140 คนอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60 ถึง 70 ปี จำนวน 256 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.04 (SD.=6.99) สถานภาพ ส่วนใหญ่

สมรสและยังอยู่ด้วยกันตลอด จำนวน 255 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 231 คน การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 302 คน อาชีพส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น จำนวน 110 คน รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 314 คน รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5,009.50 บาทต่อเดือน (SD.=6,520.02) ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 224

คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สมาร์ทโฟน จำนวน 208 คน ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน จำนวน 336 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 256 คน โดยส่วนใหญ่การมองเห็นปกติ/ชัดเจน จำนวน 270 คน เขียนได้คล่อง/ปกติ จำนวน 277 คน อ่านได้คล่อง/ปกติ จำนวน 325 คน และได้ยินปกติ/ชัดเจน จำนวน 321 คน ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=400 คน)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	140	35.00
- หญิง	260	65.00
2. อายุ (นับจำนวนปีเต็ม)		
- 60 – 70 ปี	256	64.00
- 71 – 80 ปี	125	31.30
- 81 – 90 ปี	15	3.80
- 90 ปีขึ้นไป	4	1.00
- อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.04 ปี (SD.=6.99)		
- อายุต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุดเท่ากับ 95 ปี		
3. สถานภาพ		
- ไม่มีคู่สมรส	49	12.30
- สมรส-อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	255	63.70
- แยกกันอยู่ (หม้าย/หย่า/แยก)	96	24.00
4. ท่านอาศัยอยู่กับใครในครอบครัว		
- อยู่คนเดียว	23	5.80
- อยู่กับสามี/ภรรยา (หรือคู่สมรส)	231	57.80
- อยู่กับลูกหลาน	134	33.50
- อยู่กับพี่/น้อง	7	1.80
- อยู่กับบิดา/มารดา	5	1.30
5. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.80

- ประถมศึกษา	302	75.50
- มัธยมศึกษาตอนต้น	33	8.30
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	37	9.30
- ระดับอนุปริญญา/ปวส.	7	1.80
- ปริญญาตรี	18	4.50
6. อาชีพหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด		
- ไม่มีอาชีพ	97	24.30
- แม่บ้าน พ่อบ้าน / ทำงานบ้าน	65	16.30
- เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น	110	27.50
- ค้าขาย/ทำธุรกิจ	23	5.80
- รับจ้างทั่วไป	84	21.00
- ข้าราชการเกษียณ	21	5.30
7. รายได้ (เฉลี่ยบาทต่อเดือน-ก่อนหักค่าใช้จ่าย)		
- ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	314	78.50
- 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน	52	13.00
- 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน	11	2.80
- 15,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป	23	5.80
- รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 5,009.50บาทต่อเดือน (SD.=6,520.02)		
- รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 600 บาทต่อเดือน		
- รายได้สูงสุดเท่ากับ 40,000 บาทต่อเดือน		
8. ลักษณะทางเศรษฐกิจ หรือ ความเพียงพอของรายได้		
- ไม่เพียงพอ	129	32.30
- เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	224	56.00
- เพียงพอและเหลือเก็บ	47	11.80
9. การใช้สมาร์ทโฟน		
- ไม่ใช้	149	37.30
- ใช้ - มีอินเทอร์เน็ต	208	52.00
- เฉลี่ย 3.35 ชั่วโมงต่อวัน (SD.=2.39)		
- ใช้ - ไม่มีอินเทอร์เน็ต	43	10.80
- เฉลี่ย 1.50 ชั่วโมงต่อวัน (SD.=1.19)		
10. โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	144	36.00
- มีโรคประจำตัว	256	64.00
11. ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน		
- ไม่เคยเข้าร่วม	64	16.00

- เข้าร่วม	336	84.00
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)		
เฉลี่ย 5.19 ครั้ง (SD.=3.82)		
12. ความสามารถในการมองเห็น		
- เห็นปกติ-ชัดเจน	270	67.50
- ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	130	32.20
13. ความสามารถในการเขียน		
- เขียนได้คล่อง-ปกติ	277	69.30
- คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	123	30.80
14. ความสามารถในการอ่าน		
- อ่านได้คล่อง-ปกติ	325	81.30
- คล่องบ้าง ไม่คล่องบ้าง	75	18.80
15. ความสามารถในการได้ยิน		
- ได้ยินปกติ-ชัดเจน	321	80.30
- ชัดบ้าง ไม่ชัดบ้าง	79	19.80

2) ความรอบรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.51, SD.=0.76$) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ ด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการตัดสินใจ

เกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ด้านความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ และด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความรอบรู้สุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n=400 คน)

1.	ด้านความรู้ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	3.44	0.82	มาก
	ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ			
2.	ด้านการสื่อสารข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.29	0.79	ปานกลาง
3.	ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.55	0.77	มาก
4.	ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.55	0.79	มาก
5.	ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	3.52	0.83	มาก
6.		3.20	0.84	ปานกลาง
	รวมเฉลี่ย	3.51	0.76	มาก

3) พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพโดย
ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.34, SD.=0.42$)
เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้ดังนี้ ด้านการเข้ารับ

บริการสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย
ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการอารมณ์และ
ความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการดื่มสุรา
และสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง
(n=400 คน)

ข้อที่	พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD.	แปลผล
1.	ด้านการรับประทานอาหาร	3.45	0.55	มาก
2.	ด้านการออกกำลังกาย	2.97	1.24	ปานกลาง
3.	ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด	3.72	0.70	มาก
4.	ด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่	2.59	0.90	น้อย
5.	ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพและการปฏิบัติตนเมื่อมี ภาวะเจ็บป่วย	3.99	0.52	มาก
รวมเฉลี่ย		3.34	0.42	ปานกลาง

4) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับ
ความรอบรู้สุขภาพ
เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเพศ
กับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้ค่า
เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุกับ
พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้ค่า
 χ^2 เท่ากับ 17.265 df=9 (P-value=0.045) แสดง
ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ความพอเพียงของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 13.239 df=6
(P-value=0.039) แสดงว่า ความพอเพียงของรายได้

χ^2 เท่ากับ 7.010 df=3 (P-value=0.072) แสดงว่า
เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการ
ใช้สมาร์ทโฟนกับพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ได้ค่า χ^2 เท่ากับ 4.211 df=6 (P-
value=0.648) แสดงว่า การใช้สมาร์ทโฟนไม่ม
ีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้สุขภาพ					χ^2
	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ						7.010
- ชาย	-	17(12.50)	69(50.70)	48(35.30)	2(1.50)	df=3
- หญิง	-	29(11.20)	166(63.80)	62(23.80)	3(1.20)	P=0.072
อายุ						
- 60-70 ปี	-	26(10.20)	143(55.90)	83(32.40)	4(1.60)	17.265
- 71-80 ปี	-	14(11.60)	81(66.90)	25(20.70)	1(0.80)	df=9
- 81-90 ปี	-	4(26.70)	9(60.600)	2(13.30)	-	P=0.045
- 90 ปีขึ้นไป	-	2(50.00)	2(50.00)	-	-	
ความพอเพียง ของรายได้						
- ไม่เพียงพอ	-	15(12.00)	79(63.20)	31(24.80)	-	13.239
- เพียงพอแต่ไม่ เหลือเก็บ	-	24(10.70)	137(61.20)	58(25.90)	5(2.20)	df=6
- เพียงพอและ เหลือเก็บ	-	7(14.90)	19(40.40)	21(44.70)	-	P=0.039
การใช้ สมาร์ทโฟน	-	19(13.10)	89(61.40)	34(23.40)	3(2.10)	4.211
- ไม่ใช่	-	22(10.60)	119(57.20)	65(31.30)	2(1.00)	df=6
- ใช้/มี	-					P=0.648
อินเทอร์เน็ต	-	5(11.60)	27(62.80)	11(25.60)	-	
- ใช้/ไม่มี	-					
อินเทอร์เน็ต						

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพ
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้
สุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ระดับความรอบรู้

สุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี
ความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับนัยสำคัญ 0.01 ($r=0.423$, $P\text{-value}<0.01$)
ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์	n	$\bar{x}$	SD.	r	P-value
ความรู้สุขภาพ	400	3.51	0.76	0.423	<0.01
พฤติกรรมสุขภาพ	430	3.34	0.42		

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุตำบล บ้านแม อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอภิปรายผลการศึกษ ได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเพศ อายุ ความพอเพียงของรายได้ และการใช้สมาร์โฟนของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรู้สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonpetch, S., Suksitong, N., Tanaree, W., and Loka, T. (2023) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า เพศชายมีแนวโน้มใช้สมาร์โฟนมากกว่าเพศหญิง ซึ่งการใช้สมาร์โฟนนี้มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiarella & Keefe (2008) ที่ศึกษากิจกรรมพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การสอนให้เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยการสื่อสารอินเทอร์เน็ต จะช่วยพัฒนาความรู้สุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์สู่การจัดการสุขภาพตนเองได้ และยังสอดคล้องกับ Xin Jiang et. al. (2024) ที่ศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะด้านนี้เพื่อให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพออนไลน์ได้

อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Heijmans, M. et.al. (2015) ที่พบว่าระดับอายุที่สูงขึ้นระดับการศึกษาต่ำและรายได้น้อย มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ทางสุขภาพ

นอกจากนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน โดยพบว่าในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมเฉลี่ย 5.19 ครั้ง ทำให้ได้รับการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมและเป็นประจำ ต่อเนื่องจากชุมชน อีกทั้งส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับคู่สมรสและอยู่กับลูกหลาน ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้างในการช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Masri, P., Chuthasak, M. and Buaphan, P. (2023.) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ภาพรวมระดับความรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมกับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับสูงและระดับปานกลางกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรมีการส่งเสริมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับคำชมเชยกับการเป็นตัวอย่างในการดูแลสุขภาพตนเองต่อผู้สูงอายุอื่นในชุมชน

2. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Durongrittichai, V.,

Rujiganjanarat, K. ., & Namjud, N. (2024) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและอยู่กับลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phonsen, K., (2021). ที่พบว่า ปัจจัยการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยควรนำเพื่อน บุคคลในครอบครัว และสื่อท้องถิ่น มาใช้ในการสนับสนุน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ และการปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ด้านการรับประทานอาหารด้านการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับมาก ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการดื่มสุราและสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อย อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคมและส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านได้ ยังมีความสามารถในการอ่าน เขียน มองเห็น และติดต่อสื่อสารพูดคุยกับบุคลากรทางสาธารณสุขและบุคคลในครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaphonsit, A. (2025). ที่ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านโคกสักออก หมู่ที่4 ตำบลโคกม่วง อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยและการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอายุและความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมและอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพในการทำงาน โดยส่วนใหญ่ทำงานด้านเกษตรกรรม และส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บสอดคล้องกับการศึกษาของ Khamseekaew, T. and Kanokthet, T. (2023). ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่รายได้เพียงพอและเหลือเก็บมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ของปัจจัยอายุและรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ชัดเจนในการศึกษา ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และแรงจูงใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3. จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษา ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของ Prapakon, Y. (2020) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับการเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของ Taheri, E., Araban, M., Ghanbari, S., and Moradi Kalboland, M. (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

โดยการได้รับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จะส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานต่างๆ บุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมความรู้ สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพราะ ความรอบรู้สุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองตลอดจนผลลัพธ์ทาง สุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีระดับความรู้ทาง สุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า ซึ่งจะส่งผล ให้เกิดการเจ็บป่วยตลอดจนการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่น้อย หรือ ลดลงมากกว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่ ต่ำกว่า ดังนั้นจึงนับเป็นวิถีทางหนึ่งในการเพิ่มพลังให้กับ ผู้สูงอายุในการตัดสินใจเลือกและปฏิบัติตนในการดูแล สุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่เพื่อให้มีการจัดการสุขภาพ ของตนเองได้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ส่งผล ให้เกิด “สุขภาวะ (Well-being)” ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ สามารถนำผล การศึกษาไปใช้ในการสร้างเสริมความรู้สุขภาพ เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะด้าน ดิจิทัลและอื่นๆ ทั้งในพื้นที่และพื้นที่อื่นๆ ได้

2) สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้าง เสริมความรู้สุขภาพให้กับผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมสร้างเสริมให้กับกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้จะ รองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

3) สามารถนำเอาผลการศึกษาไปใช้ในการ ออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพในพื้นที่ได้ ซึ่ง จะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพใน พื้นที่อย่างยั่งยืน

4) สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้าง สื่อสุขภาพทั้งในออฟไลน์และออนไลน์ที่เหมาะสมตาม กลุ่มวัย ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยอื่นๆ ให้ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว และสามารถ นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

5) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ ความสามารถ แรงจูงใจ ตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพ อื่นๆ ที่มีต่อความรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมด้วย

2) ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนา ความรอบรู้สุขภาพและชุมชนรอบรู้สุขภาพ เพื่อ ยกระดับให้ชุมชนเอื้อต่อสุขภาพ ให้เกิดความยั่งยืนต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3) ควรมีการศึกษาร่วมกับการวิจัยเชิง สหสัมพันธ์ ร่วมกับการนำเอาโมเดลการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical model ; TTM) มาใช้เพื่อทำให้ทราบถึงปัจจัยและขั้นตอนที่ทำให้ ผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ นำไปใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตนเอง

4) ศึกษาแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐานโดยการมี ส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการพัฒนาความรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียร พงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ คุณเจษฎา ปวีณเกียรติคุณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และ อาจารย์ ดร.มุลินทร์ แปงศิริ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่กรุณาให้เกียรติและเสียสละเวลารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ สนับสนุนให้ความคิดเห็นเสนอแนะดำเนินงานวิจัย ในครั้งนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคอยติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดเอาใจใส่เป็นอย่างดี ให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องรายงานการวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 016/2567

เอกสารอ้างอิง

Chiarella D., Keefe L. (2008). **Creating a Consumer Health Outreach Program for Western New York Senior Citizens: Continuing a Library School Project.** Medical Reference Services Quarterly, 27(2): 221-228.

Chitmanasak N., Jirawongnuson S., Ritthisan S., Phuyadao, S. (2021). **Development of a health literacy scale for the**

elderly to support Thailand 4.0.

Journal of Social Science and Buddhist Anthropology, 6(9):1-15.

Division of Health Education. (2018).

Strengthening and evaluating health literacy and health behavior.

Nonthaburi: Printing House of Agricultural Cooperatives of Thailand.

Durongrattichai, V., Rujiganjanarat, K., Namjud, N.

(2024). **The Relationship between**

Competency and Well-Being of Elderly Leaders in Family and Community in Phetchaburi Province.

Journal of Nursing and Public Health Research, 4(1): e265745.

Health Data Center.(2024). **Health Data Center**

of Chiang Mai Provincial Public Health Office. [online]. Retrieved May 8, 2024

from <https://www.chiangmaihealth.go.th>.

Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J.,

van der Vaart, R., Rijken, M. (2015).

Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management.

Patient Education Counseling,

98(1): 41-48.

Intarakanhaeng, A. (2017). **Health literacy:**

measurement and development.

Bangkok: Sukhumvit Printing.

- Jiang, X., Wang, L., Leng, Y., et al. (2024). **The level of electronic health literacy among older adults: a systematic review and meta-analysis.** Arch Public Health, 82: 204
- Khamseekaew, T., Kanokthet, T. (2023). **Factors affecting health behavior of the elderly in Huai Mai Subdistrict, Song District, Phrae Province.** Northern Journal of Science and Technology, 4(4):107-118.
- Masri, P., Chuthasak, M., Buaphan, P. (2023.) **Health literacy and social support affecting the access to health services of the elderly in Khon Kaen Municipality.** Journal of Science and Community Health, 6(2): 112-126.
- Ministry of Public Health. (2018). **Assessment and promotion of health literacy.**[online]. Retrieved December 17, 2018 from <http://www.hed.go.th>.
- Moonpetch, S., Suksitong, N., Tanaree, W., Loka, T. (2023). **Factors related to the use of smart phones among the elderly ethnic groups in Yang Muen Subdistrict, Sam Mueng District, Chiang Mai Province.** Journal of Science and Technology for the Community, 1(3): 25-38.
- Nutbeam, D. (2000). **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** Health promotion international, 15(3): 259-267.
- Pender, N.J., Murdaugh, C., Parsons, M.A. (2011). **Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.).** Boston: Pearson Education.
- Phonsen, K., Phanthaniya, S., Treechai, T., Punchakettikun, N. (2021). **A model for developing the elderly society to enhance health behaviors in Ban Huai Suwan community, Don Pru Subdistrict, Si Prachan District, Suphan Buri Province.** Journal of Social Sciences and Buddhist Anthropology, 6(8): 54-72.
- Prapakon, Y. (2020). **Health literacy and health promotion behavior of elderly Karen.** Bachelor's dissertation, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
- Ratchaphonsit, A. (2025). **Guidelines for health promotion for the elderly in the community of Ban Khok Sak Ok, Village No. 4, Khok Muang Subdistrict, Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province.** Journal of Social Development, 2(1): 1-14.

Srisat, B. (2013). **Preliminary research, 9th ed.,**
Bangkok: Suwiryasan.

Taheri, E., Araban, M., Ghanbari, S., Moradi

Kalboland, M. (2022). **The Relationship
between Health Literacy and Rate of
Receiving Integrated and
Comprehensive Geriatric Care**

**Program with Self-care Ability in
Elderly Women.** Journal of Health
Literacy, 7(1): 45-55.

ผลของการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score2) ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนในผู้ป่วยขณะรอตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The Effect of Using the National Early Warning Score 2 (NEWS2) in Monitoring Change in Patient Conditions and Warning Signs in Outpatients Waiting for Diagnosis at Sanpatong Hospital Chiang Mai

จิรัชญา แปงกันทา (Jiratchaya Pangkunta)*

บทคัดย่อ

การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นขณะรอตรวจ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบเปรียบเทียบก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 842 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้และหลังใช้ NEWS2 กลุ่มละ 421 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังในกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้แบบฟอร์ม NEWS2 ในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Fisher's Exact Test และ Independent-samples t-test รวมถึงการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของระบบด้วยค่า Sensitivity, Specificity, PPV และ NPV ผลการวิจัยพบว่าอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.45 เป็นร้อยละ 14.01 ($p<.001$) และความเสี่ยงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจากร้อยละ 5.23 เหลือร้อยละ 0.48 ($p<.001$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่า Sensitivity และ NPV เท่ากับร้อยละ 100.0 Specificity เท่ากับร้อยละ 88.9 และ PPV เท่ากับร้อยละ 23.7 ผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าระบบ NEWS2 มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการตรวจพบสัญญาณเตือน ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: NEWS2 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณเตือน ผู้ป่วยนอก ความแม่นยำในการคัดกรอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: tpiromjai@gmail.com

* Registered Nurse Practitioner Sanpatong Hospital , Chiangmai Province, Email: tpiromjai@gmail.com

Abstract

Monitoring clinical deterioration among patients in outpatient departments is crucial for preventing adverse events that may occur while awaiting care. The National Early Warning Score 2 (NEWS2) was developed to systematically assess patient risk. This quasi-experimental study employed a pre-post comparison design, involving 842 patients attending the outpatient department of Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. Participants were divided into a pre-NEWS2 group and a post-NEWS2 group (421 patients each). Retrospective data were collected for the comparison group, while the NEWS2 form was used prospectively in the experimental group. Descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's Exact Test, and Independent-samples t-test were used for analysis. System performance was also evaluated using sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV)

The results showed that the detection rate of clinical warning signs increased significantly from 5.45% to 14.01% ($p < .001$), while the risk of adverse events decreased from 5.23% to 0.48% ($p < .001$). The response time for patient care was significantly shortened. Sensitivity and NPV were 100.0%, specificity was 88.9%, and PPV was 23.7%. These findings demonstrate that the NEWS2 system effectively improves the detection of clinical deterioration, reduces adverse events, and enhances timely care for patients in outpatient settings.

Keywords:

NEWS2, clinical deterioration surveillance, early warning signs, outpatient care, screening accuracy

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพสถานพยาบาล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2021) ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 โดยรายงานว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น การเข้าหอผู้ป่วยหนักโดยไม่ตั้งใจ และการเสียชีวิต มักมีสัญญาณเตือนล่วงหน้าภายใน 24 ชั่วโมง ดังนั้น การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (2P Safety) ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2564 เพื่อยกระดับคุณภาพบริการให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (Healthcare Accreditation Institute, 2017; 2021). อย่างไรก็ตาม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (2021) พบว่าผู้ป่วยราว 10% ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วโลกมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตจากการประเมินอาการผิดพลาด ขาดการเฝ้าระวัง หรือการสื่อสารไม่ชัดเจนระหว่างบุคลากร

การใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะ National Early Warning Score 2 (NEWS2) ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้ตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ ร้อยละความอิ่มตัวของออกซิเจน และการใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Royal College of Physicians, 2017) (Greenhalgh, 2019) แม้ NEWS2 จะได้รับการศึกษาว่าเหมาะสมในผู้ป่วยใน

และหอผู้ป่วยหนัก แต่การวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบดังกล่าวในบริบทของแผนกผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทั่วไปในประเทศไทยยังมีจำกัด ทั้งที่เป็นพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และความเร่งด่วนในการให้บริการ

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก โดยในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีจำนวนผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก 142,896, 146,892 และ 147,487 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ พบผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรอตรวจ 23, 20 และ 25 ราย (คิดเป็นร้อยละ 0.016, 0.013 และ 0.017) แม้จะมีการซักประวัติและคัดกรองก่อนพบแพทย์ แต่กระบวนการดังกล่าวมักเกิดเพียงครั้งเดียว ไม่มีการประเมินซ้ำ และขาดระบบให้คะแนนหรือแจ้งเตือนที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ตรวจจับอาการผิดปกติได้ล่าช้า ส่งผลให้บางรายเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยหลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากที่แผนกผู้ป่วยนอก คือ การคัดแยกระดับความรุนแรง และการเฝ้าระวังติดตามอาการระหว่างการรอตรวจ แม้ว่าปัจจุบันมีการใช้ triage scale เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการให้บริการแล้ว ก็ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่อาการแย่งระหว่างรอพบแพทย์ (Jo, 2016) (Churpek, 2017)

จากบทบาทของผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอก จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการนำ NEWS2 มาใช้ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะรอตรวจ โดยคาดว่าจะการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือน ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมการดูแลที่รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแอบแฝง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนของผู้ป่วยขณะรอตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score2)
2. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยขณะรอตรวจ ก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score2)
3. เพื่อประเมินความแม่นยำของ NEWS2 (National Early Warning Score2) ในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก
4. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการให้การดูแลและการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score2)

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

NEWS2 (National Early Warning Score 2) เป็นเครื่องมือประเมินสัญญาณชีพที่ได้รับการพัฒนาโดย Royal College of Physicians (2017) เพื่อใช้คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตในสถานพยาบาล โดยการให้คะแนนจาก 7 ตัวแปร ได้แก่ อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ ระดับความรู้สึกตัว ความอิ่มตัวของออกซิเจน และการใช้ออกซิเจนเสริม

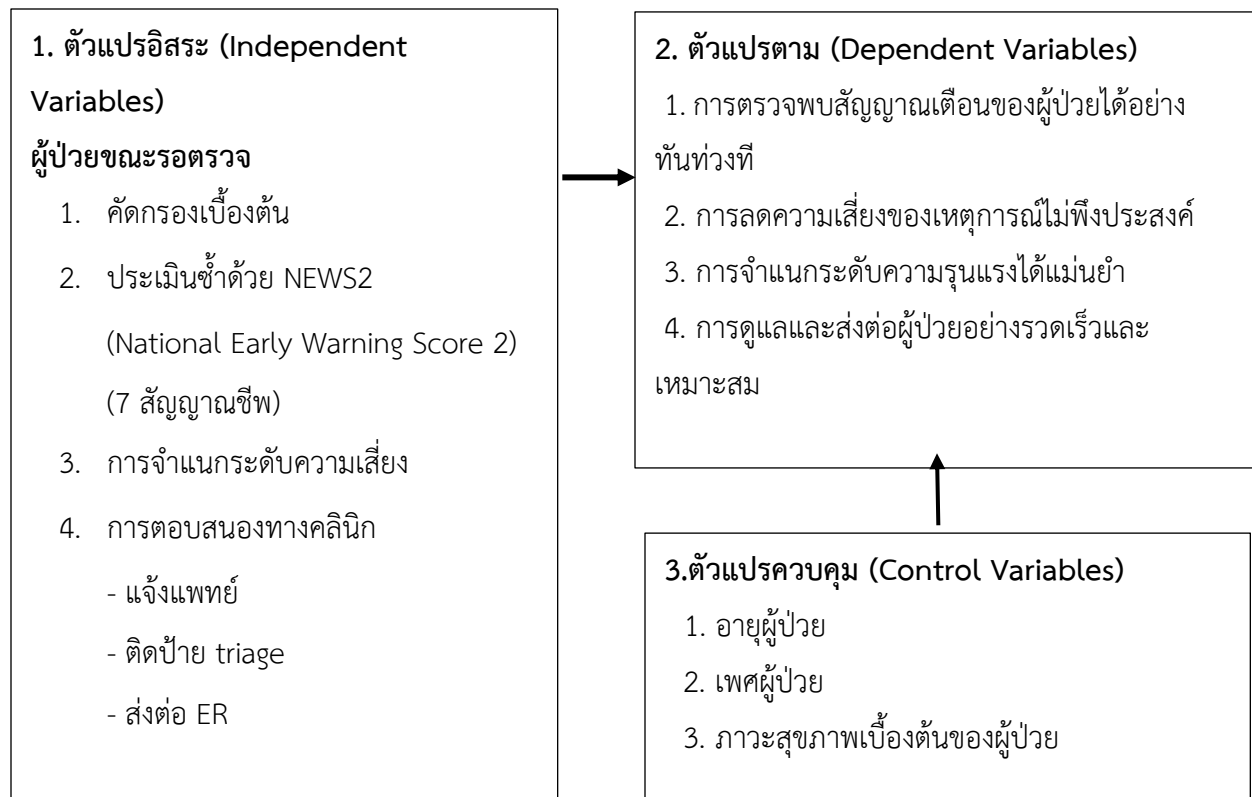
Carberry (2019) ศึกษาการใช้ NEWS2 ในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจในสหราชอาณาจักร พบว่าระบบมีความไวสูงในการทำนายเหตุการณ์รุนแรง เช่น การเสียชีวิตหรือการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยให้ค่า AUROC = 0.89 แสดงถึงประสิทธิภาพที่ดีมาก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19

Banchongchat et al. (2021) รายงานว่า การประเมินด้วย NEWS ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน ในขณะที่ Nupor (2021) พบว่า NEWS ≥ 4 สามารถทำนายการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงได้อย่างแม่นยำ โดยมีปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กับความรุนแรง ได้แก่ เพศชาย และการมีโรคตับเรื้อรัง

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของระบบ NEWS2 ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การวินิจฉัยล่วงหน้า และการวางแผนส่งต่ออย่างทันที่ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในบริบทของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะการประเมินความแม่นยำของ NEWS2 และผลกระทบต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ที่พัฒนาโดย Royal College of Physicians (2017) และแนวคิด Modified Early Warning Score (MEWS) (Subbe, 2001) เพื่อประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก NEWS2 ใช้ตัวชี้วัดทางสรีรวิทยา 7 ด้าน ได้แก่ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ ระดับความรู้สึกตัว SpO₂ และการใช้ออกซิเจนเสริม NEWS2 ถูกออกแบบมาเพื่อตรวจพบสัญญาณเตือนของอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว เพื่อให้สามารถตอบสนองทางคลินิกได้อย่างทันที่ (Smith, 2008) การวิจัยนี้จึงวางกรอบแนวคิดที่เชื่อมโยงระหว่างกระบวนการ การคัดกรอง การประเมิน การตอบสนองทางคลินิก และผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียว วัดผลเปรียบเทียบกับข้อมูลในอดีต (One-Group Pretest-Posttest Design with Historical Control) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณเตือนของผู้ป่วยขณะรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ดำเนินการระหว่าง

1. กลุ่มหลังการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย NEWS2 ระหว่างรอพบแพทย์

2. กลุ่มควบคุมจากข้อมูลในอดีต ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนก่อนการนำ NEWS2 (National Early Warning Score 2) มาใช้

โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกใน 4 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจพบสัญญาณเตือน
2. ความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
3. ความแม่นยำของ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ในการจำแนกระดับความเสี่ยง
4. ความรวดเร็วในการให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มก่อนใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังในช่วงเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งยังไม่มีกรนำ NEWS2 มาใช้ในการประเมินสัญญาณเตือน

2. กลุ่มหลังใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย NEWS2 ขณะมารับบริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) สำหรับประชากรขนาดใหญ่ (N = 147,487 คน) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ยอมรับได้ (d) เท่ากับ 0.05 และอัตราส่วนความน่าจะเป็น (p) เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 383 คน เพื่อเพื่อการสูญเสียของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มอีก 10% รวมเป็นกลุ่มละ 421 คน รวมทั้งสิ้น 842 คน โดยแบ่งเป็น

1.กลุ่มก่อนใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) จำนวน 421 คน

2. กลุ่มหลังใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) จำนวน 421 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ และไม่มีข้อมูลสูญหายที่ส่งผลต่อการวิเคราะห์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาที่กำหนด
3. มีข้อมูลสัญญาณชีพครบถ้วน หรือมีเวชระเบียนย้อนหลังที่สมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี
2. เวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือข้อมูลไม่ครบ
3. ปฏิเสธการให้ใช้ข้อมูลเพื่อการวิจัย
4. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการประเมินด้วยระบบ NEWS2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 ตารางการให้คะแนนของ NEWS2 (National Early Warning Score2)

ได้แก่ ตารางการให้คะแนนของ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ใช้บันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอก ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (อายุ เพศ โรคประจำตัว), อาการนำมารับบริการ, กลุ่มโรค, ค่า NEWS2 และพารามิเตอร์การประเมิน (อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ การใช้ออกซิเจน และ ระดับความรู้สึกตัว), ระดับความเสี่ยง, ระยะเวลาการดูแล, การดำเนินการที่เกิดขึ้น เช่น การเฝ้าสังเกตหรือการส่งต่อ และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การบันทึกข้อมูลดำเนินโดยพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้ NEWS2 อย่างถูกต้อง โดยมีการแบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ

ความเสี่ยงต่ำ (0-4), ปานกลาง (5-6 หรือ ≥ 3 ในพารามิเตอร์ใดพารามิเตอร์หนึ่ง), และสูง (≥ 7) (Royal College of Physicians, 2017)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนย้อนหลัง ใช้รวบรวมข้อมูลของกลุ่มก่อนใช้ NEWS2 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สัญญาณชีพ อาการนำ แนวทางการดูแล และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือการส่งต่อ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ใช้ในการบันทึกข้อมูลระหว่างการดำเนินงานวิจัยจริงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย NEWS2 (National Early Warning Score 2) โดยแบบฟอร์มนี้ออกแบบให้ครอบคลุมข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (อายุ เพศ โรคประจำตัว กลุ่มโรค), พารามิเตอร์ของ NEWS2 (อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ชีพจร ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิ และการใช้ออกซิเจน), คะแนนรวมของ NEWS2, ระดับความเสี่ยงตามคะแนน, ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการดูแล, การดำเนินการที่เกิดขึ้นตามระดับความเสี่ยง (เช่น การเฝ้าสังเกต การส่งต่อ), และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเปลี่ยนแปลงของอาการหรือการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

การบันทึกข้อมูลดำเนินโดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมการใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) อย่างถูกต้อง และปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสันป่าตอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนย้อนหลัง และ แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มผู้ใช้ NEWS2 ได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน) โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.97 และ 0.89 ตามลำดับ แสดงถึงระดับความตรงที่ดีมากและดี

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ทดลองใช้ในกลุ่มนักร้อง 30 ราย วิเคราะห์ได้จริง 7 ราย (23.3%) ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.834

2.2 แบบบันทึกของกลุ่มที่ใช้ NEWS2 ทดลองใช้ในกลุ่มนักร้อง 30 ราย วิเคราะห์ได้ครบถ้วน 6 ราย (20.0%) ได้ค่า Cronbach's alpha = 0.826

ทั้งสองแบบฟอร์มมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลย้อนหลัง (กลุ่มเปรียบเทียบก่อนใช้ NEWS2)

สืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงก่อนเริ่มใช้ NEWS2 ระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณชีพ อาการสำคัญ การดูแล การส่งต่อ และผลลัพธ์ทางคลินิก

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลหลังใช้ NEWS2 (กลุ่มทดลอง)

ผู้วิจัยประชุมชี้แจงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก ให้ใช้ NEWS2 (National Early Warning Score 2) ประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการ (ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568) และบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบฟอร์มเฉพาะของ NEWS2 ที่จัดทำขึ้นในการวิจัยนี้

ทั้งสองระยะดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง และรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้อ้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
2. เปรียบเทียบอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือน ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's Exact Test
3. เปรียบเทียบความเสี่ยงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ใช้ Chi-square test หรือ Fisher's Exact Test

4. ใช้ Cross-tabulation คำนวณ Sensitivity, Specificity, PPV, NPV และ Accuracy

เพื่อประเมินศักยภาพของ NEWS2 ในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย หากมีข้อมูล

รายบุคคลครบถ้วน จะวิเคราะห์ ROC Curve เพื่อประเมินค่า Area Under the Curve (AuROC) ด้วยวิธีใดก็ตาม หากลักษณะข้อมูลไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์ ROC เช่น มีข้อมูลไม่สมดุล หรือไม่สามารถสร้างโมเดลต่อเนื่องได้ จะรายงานผลการวิเคราะห์เฉพาะตัวชี้วัดที่เหมาะสม

5. เปรียบเทียบระยะเวลาความรวดเร็วในการดูแลและส่งต่อ ใช้ Independent-samples t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามความเหมาะสมของการแจกแจงข้อมูล

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 842 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ NEWS2 จำนวน 421 ราย และกลุ่มหลังใช้ NEWS2 จำนวน 421 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันในเกือบทุกตัวแปร ยกเว้นตัวแปรเพศ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) โดยกลุ่มหลังใช้ NEWS2 มีสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้อย่างชัดเจน

สำหรับตัวแปรอื่น ได้แก่ อายุ เหตุผลในการมารับบริการ โรคประจำตัว และกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในด้านลักษณะพื้นฐาน ซึ่งเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในระยะถัดไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (n = 842)

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=842)	ก่อนใช้ NEWS2 (n=421)	หลังใช้ NEWS2 (n=421)	χ^2 / t	df	p-value
อายุ (ปี)						
Mean $\pm$ S.D.		65.14 $\pm$ 13.90	65.72 $\pm$ 14.19	0.60 (t)	840	0.548
กลุ่มอายุ (ปี)				0.22	2	0.897
<40	59 (7.01%)	30 (7.12%)	29 (6.89%)			
41-60	177 (21.02%)	91 (21.61%)	86 (20.43%)			
≥ 60	606 (71.97%)	300 (71.26%)	306 (72.68%)			
เพศ				7.604	1	0.006
ชาย	412 (48.93%)	226 (53.68%)	186 (44.18%)			
หญิง	430 (51.07%)	195 (46.32%)	235 (55.82%)			
เหตุผลในการมารับ บริการ				0.034	1	0.855
มาตามนัด	144 (17.10)	73 (17.34%)	71 (16.87%)			
มีอาการนำมา	698 (82.90%)	348 (82.66%)	350 (83.13%)			
กลุ่มโรค				4.179	8	0.841
ระบบทางเดินหายใจ	115 (13.66%)	55 (13.06%)	60 (14.25%)			
ระบบทางเดินอาหาร	94 (11.16%)	45 (10.69%)	49 (11.64%)			
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	391 (46.43%)	202 (47.98%)	189 (44.89%)			
กระดูก						
ระบบกล้ามเนื้อและ	72 (8.55%)	30 (7.12%)	42 (9.98%)			
กระดูก						
ระบบทางเดินปัสสาวะ	19 (2.26%)	8 (1.90%)	11 (2.61%)			
ระบบต่อมไร้ท่อ /	31 (3.68%)	16 (3.80%)	15 (3.56%)			
เมตาบอลิซึม						
ผิวหนัง	17 (2.02%)	9 (2.14%)	8 (1.90%)			
โรคติดเชื้อทั่วไป	15 (1.78%)	8 (1.90%)	7 (1.66%)			
อื่นๆ	88 (10.45%)	48 (11.40%)	40 (9.50%)			
โรคประจำตัว				0.006	1	0.940
ไม่มี	247 (29.33%)	123 (29.21%)	124 (29.45%)			
มี	595 (70.67%)	298 (70.79%)	297 (70.55%)			

การเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนของผู้ป่วยขณะรอตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการใช้ NEWS2

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มก่อนใช้ NEWS2 มีอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนจำนวน 23 ราย (5.45%) ขณะที่กลุ่มหลังใช้ NEWS2 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 59 ราย (14.01%) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มก่อนใช้อย่างชัดเจน ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า ความแตกต่างของอัตราการตรวจพบระหว่างสองกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่

Pearson's Chi-square = 17.510, df = 1, p < .001

Linear-by-Linear Association = 17.489, p < .001

Fisher's Exact Test = .000 (ทั้งแบบ two-sided และ one-sided)

ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า NEWS2 มีประสิทธิภาพในการช่วยคัดกรองและระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาก่อนนำ NEWS มาใช้ โดยสามารถเพิ่มอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนของผู้ป่วยในระยะเวลาารอก่อนเข้ารับบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการตรวจพบสัญญาณเตือนก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (n = 842)

กลุ่มผู้ป่วย	ไม่พบสัญญาณเตือน n (%)	พบสัญญาณเตือน n (%)	รวม
ก่อนใช้ NEWS2 (n = 421)	398 (94.55%)	23 (5.45%)	421
หลังใช้ NEWS2 (n = 421)	362 (85.99%)	59 (14.01%)	421
รวม (n = 842)	760 (90.26%)	82 (9.74%)	842

ผลการทดสอบทางสถิติ

Pearson's Chi-square = 17.510, df = 1, p < .001

Linear-by-Linear Association = 17.489, p < .001

Fisher's Exact Test = .000

การเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยขณะรอตรวจ ก่อนและหลังการใช้ NEWS2

จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 842 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ NEWS2 จำนวน 421 ราย และกลุ่มหลังใช้ NEWS2 จำนวน 421 ราย พบว่า กลุ่มก่อนใช้มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวม 22 ราย (5.23%) โดยเหตุการณ์ที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการหน้ามืดหรือเป็นลม (1.90%) ชัก (0.71%) และคลื่นไส้รุนแรง (0.71%)

ในขณะที่กลุ่มหลังใช้ NEWS2 พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพียง 2 ราย (0.48%) ซึ่งทั้งหมดเป็นกรณีของอาการหน้ามืดหรือเป็นลม

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าอัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มหลังใช้ NEWS2 ลดลงอย่างชัดเจน โดยผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson's Chi-square = 18.09, df = 9, p = .034; Likelihood Ratio = 23.75, p = .005; Linear-by-Linear Association = 13.97, p < .001) แม้บาง

เหตุการณ์จะมีจำนวนผู้ป่วยเกิดขึ้นน้อย แต่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติโดยเฉพาะค่า Linear-by-Linear Association สะท้อนให้เห็นแนวโน้มการลดลงของ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญภายหลังการนำ NEWS2 มาใช้ โดยเฉพาะในกลุ่มเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังใช้ NEWS2 (n = 842)

อาการไม่พึงประสงค์ ขณะรอตรวจ	ก่อนใช้ NEWS2 (n=421)	หลังใช้ NEWS2 (n=421)	รวม (n=842)
1.ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	399 (94.77%)	419 (99.52%)	818 (97.15%)
2.หน้ามืด/เป็นลม	8 (1.90%)	2 (0.48%)	10 (1.19%)
3.หายใจลำบาก	2 (0.48%)	0 (0.00%)	2 (0.24%)
4. เจ็บแน่นหน้าอก	1 (0.24%)	0 (0.00%)	1 (0.12%)
5. คลื่นไส้อาเจียนรุนแรง	3 (0.71%)	0 (0.00%)	3 (0.36%)
6. เหงื่อออกตัวเย็น	1 (0.24%)	0 (0.00%)	1 (0.12%)
7. ชัก	3 (0.71%)	0 (0.00%)	3 (0.36%)
8. ซึมลง/ตอบสนองช้า	1 (0.24%)	0 (0.00%)	1 (0.12%)
9.ความดันโลหิตต่ำ	2 (0.48%)	0 (0.00%)	2 (0.24%)
10. ไข้สูงหนาวสั่น	1 (0.24%)	0 (0.00%)	1 (0.12%)
รวม	421 (100.00%)	421 (100.00%)	842 (100.00%)

ผลการทดสอบทางสถิติ

Pearson's Chi-square = 18.089, df = 9, p = .034

Likelihood Ratio = 23.752, p = .005

Linear-by-Linear Association = 13.969, p < .001

การประเมินความแม่นยำของ NEWS2 ในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยขณะรอตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก

จากการประเมินความแม่นยำของ NEWS2 ในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย พบว่า หลังใช้ NEWS2 ค่า Sensitivity และ Negative Predictive Value (NPV) เพิ่มขึ้นเป็น 100.00% แสดงว่า NEWS2 สามารถตรวจจับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงได้อย่างครบถ้วน ในขณะที่ค่า Specificity ลดลงเล็กน้อยจาก 95.90% เป็น 88.90% และค่า Positive Predictive Value (PPV) อยู่ที่

23.73% ค่า Odds Ratio ก่อนใช้ NEWS2 อยู่ที่ 12.37 แต่ไม่สามารถคำนวณค่า Odds Ratio หลังใช้ได้ เนื่องจากไม่มีผู้ป่วยกลุ่ม “ไม่เสี่ยง” รายใดเกิดเหตุการณ์ ดังแสดงในตารางที่ 4

ผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนว่า NEWS2 มีศักยภาพในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีและไม่มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการคัดกรองผู้ที่ปลอดภัยอย่างแม่นยำ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความแม่นยำของ NEWS2 ก่อนและหลังใช้งาน

ตัวชี้วัด (Indicator)	ก่อนใช้ NEWS2	หลังใช้ NEWS2
Sensitivity (ความไว)	25.00%	100.00%
Specificity (ความจำเพาะ)	95.90%	88.90%
Positive Predictive Value: PPV (ค่าพยากรณ์บวก)	30.43%	23.73%
Negative Predictive Value: NPV (ค่าพยากรณ์ลบ)	94.66%	100.00%

การเปรียบเทียบระยะเวลาความรวดเร็วในการให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้ NEWS2

การวิเคราะห์ระยะเวลาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉิน (ER) ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้ NEWS2 พบว่า กลุ่มหลังใช้ NEWS2 มีระยะเวลาเฉลี่ยในทุกขั้นตอนของกระบวนการสั้นลง ได้แก่ ขั้นตอนการซักประวัติ (time_start) ลดลงจาก 9.05 เป็น 8.77 นาที ขั้นตอนการประเมินพบความเสี่ยง (time_detected) ลดลงจาก 9.40 เป็น 8.97 นาที การพบแพทย์ (time_md) ลดลงจาก 9.83 เป็น 9.00 นาที และการส่งต่อห้องฉุกเฉิน (time_transfer) ลดลงจาก 9.97 เป็น 9.22 นาที

แม้ผลการวิเคราะห์ด้วย Independent-Samples t-test จะพบว่า ความแตกต่างในแต่ละขั้นตอนยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่การวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลด้วย Cohen's d พบว่า ขั้นตอน “พบแพทย์” ($d = 0.606$) และ “ส่งต่อ ER” ($d = 0.508$) มีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนแนวโน้มเชิงปฏิบัติว่าการใช้ NEWS2 อาจมีส่วนช่วยให้การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในกระบวนการที่ต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเร่งด่วน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ ER ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้ NEWS2

ตัวแปร	ก่อนใช้ NEWS2 (Mean $\pm$ SD)	หลังใช้ NEWS2 (Mean $\pm$ SD)	Cohen's d	p-value
เริ่มซักประวัติ (time_start)	9.05 $\pm$ 0.98	8.77 $\pm$ 1.58	0.205	0.677
ประเมินพบความเสี่ยง (time_detected)	9.40 $\pm$ 1.03	8.97 $\pm$ 1.54	0.312	0.560
พบแพทย์ (time_md)	9.83 $\pm$ 1.00	9.00 $\pm$ 1.55	0.606	0.278
ส่งต่อ ER (time_transfer)	9.97 $\pm$ 1.04	9.22 $\pm$ 1.67	0.508	0.427

การอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ NEWS2 (กลุ่มละ 421 ราย) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกันเกือบทุกด้าน เช่น อายุ เหตุผลในการมารับบริการ โรคประจำตัว และกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ความสอดคล้องนี้ช่วยลดความลำเอียงเชิงโครงสร้าง (selection bias) และเสริมความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ (Polit & Beck, 2021)

อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างด้านเพศอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มหลังใช้ NEWS2 มีสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่า ($p = .006$) ซึ่งอาจสะท้อนถึงลักษณะของผู้รับบริการในช่วงเวลานั้น หรือการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการเข้ารับบริการเพราะปัจจัยภายนอก เพศอาจมีผลต่อการตอบสนองต่ออาการไม่พึงประสงค์ และการแสดงออกของอาการ (World Health Organization, 2022) ดังนั้น ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงลึกควรคำนึงถึงปัจจัยเพศเป็นตัวแปรควบคุม สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ อายุ เหตุผลในการมารับบริการ โรคประจำตัว และกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งช่วยเสริมความเชื่อมั่นในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของ NEWS2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Creswell & Creswell, 2018)

การเปรียบเทียบอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนก่อนและหลังใช้ NEWS2

การศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้ NEWS2 ช่วยเพิ่มอัตราการตรวจพบสัญญาณเตือนของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 5.45% เป็น 14.01%, $p < .001$)

สะท้อนถึงความสามารถของ NEWS2 ในการช่วยบุคลากรทางการแพทย์ประเมินและระบุภาวะเสี่ยงได้แม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ NEWS2 ที่พัฒนาโดย Royal College of Physicians (2017) ที่มุ่งเน้นการคัดกรองภาวะฉุกเฉินจากสัญญาณชีพในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากร

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Abbott (2022) ที่พบว่า NEWS2 มีประสิทธิภาพในการลดการประเมินที่ล่าช้าในแผนกผู้ป่วยนอก และสามารถระบุผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทรุดตัวได้อย่างทันทั่วทั้งที่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอาการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

กล่าวโดยสรุป NEWS2 เป็นเครื่องมือที่มีศักยภาพในการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการคัดกรอง ช่วยให้ทีมดูแลสามารถวางแผนจัดการดูแลเชิงรุก ลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มคุณภาพการดูแลในบริบทแผนกผู้ป่วยนอกได้อย่างเป็นระบบ

การเปรียบเทียบความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยขณะรอตรวจ ก่อนและหลังการใช้ NEWS2

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้ NEWS2 มีส่วนช่วยในการลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยขณะรอตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มก่อนใช้ NEWS2 มีอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สูงถึงร้อยละ 5.23 ขณะที่กลุ่มหลังใช้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.48 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .034$ จาก Pearson's Chi-square และ $p < .001$ จาก Linear-by-Linear Association)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยในกลุ่มก่อนใช้ NEWS2 ได้แก่ อาการหน้ามืด เป็นลม ชัก และคลื่นไส้ อาเจียนรุนแรง ซึ่งล้วนเป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้นของ

ภาวะฉุกเฉินที่อาจลุกลามหากไม่ได้รับการประเมินและดูแลทันเวลา (Royal College of Physicians, 2017)

การลดลงอย่างชัดเจนของอุบัติการณ์ภายหลังการใช้ NEWS2 สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของ NEWS2 ในการช่วยให้พยาบาลสามารถตรวจพบความผิดปกติของสัญญาณชีพได้ตั้งแต่ระยะแรก พร้อมทั้งส่งต่อเพื่อประเมินซ้ำได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ใน Early Warning Score ที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการ เพิ่มความปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตในสถานพยาบาลหลายแห่ง (Royal College of Physicians, 2017) (Smith, 2020)

นอกจากนี้ ค่า Linear-by-Linear Association ที่มีนัยสำคัญสูงยังบ่งชี้แนวโน้มการลดลงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในทุกระดับความรุนแรง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อย ยืนยันถึงความแม่นยำและประสิทธิภาพของ NEWS2 ในการคัดกรองความเสี่ยง แม้ในแผนกที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและปริมาณผู้ป่วย เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Subbe (2021) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ NEWS2 ในเวชปฏิบัติจริงช่วยให้เกิดการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วขึ้น และลดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ การอบรมและเตรียมความพร้อมของพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพของ NEWS2 ในการปฏิบัติจริง โดยงานของ Supatrakul (2021) พบว่าการฝึกอบรม NEWS ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคลากรสามารถใช้ระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อคุณภาพการเฝ้าระวังผู้ป่วย

การประเมินความแม่นยำของ NEWS2 ในการจำแนกระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยขณะตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก

ผลการประเมินความแม่นยำของ NEWS2 พบว่าหลังการใช้งาน ค่า Sensitivity และ Negative Predictive Value (NPV) เพิ่มขึ้นเป็น 100% ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพสูงสุดในการตรวจจับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างครบถ้วน และสามารถระบุได้อย่างแม่นยำว่าผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม "ไม่เสี่ยง" จะไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวจริง ซึ่งถือเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในระบบคัดกรองระดับเบื้องต้น (Smith, 2020)

แม้ว่าค่า Specificity จะลดลงเล็กน้อยจาก 95.90% เหลือ 88.90% และ Positive Predictive Value (PPV) อยู่ที่ 23.73% แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยเฉพาะในบริบทของการป้องกันเหตุการณ์รุนแรงล่วงหน้า การ "แจ้งเตือนเกิน" (false positive) บางกรณีอาจเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในทางคลินิก เพื่อแลกกับความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย (Royal College of Physicians, 2017)

นอกจากนี้ การไม่สามารถคำนวณค่า Odds Ratio ในกลุ่มหลังใช้ NEWS2 เนื่องจากไม่พบเหตุการณ์ในกลุ่มที่ประเมินว่า "ไม่เสี่ยง" ยังตอกย้ำถึงประสิทธิภาพของ NEWS2 ในการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งแม้จะวิเคราะห์เชิงอัตราส่วนไม่ได้โดยตรง แต่เป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่สะท้อนความแม่นยำของระบบในเชิงปฏิบัติ

โดยสรุป NEWS2 แสดงศักยภาพในการเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความไวสูง ใช้งานง่าย และเหมาะสมสำหรับแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมักมีข้อจำกัดด้านการเฝ้าระวังต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Abbott (2022) ที่ระบุว่า NEWS2 ช่วยเพิ่มการตรวจจับผู้ป่วยเสี่ยงและลดการตอบสนองล่าช้า

ในแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก อีกทั้งสนับสนุนข้อเสนอของ Subbe (2021) ว่าระบบนี้สามารถลดความผิดพลาดในการคัดกรองได้จริงในเวชปฏิบัติ

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การใช้ NEWS2 มีแนวโน้มช่วยลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปยังห้องฉุกเฉิน โดยเฉพาะในขั้นตอนสำคัญ เช่น การพบแพทย์ และการส่งส่งต่อ ER ซึ่งเป็นจุดที่ต้องอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเร่งด่วน โดยค่าระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มหลังใช้ NEWS2 ลดลงในทุกขั้นตอนเมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนใช้ แม้ผลการทดสอบทางสถิติจะไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่ ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) ในขั้นตอนการพบแพทย์ ($d = 0.606$) และการส่งส่งต่อ ($d = 0.508$) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งบ่งชี้ถึง ผลในทางปฏิบัติ ที่มีความสำคัญและควรให้ความสนใจ (Cohen, 1988)

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยแบบเร่งด่วน การลดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการส่งต่อมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นอย่างยิ่ง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า แม้การลดลงเพียงไม่กี่นาทีในระบบการคัดกรองสามารถส่งผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต (Redfern, 2019) การที่ NEWS2 ช่วยเร่งกระบวนการได้แม้เพียงเล็กน้อย ยิ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของระบบนี้ในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและเวลา เช่น แผนกผู้ป่วยนอก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 007/2568

เอกสารอ้างอิง

- Abbott, T. E. F., Torrance, H. D. T., Cron, N., Vaid, N., Emmanuel, J., & Ackland, G. L. (2022). **National Early Warning Score 2 (NEWS2) in prehospital and emergency care: A systematic review** [online]. *BMJ Open*, 12(3), e057303. Retrieved June 6, 2025, from <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057303>
- Banchongchat, S., et al. (2021). **Evaluation of NEWS (Nakornping Early Warning Scores) in monitoring symptoms and reducing patient risk in the emergency department.** *Thai Journal of Nursing*, 39(3), 123–130.
- Carberry, M., Myall, K., Tan, A. L., Elshafi, M., Barry, S., Smith, F., et al. (2019). **National Early Warning Score 2 (NEWS2) to identify inpatient clinical deterioration: A retrospective analysis of the medical and surgical inpatient population at a UK teaching hospital.** *BMJ Open*, 9(7): e026765.
- Carberry, M., Myrstad, M., Tøndel, C. (2019). **Performance of the National Early Warning Score 2 (NEWS2) in patients with respiratory disease.** *BMC Emergency Medicine*, 19(1): 1–7.
- Churpek, MM., Snyder, A., Han, X., Sokol, Sl., Pettit, N., Howell, MD., et al. (2017).

- Quick sepsis-related organ failure assessment, systemic inflammatory response syndrome, and early warning scores for detecting clinical deterioration in infected patients outside the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(3): 438–445.
- Cochran, W. G. (1977). **Sampling techniques** (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, JW., Creswell, JD. (2018). **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches** (5th ed.). California: Sage Publications.
- Greenhalgh, T., Knight, M., A’Court, C., Buxton, M., Husain, L. (2019). **Management of post-acute COVID-19 in primary care.** *BMJ*, 370: m3026.
- Healthcare Accreditation Institute. (2017). **Guidelines for developing patient and personnel safety (2P Safety).** Bangkok: Healthcare Accreditation Institute
- Healthcare Accreditation Institute. (2021). **Summary report of 2P Safety strategy implementation, 2018–2021.** Bangkok: Healthcare Accreditation Institute
- Inchoo, N., Saensamranjai, P. (2022). **The effectiveness of the NEWS2 system in predicting mortality in secondary-level hospital patients.** *Lanna Public Health Journal*, 18(2): 112–123.
- Jo, S., Yoon, J., Lee, JB., Jin, Y., Jeong, T., Park, B. (2016). **Predictive value of the National Early Warning Score-Lactate for mortality and the need for critical care among general emergency department patients.** *Journal of Critical Care*, 36: 60–68.
- Nupor, J. (2021). **The effectiveness of the National Early Warning Score (NEWS) in predicting 24-hour mortality in emergency department patients.** *Journal of Public Health Academic*, 30(3): 279–288. (In Thai)
- Polit, DF., Beck, CT. (2021). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice** (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Redfern, E., Hosking, R., Gray, J., et al. (2019). **The effectiveness of early warning systems in the recognition and response to clinical deterioration: A systematic review.** *International Journal of Nursing Studies*, 91: 1–10.
- Redfern, OC., Smith, GB., Prytherch, DR., Meredith, P., Inada-Kim, M., Schmidt, PE., et al. (2019). **A comparison of**

- the National Early Warning Score in hospitalised patients with and without infection: A retrospective cohort study. *British Journal of Anaesthesia*, 122(5): 656–663.
- Royal College of Physicians. (2017). **National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS.** London: RCP.
- Smith, GB., Prytherch, DR., Jarvis, S., Kovacs, C., Meredith, P., Schmidt, PE., et al. (2020). **A comparison of the ability of the National Early Warning Score and the National Early Warning Score 2 to identify patients at risk of in-hospital mortality: A multi-centre database study.** [online]. Retrieved June 6, 2025, from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.12.025>
- Smith, GB., Prytherch, DR., Meredith, P., Schmidt, PE., & Featherstone, P. I. (2008). **The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death.** *Resuscitation*, 84(4): 465–470.
- Smith, G.B., Redfern, OC., & Meredith, P. (2020). **The use of early warning scores in emergency departments: A scoping review.** [online]. Retrieved June 6, 2025, from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.008>
- Subbe, CP., Duller, B., Bellomo, R. (2021). **Effect of an automated notification system for deteriorating ward patients on clinical outcomes.** *Critical Care*, 25(1): 21.
- Subbe, CP., Kruger, M., Rutherford, P., Gemmel, L. (2001). **Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions.** *QJM*, 94(10): 521–526.
- Supatrakul, W., Srisongkram, R., Uraiwong, T. (2021). **Effects of NEWS training on nurses' knowledge, skills, and satisfaction.** *Royal Thai Army Nursing Journal*, 22(1): 88–95.
- World Health Organization. (2021). **Patient safety.** [online]. Retrieved June 5, 2025, from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization. (2022). **Gender and health** [Online]. Retrieved June 5, 2025, from <https://www.who.int/health-topics/gender>
- World Health Organization. (2023). **Patient safety.** [online]. Retrieved June 5, 2025, from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>

ประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่
ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Effective of Motivational Enhancement Therapy Group on Smoking Behavior Among Monks with
Tobacco Dependence at Sanpatong District, Chiang Mai Province

ดอกรัก พิทาคำ (Dokrak Phithakam)*

บทนำ : การสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพแม้แต่ในพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพาโคติน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ โดยเปรียบเทียบคะแนนระดับการพึ่งพาโคตินก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One-group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่จำนวน 15 รูป ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มตามแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิก 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบประเมินระดับการพึ่งพาโคติน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.13 ปี ระดับการพึ่งพาโคตินและจำนวนมวนบุหรี่ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนระดับการพึ่งพาโคตินหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทันที และที่ระยะเวลา 1, 3, 6 และ 12 เดือน มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มสามารถลดระดับการพึ่งพาโคตินได้ทันทีหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และยังส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในระยะยาว จึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: การติดบุหรี่ ประสิทธิภาพ การเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม พระสงฆ์

*พยาบาลวิชาชีพ อีเมล: dokrak07@gmail.com

* Registered Nurse Email: dokrak07@gmail.com

Abstract

Background: Smoking adversely affects health, including among Buddhist monks who are nicotine-dependent and in need of treatment. Group motivational enhancement therapy has been shown to support behavioral change and smoking cessation effectively.

Objectives: To examine the effectiveness of group motivational enhancement therapy on smoking behavior among Buddhist monks by comparing nicotine dependence scores before and after the intervention.

Methods: This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The participants were 15 nicotine-dependent Buddhist monks who received care at Sanpatong Hospital and were selected using purposive sampling. The research instruments included: 1) a group motivational enhancement program based on the principles of Miller and Rollnick, 2) a personal data questionnaire, and 3) a nicotine dependence assessment scale. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test, and one-way ANOVA.

Results: The participants had a mean age of 47.13 years. After participating in the program, both nicotine dependence scores and the number of cigarettes smoked significantly decreased. The nicotine dependence levels measured immediately after the program and at 1, 3, 6, and 12 months follow-up were significantly lower than the baseline ($p < .05$).

Conclusion: The group motivational enhancement therapy effectively reduced nicotine dependence immediately after the intervention and promoted sustained behavior change in smoking. This program is recommended for implementation in primary healthcare settings such as sub-district health promoting hospitals.

Keywords: Tobacco dependence, effective, Motivational Enhancement Therapy Group, Monk

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตอันดับที่สามของคนไทย (WHO, 2017) การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพของประชากรโลก กล่าวคือเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) จากการสูบบุหรี่ อาทิ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และมะเร็งอวัยวะต่างๆ อีกทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า มีผู้เสียชีวิตจากทั่วโลกด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 โรคมะเร็งปอด ร้อยละ 2.9 (WHO, 2017) ในทำนองเดียวกัน มีรายงานว่า พระสงฆ์ในฐานะประชากรไทยกลุ่มหนึ่งมีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 41.3 และกลุ่มพระสงฆ์เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 24.4 (Krisanaphan & Kornpaisarn, 2011) ซึ่งประเทศไทยโดยมากนับถือศาสนาพุทธ พระสงฆ์มีบทบาทในการเผยแพรศาสนา และเป็นผู้นำในด้านจิตวิญญาณ "พระในสังคมไทย เป็นที่พึ่งทางใจ หรือจิตแพทย์ของประชาชน ซึ่งผู้ที่เสพติดบุหรือนั้น ไม่ได้มีปัญหาเฉพาะทางร่างกาย แต่มีปัญหาทางจิตใจด้วย หากพระสงฆ์เป็นผู้นำในการลด ละ เลิก บุหรี่ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีให้กับประชาชน ก็จะถือเป็นอานิสงส์อย่างมหาศาล" (Supreeda Adulyanon, 2014)

จากการสำรวจพบว่า พระสงฆ์สูบบุหรี่เกือบร้อยละ 40 และถึงแม้ว่าพระสงฆ์กว่าร้อยละ 80 รับรูนโยบายวัดปลอดบุหรี่ก็ตาม สาเหตุที่สูบบุหรี่เนื่องจากญาติโยมถวาย (Thai Health Promotion Foundation, 2012) ในขณะเดียวกัน การอาพาธของพระสงฆ์จากโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่มีจำนวนเพิ่มขึ้น อาทิ

โรคมะเร็งปอด ฤๅลมโป่งพอง และการติดเชื้อในปอด เป็นต้น ซึ่งน่าเป็นห่วงสุขภาพพระสงฆ์เป็นอย่างมาก ควรให้ฝ่ายสาธารณสุขเข้าไปให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ภายในวัด (Waraporn Poomsawat, 2012) โรงพยาบาลสันป่าตองมีการขยายระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีการจัดบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้แก่พระสงฆ์ ทั้งการซักประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป การตรวจร่างกายทุกระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ จากการดำเนินงานโครงการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปีงบประมาณ 2561-- 2562 พบว่าพระสงฆ์มีโรคประจำตัวเรื้อรังและสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 21.8 มีการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ร้อยละ 60.0 และเป็นสาเหตุของการเป็นโรคมะเร็งปอดของพระสงฆ์ร้อยละ 70.0 (Sanpatong Hospital, 2020) ซึ่งสารเคมีจากบุหรี่เข้าไปทำลายเซลล์ปอด ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 10-30 เท่า (Thitiwut Hu, 2022) ดังนั้น เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากอันตรายของยาสูบ ส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีผลต่อสังคม และสอดคล้องกับนโยบายวัดปลอดบุหรี่ จึงได้ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ใน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest–Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ที่ติดยาสูบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแบบกลุ่ม

ประชากรที่ศึกษา คือ พระสงฆ์ที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน เมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์ว่าเป็นผู้มีภาวะติดยาสูบหรือนิโคติน ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) หมวด F17.2 (Tobacco Dependence Syndrome) และ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 รูป

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่มีประวัติการเสพยาสูบหรือสารนิโคตินในระดับปานกลางขึ้นไป (6 คะแนนขึ้นไป) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (FTND) (Fagerström et al., 1993)

2. ฟังอ่านออกเขียนภาษาไทยได้

3. มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ขอดอนตัวจากการวิจัยระหว่างการดำเนินโครงการ

2. กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ โรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคหอบหืด และกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด หรือไม่สามารถติดตามผลการวิจัยได้ต่อเนื่องจนสิ้นสุดโครงการ

การประมาณขนาดตัวอย่าง

จากจำนวนพระสงฆ์ที่สูบบุหรี่และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดยาสูบหรือนิโคติน (ICD-10: F17.2) รวมทั้งสิ้น 66 รูป ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงตารางสำเร็จรูปของโพลิต (Polit, 1996) สำหรับการทดสอบทางเดียว ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำลังการทดสอบ (Power) 80% และขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.9 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รูป โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยอิงแนวคิดของมิลเลอร์และโรลนิก (Miller & Rollnick, 1995) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 โครงสร้างกลุ่ม

สถานที่: ศาลาวัดหัวริน ตำบลทุ่งสะโตก อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ระยะเวลา: จัดกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง ความถี่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์

ระยะเวลาต่อครั้ง: 90 นาทีต่อครั้ง

1.2 ผู้บำบัด

ผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม คือ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาผู้ติดสารเสพติดด้วยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ และมีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดไม่น้อยกว่า 10 ปี

1.3 ผู้เข้าร่วมกลุ่ม (ผู้รับการบำบัด)

กลุ่มเป้าหมายคือ พระสงฆ์จำนวน 15 รูป ซึ่งเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสันป่าตอง และได้รับการประเมินระดับการพึ่งพาโคตินด้วยแบบ FTND ได้คะแนนตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลาง)

1.4 ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตรียมกลุ่ม
2. ระยะเริ่มกลุ่ม
3. ระยะทำงานกลุ่ม
4. ระยะยุติกลุ่ม

การดำเนินกลุ่มใช้รูปแบบกิจกรรมตามแผนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยมีนักจิตวิทยาคลินิกเป็นผู้ช่วยสังเกตการณ์และจดบันทึกพฤติกรรม รวมถึงบันทึกปัจจัยบำบัดที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาและประเมินผลกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Fagerström Test for Nicotine Dependence: FTND)

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม FTND ซึ่งใช้ประเมินระดับการพึ่งพาโคติน ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อมีรูปแบบการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3-4 ระดับ ได้แก่

1. โดยปกติท่านสูบบุหรี่วันละกี่มวน
2. ท่านสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนในระยะเวลาเท่าใด
3. ท่านสูบบุหรี่จัดในช่วงเช้ามวนแรกหลังตื่นนอนหรือไม่

4. บุหรี่มวนใดที่ท่านรู้สึกว่าจะเลิกได้ยากที่สุด

5. ท่านรู้สึกลำบากเมื่อต้องอยู่ในพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่หรือไม่

6. แม้ในขณะที่เจ็บป่วยจนต้องนอนพัก ท่านยังคงสูบบุหรี่หรือไม่

คะแนนรวมใช้แปลระดับการพึ่งพาโคตินออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่ติดนิโคติน” จนถึง “ติดระดับสูงมาก” ซึ่งใช้ประเมินก่อนบำบัด ทันทีหลังบำบัด และติดตามผลใน 1 เดือน, 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้

1.1 แบบสอบถาม FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence) เพื่อประเมินพฤติกรรมการติดนิโคติน

1.2 ข้อมูลจากเวชระเบียนของพระสงฆ์ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพ ในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพโดยรวมและประวัติการสูบบุหรี่

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data)

ประกอบด้วยเอกสาร วารสาร หนังสือวิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement) การบำบัดแบบกลุ่มและสุขภาพของพระสงฆ์ซึ่งใช้ในการออกแบบโปรแกรมการบำบัด และใช้สนับสนุนการอภิปรายผลการวิจัย

3. กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทำการเก็บข้อมูลในช่วง ระหว่าง เดือนเมษายนถึงพฤษภาคม

พ.ศ. 2563 หลังจากเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามและการสังเกตในการทำกลุ่มบำบัดเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทุกชุดก่อนนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งวัดผลจากแบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: FTND) ประกอบด้วย 6 คำถามเกี่ยวกับการติดบุหรี่ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการประมวลผลและวิเคราะห์ค่าทางสถิติ โดยใช้วิธีแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) และมีการแปลความหมายด้านพฤติกรรม ดังนี้

0-3 คะแนน หมายความว่า ไม่นับว่าติดสารนิโคติน

4.5 คะแนน หมายความว่า ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ อายุพรรษา ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว (N=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-29	0	0
30-39	1	6.67
40-49	8	53.33
50-59	6	40.00
≥60	0	0
อายุเฉลี่ย 47.13 ปี (SD = 7.39) โดยมีอายุน้อยที่สุด 37 ปี และสูงสุด 59 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	9	60.00

6-7 คะแนน หมายความว่า ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากในการพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง

8-9 คะแนน หมายความว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูง

10 คะแนน หมายความว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก

2. การทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จากการใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (FTND) ระหว่างก่อนร่วมกิจกรรมกับหลังร่วมกิจกรรมทันที หลังร่วมกิจกรรม 1 เดือน, 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน ด้วยการทดสอบที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA)

มัธยมศึกษา	6	40.00
ปริญญาตรี	0	0
อายุพรรษา		
1-10 พรรษา	7	46.67
11-20 พรรษา	5	33.33
11-20 พรรษา	3	20.00
21-30 พรรษา	0	0
>30-พรรษา	0	0
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1	6.67
โรคเบาหวาน	3	20.00
โรคหลอดเลือดหัวใจ	1	6.67
โรคหลอดเลือดสมอง	1	6.67
โรคความดันโลหิตสูง	4	26.67
โรคมะเร็ง	1	6.67
อื่น ๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์ โรคกระดูก	5	33.33

การประเมินระดับการติดยาโคตินของกลุ่มตัวอย่าง

จากการประเมินระดับการติดยาโคตินของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมิน Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม คะแนนเฉลี่ยของการติดยาโคตินลดลงอย่างชัดเจนในทุกช่วงเวลาการติดตาม เมื่อเปรียบเทียบกับค่าก่อนการบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 2

ก่อนเข้าร่วมการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับการติดยาโคตินเท่ากับ 6.47 (S.D. = 3.563) ซึ่งอยู่ในระดับ ติดยาโคตินปานกลางถึงสูง โดยมีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน

หลังเข้าร่วมการบำบัด ทันที คะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 1.80 (S.D. = 1.474) แสดงถึงการลดลงของระดับการพึ่งพาโคตินอย่างมีนัยสำคัญในระยะสั้น

หลังเข้าร่วมการบำบัด 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยลดลงต่อเนื่องเป็น 0.93 (S.D. = 1.033) ซึ่งสะท้อนว่าผลของการบำบัดยังคงอยู่ในระดับต่ำ

หลัง 3 เดือน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.69 (S.D. = 3.305) แม้คะแนนเฉลี่ยยังต่ำ แต่ค่าความแปรปรวน (S.D.) เพิ่มขึ้นมาก อาจสะท้อนความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ชัดเจนขึ้นในระยะนี้

หลัง 6 เดือน ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.47 (S.D. = 0.915) ยังคงอยู่ในเกณฑ์ไม่ติดยาโคติน และมีความแปรปรวนลดลง

หลัง 12 เดือน คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 0.50 (S.D. = 0.905) แสดงถึงความคงตัวของผลการบำบัดในระยะยาว

ข้อมูลจากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์จำนวน 12 รูปที่สามารถติดตามผลได้ตลอดระยะเวลา 12 เดือน มีแนวโน้มการลดลงของคะแนน FTND อย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่หลังการบำบัดทันที และคงอยู่ในระดับต่ำต่อเนื่องจนครบ 1 ปี ซึ่งสะท้อนว่า โปรแกรมการบำบัดมีประสิทธิภาพในระยะสั้นและระยะยาว แม้ว่าจะมีความแปรปรวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วง 3 เดือน แต่ไม่มีแนวโน้มที่ระดับการติดยาโคตินจะกลับไปสูงดังเดิม อีกทั้งยังไม่มีผู้ใดกลับไปมีคะแนนในระดับติดสูงอีกเลย

สรุป

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมีแนวโน้มช่วยลดระดับการติดยาโคตินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะเร่งด่วนและระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีข้อจำกัดในด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรม การปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทดังกล่าวจึงอาจเป็นแนวทางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูง

ตารางที่ 2 คะแนนระดับการติดยาโคตินก่อนเข้าร่วมการบำบัด หลังเข้าร่วมการบำบัดทันที หลังการเข้าร่วมการบำบัด 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

รูปที่	ระดับการติดยาโคติน					
	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
3	7	1	0	0	0	0
4	5	1	0	0	0	0
5	7	1	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0
7	8	2	1	1	0	0
8	8	5	3	3	2	1
9	10	2	1	1	1	0
10	10	3	2	2	1	0
11	9	3	1	1	0	1
12	9	2	1	0	0	0
13	8	2	1	1	0	1

รูปที่	ระดับการติตสารนิโคติน					
	ก่อนบำบัด	หลังบำบัดทันที	1 เดือน	3 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
14	8	4	3	3	3	3
15	8	1	1	0	0	0
คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	6.47	1.80	0.93	0.69	0.47	0.50
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	3.563	1.474	1.033	3.305	0.915	0.905

การทดสอบความแตกต่างของระดับการติตสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการเปรียบเทียบจำนวนมวนบุหรี่ที่พระสงฆ์สูบก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทันที พบว่า

ก่อนเข้าร่วมกลุ่มบำบัด พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยการสูบบุหรี่อยู่ที่ 14.38 มวน/วัน (S.D. = 12.18)

หลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทันที ค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 4.46 มวน/วัน (S.D. = 5.62)

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ค่า p-value = 0.002 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ที่ .05

ข้อสรุปเชิงสถิติ

การวิเคราะห์ด้วย paired-samples t-test แสดงให้เห็นว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลดลงอย่างมี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนปริมาณมวนการสูบบุหรี่ก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทันที

ปริมาณมวนการสูบบุหรี่	ก่อนเข้ารับการบำบัด		หลังเข้ารับการบำบัดทันที		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ปริมาณมวนการสูบบุหรี่	14.38	12.18	4.46	5.62	0.002*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบคะแนนระดับการติตสารนิโคตินก่อนและหลังร่วมกลุ่มบำบัดทันที

การเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัดทันที (Paired t-test)

นัยสำคัญทางสถิติ หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดรายกลุ่มด้วยโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึง ประสิทธิภาพในระยะสั้นของโปรแกรม ซึ่งสามารถช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้ทันทีหลังการบำบัด นอกจากนี้ การลดลงของค่าเฉลี่ยจาก 14.38 เหลือเพียง 4.46 มวนต่อวัน ถือเป็นการลดลงในเชิงปริมาณที่มีนัยสำคัญ ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (1995) มีผลจริงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้มีปัญหาการพึ่งพานิโคตินในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างพระสงฆ์ ดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์คะแนนระดับการติดสารนิโคตินก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทันที พบว่า

ก่อนเข้าร่วมการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคติน 6.47 (S.D. = 3.563) ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลางถึงสูง

หลังการบำบัดทันที คะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 1.80 (S.D. = 1.474) ซึ่งจัดอยู่ในระดับ ไม่ติดหรือระดับต่ำ

ผลการทดสอบทางสถิติ (paired-samples t-test) พบว่า ค่า p-value = 0.000 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มมีผลอย่างชัดเจนในการลดระดับการพึ่งพานิโคติน ของกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาสั้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด ดังตารางที่ 4

การเปรียบเทียบผลในแต่ละระยะเวลา (One-Way ANOVA)

เพื่อติดตามผลระยะยาว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระดับการติดสารนิโคตินในช่วงเวลา

ต่าง ๆ ได้แก่ ก่อนการบำบัด, หลังบำบัดทันที, 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน โดยใช้ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 5

พบว่า ค่า $F = 18.814$, $p\text{-value} = 0.000$ ซึ่งน้อยกว่า .05 แสดงว่า ระดับการติดสารนิโคตินในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุปเชิงสถิติ

ผลการวิเคราะห์ทั้งจาก paired t-test และ ANOVA สนับสนุนว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มสามารถลดระดับการติดสารนิโคตินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระยะสั้น (ทันทีหลังบำบัด) และระยะยาว (ติดตามผล 1-12 เดือน) ถึงแม้จะไม่มี การเลิกสูบบุหรี่อย่างสิ้นเชิงในช่วงสั้น แต่แนวโน้มของระดับการพึ่งพานิโคตินที่ลดลงอย่างต่อเนื่องและมีความคงตัวตลอดระยะเวลา 1 ปี สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถเป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในพระสงฆ์ได้อย่างยั่งยืน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนระดับการติดสารนิโคตินก่อนและหลังร่วมกลุ่มบำบัดทันที (n=15)

ระดับการติดสารนิโคติน	ก่อนเข้ารับการบำบัด		หลังเข้ารับการบำบัดทันที		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ระดับการติดสารนิโคติน	6.47	3.563	1.80	1.474	0.000*

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับการติดสารนิโคตินของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม

แหล่งความแปรปรวน	SS.	df	MS.	F	Sig.
ระหว่างกลุ่ม	306.434	5	61.287	18.814	0.000*
ภายในกลุ่ม	241.054	74	3.257		
รวม	547.488	79			

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffé

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระดับการติดสารนิโคตินในแต่ละช่วงเวลาหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดด้วยวิธี Scheffé พบว่า คะแนนระดับการติดสารนิโคติน ก่อนเข้าร่วมการบำบัด แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากทุกช่วงเวลาหลังการบำบัด ได้แก่ หลังบำบัดทันที, 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน และ 12 เดือน ($p < .05$) ในทางกลับกัน คะแนนระดับการติดสารนิโคตินในช่วง หลังบำบัดทันทีจนถึง 12 เดือน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกัน ($p > .05$) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนในช่วงหลังการบำบัด มีความใกล้เคียงกันและไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อสรุปเชิงสถิติ

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบกลุ่มสามารถลดระดับการติดสารนิโคตินได้อย่างมีนัยสำคัญทันทีหลังการบำบัด และผลของการบำบัดยังคงอยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะเวลา 12 เดือน โดยไม่พบการเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญ

ผลนี้สะท้อนให้เห็นถึง ความคงที่ของผลลัพธ์ในระยะยาว ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม มีศักยภาพในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่อย่างยั่งยืนในกลุ่มพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนระดับการติดสารนิโคตินของพระสงฆ์ที่ติดบุหรี่ ในวัดเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (N=12)

ระดับการติดสารนิโคติน	ระยะเวลาติดตามผล	ก่อนอบรม	หลังอบรมทันที	หลังอบรม 1 เดือน	หลังอบรม 3 เดือน	หลังอบรม 6 เดือน	หลังอบรม 12 เดือน
ระดับการติดสารนิโคติน	ก่อนอบรม		4.308*	5.154*	5.277*	5.577*	5.577*
	หลังอบรมทันที			0.846	0.969	1.269	1.269
	หลังอบรม 1 เดือน				0.123	0.423	0.423
	หลังอบรม 3 เดือน					0.300	0.300
	หลังอบรม 6 เดือน						0.000

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกตพฤติกรรมและการจดบันทึกในกระบวนการกลุ่มบำบัด

ตั้งแต่ครั้งที่ 3 เป็นต้นไป สรุปประเด็นสำคัญได้ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ

พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้นหลังเข้าร่วมกลุ่มบำบัด เช่น รู้สึกแข็งแรง หายใจโล่ง มีสมาธิในการปฏิบัติกิจทางสงฆ์ หน้าตาแจ่มใส รับประทานอาหารได้มากขึ้น

2. การพัฒนาสัมพันธภาพในกลุ่ม

ความสัมพันธ์ในกลุ่มเปลี่ยนจากความกังวลและเมินเฉย เป็นการสื่อสารที่ให้อำนาจใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรับตัวเข้าหากัน และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มร่วมกัน

3. การแสวงหาแนวทางช่วยเหลือตนเอง

สมาชิกกลุ่มมีความพยายามในการลดการสูบบุหรี่ เช่น การค้นหาสมุนไพรหรือยาช่วยลดอาการอยากบุหรี่ มีพระ บางรูป ที่สามารถลดจากการสูบบุหรี่ 20 มวน เหลือเพียง 1-2 มวน แม้จะมีอาการไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ แต่สามารถทนได้โดยไม่กลับไปสูบบุหรี่

4. การสร้างความรู้สึกริ้วางใจต่อบุคลากรสาธารณสุข

พระสงฆ์มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รู้สึกได้รับความใส่ใจและติดตามอย่างใกล้ชิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่

5. การเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี

พระสงฆ์ทุกท่านตั้งใจจะเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และมีเจตนาที่จะชักชวนพระในวัดเดียวกันให้ร่วมตรวจสุขภาพประจำปีด้วยเช่นกัน

การอภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณกว่าหนึ่งในสอง (ร้อยละ 53.33) มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของ (National Statistical Office of Thailand, 2016) ที่ระบุว่า พระสงฆ์ในช่วงอายุ 35-50 ปี มีแนวโน้มสูบบุหรี่สูงกว่าช่วงอายุอื่น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจสะท้อนถึงความเข้าใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ที่จำกัด ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Srikanaya et al. (2013) ที่พบว่าระดับการศึกษาต่ำสัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ในกลุ่มประชากรชายไทย สำหรับโรคประจำตัวที่พบบ่อย ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่สัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และถือเป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพไทย (National Statistical Office of Thailand, 2016)

การประเมินระดับการตัดสินใจของนักคิดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการตัดสินใจของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทันทีหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม และยังคงอยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่องจนครบระยะเวลา 12 เดือน ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ก่อนการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย FTND เท่ากับ 6.47 (S.D. = 3.563) อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งแสดงถึงการพึ่งพานิโคตินอย่างชัดเจน แต่หลังจากได้รับการบำบัดทันที คะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 1.80 (S.D. = 1.474) และลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 1 เดือน (เฉลี่ย 0.93), 3 เดือน (0.69), 6 เดือน (0.47) และ 12 เดือน (0.50) โดยไม่พบการ

กลับไปมีคะแนนในระดับติดสูงอีกเลย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller และ Rollnick (1995) ที่เสนอว่า “การเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยลดการพึ่งพาเสพติดได้อย่างยั่งยืน หากมีการกระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ การยอมรับตนเอง และการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม และพบว่า ในช่วง 3 เดือนแม้ว่าค่าความแปรปรวน ($S.D. = 3.305$) จะเพิ่มขึ้น สะท้อนความแตกต่างระหว่างบุคคล เช่น ความพร้อมในการเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม หรือปัจจัยด้านจิตวิญญาณ แต่ผลเฉลี่ยยังอยู่ในระดับต่ำ และไม่ส่งผลให้เกิดการกลับไปสูบบุหรี่ในระดับเดิม ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khuwatsamrit et al. (2561) ซึ่งพบว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการลดระดับการติดนิโคตินในกลุ่มวัยทำงาน และยังคงประสิทธิผลในช่วง 6 เดือนหลังการบำบัด นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับผลของการบำบัดผู้ใช้สารเสพติดในกลุ่มพระสงฆ์ของ Suwanwong (2562) ที่พบว่า การใช้บริบททางศาสนาและจิตวิญญาณร่วมในการบำบัด ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความมั่นคงและยั่งยืน

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มที่พัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์ มีศักยภาพในการลดระดับการพึ่งพานิโคตินได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การทดสอบความแตกต่างของระดับการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่พระสงฆ์ในกลุ่มตัวอย่างสูบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง

จาก 14.38 มวน ($S.D. = 12.18$) ก่อนการบำบัด เหลือเพียง 4.46 มวน ($S.D. = 5.62$) ทันทีหลังการบำบัด และผลการทดสอบทางสถิติด้วย paired-samples t-test พบว่า ค่า p -value เท่ากับ 0.002 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ที่ .05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลลัพธ์นี้สะท้อนว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม มีประสิทธิผลในระยะสั้น ช่วยลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ได้อย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาจากการลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบถึงกว่าร้อยละ 60 จากค่าเฉลี่ยเดิม ซึ่งเป็นผลที่มีความหมายทั้งในทางสถิติและทางคลินิก

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Miller และ Rollnick (1995) ที่เสนอว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement) ช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงขับภายใน เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอาศัยการตระหนักรู้ การสำรวจคุณค่า และการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการลดพฤติกรรมเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khuwatsamrit et al. (2018) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดรายกลุ่มโดยใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวกและการพูดคุยอย่างมีเป้าหมาย มีผลต่อการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรวัยทำงาน และสามารถเห็นผลได้ในระยะเวลาอันสั้นหลังการบำบัด ในบริบทของพระสงฆ์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดทางสังคมและวัฒนธรรมในการเข้าถึงบริการบำบัดแบบเดิม โปรแกรมที่ออกแบบเฉพาะให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จึงนับว่าเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรเฉพาะนี้

การเปรียบเทียบคะแนนระดับการติดสารนิโคตินก่อนและหลังร่วมกลุ่มบำบัดทันที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนระดับการติดสารนิโคตินของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่ม ทั้งในระยะสั้น (ทันทีหลังการบำบัด) และระยะยาว (1-12 เดือน) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Miller and Rollnick (1995) ที่ระบุว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยให้ผู้เสพติดตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะในช่วงต้นของกระบวนการเลิกพฤติกรรมเสพติด การลดลงของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันจาก 14.38 เหลือ 4.46 มวนทันทีหลังบำบัด ถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ทันที และสอดคล้องกับงานของ Srisurapanont et al. (2017) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มเพื่อช่วยพระสงฆ์เลิกเสพติดสารเสพติดในชุมชนชนบท และพบว่าระดับการพึ่งพานิโคตินลดลงอย่างมีนัยสำคัญในระยะ 1 ปี เมื่อพิจารณาระยะยาว คะแนน FTND ลดลงอย่างต่อเนื่องจนครบ 12 เดือน แสดงให้เห็นว่าการบำบัดไม่ได้ส่งผลเฉพาะระยะสั้น แต่ช่วยให้เกิดความคงตัวของพฤติกรรมใหม่ด้วย ซึ่งตรงกับแนวคิดการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวตาม Transtheoretical Model ของ Prochaska and Velicer (1997) ที่ระบุว่าการคงอยู่ในระยะรักษาการเปลี่ยนแปลง (maintenance stage) ต้องอาศัยแรงสนับสนุนที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น พระสงฆ์ ซึ่งมีข้อจำกัดทางบริบทและบทบาททางศาสนา จำเป็นต้องมีรูปแบบการบำบัดที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและการยอมรับในสังคมไทย การออกแบบโปรแกรมเฉพาะกลุ่มจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในระยะยาว

การวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของ Scheffé

พบว่า ระดับการติดสารนิโคตินของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง "ก่อนเข้าร่วมการบำบัด" กับทุกช่วงเวลาหลังการบำบัด ได้แก่ หลังบำบัดทันที 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน สะท้อนถึง ประสิทธิภาพในระยะสั้นและการคงอยู่ของผลในระยะยาว ของโปรแกรมบำบัดกลุ่มตามแนวทางเสริมสร้างแรงจูงใจ (Group Motivational Enhancement Therapy) ลักษณะการลดลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงแรก และการคงที่ของคะแนนในช่วงเวลาต่อมาถือเป็นสัญญาณที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสพติดแบบยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง "เสถียรภาพของพฤติกรรมใหม่" (maintenance stage) ตามทฤษฎี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change Model) ที่ระบุว่าหลังการเปลี่ยนแปลง ผู้เข้าร่วมต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อรักษาพฤติกรรมใหม่ไว้ และลดการกลับไปพฤติกรรมเดิม (relapse) (Norcross et al., 2011) นอกจากนี้ การที่ระดับการติดสารนิโคตินไม่กลับมาสูงขึ้นในช่วง 12 เดือนแสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์สามารถคงระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ได้ แม้จะอยู่ในบริบทที่อาจมีแรงจูงใจหรือข้อจำกัดเฉพาะ เช่น การใช้ชีวิตในวัด การขาดการเข้าถึงบริการบำบัดแบบเดี่ยว หรือข้อจำกัดด้านการแสดงออกทางพฤติกรรม (Bryant et al., 2021) ผลลัพธ์นี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fiore et al. (2008) ซึ่งระบุว่าการบำบัดแบบกลุ่มสามารถเพิ่มความผูกพันในกลุ่ม เสริมพลังใจ และลดอัตราการสูบบุหรี่ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อบูรณาการเทคนิคกระตุ้นแรงจูงใจและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมกลุ่ม การวิเคราะห์นี้จึงยืนยันได้ว่า โปรแกรมที่มีการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์ ไม่เพียงแต่ส่งผลดีในระยะสั้น แต่

ยังมีคุณค่าในการออกแบบเป็นโปรแกรมการดูแลต่อเนื่อง (aftercare) สำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมติดนิโคตินเรื้อรังในกลุ่มเฉพาะทางวัฒนธรรมด้วย (Minami et al., 2020))

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงบวกของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบำบัดตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change) ที่เสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องมีการยอมรับจากผู้รับบริการก่อน และเกิดจากแรงจูงใจภายในที่ได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น กลุ่มบำบัด และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น แสดงถึงการตอบสนองต่อการลดหรือเลิกบุหรี่ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ที่สามารถลดการพึ่งพานิโคตินจะมีสมรรถภาพทางกาย และการนอนหลับดีขึ้น รวมถึงสมาธิและอารมณ์ที่มั่นคงมากขึ้น ความสัมพันธ์ในกลุ่มและความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีความสำคัญต่อการรักษาแรงจูงใจ และป้องกันการกลับไปพฤติกรรมเดิม (relapse) ซึ่งแนวทางกลุ่มบำบัดแบบสนับสนุน (supportive group therapy) ได้รับการพิสูจน์ว่าส่งผลดีในการสร้างพลังทางจิตใจและความเข้มแข็งในการเปลี่ยนพฤติกรรม การที่ พระสงฆ์ให้ความไว้วางใจต่อบุคลากรสุขภาพ และแสดงเจตนาในการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นผลลัพธ์ที่ดีในเชิงระบบสุขภาพ เนื่องจากสะท้อนความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และช่วยให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปได้จริง

สรุป และเสนอแนะ

การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มสามารถลดระดับการติดนิโคตินในพระสงฆ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พฤติกรรมและทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพดีขึ้นอย่างชัดเจน มีความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพและความตั้งใจตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม.

ควรขยายการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจบำบัดรายกลุ่มไปยังพระสงฆ์ในพื้นที่อื่น เพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึง พร้อมทั้งพัฒนาแนวทางการติดตามผลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรประสานความร่วมมือระหว่างวัดและหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อสร้างระบบสนับสนุนการเลิกบุหรี่ที่ยั่งยืนในบริบทของพระสงฆ์.

เอกสารอ้างอิง

- Benowitz, N.L. (2010). **Nicotine addiction**. The New England Journal of Medicine, 362(24): 2295–2303.
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., O'Brien, J., Oakes, W. (2021). **Developing culturally appropriate smoking cessation support for religious populations: A qualitative study with Buddhist monks**. BMC Public Health, 21(1): 824.
- Fagerström, K.O., Schneider, N.G., Lunell, E. (1993). **Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined**

- treatments for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*, 111(3): 271–277.
- Fiore, MC., Jaén, C. R., Baker, TB., Bailey, WC., Benowitz, NL., Curry, SJ., et al. (2008). **Treating tobacco use and dependence: 2008 update.** [online]. Retrieved June 11, 2025 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>.
- Hoo T. (2022). **“Cigarettes” bring serious diseases to you and your loved ones.** [online]. Retrieved June 10, 2025, from <https://www.phyathai.com/th>.
- Inthajak, S., Thavornprateuang, J. (2013). **Factors associated with smoking among Thai men aged 35 years and over.** *Journal of Health Systems Research*, 7(2): 145–154.
- Khuwatsamrit K, Chotimongkol Y, Prapasri C. **Effects of a motivation enhancement program on smoking cessation among office workers.** *J Psychiatr Assoc Thailand*, 63(2): 159–170.
- Krisanaphan T. **Sustainable holistic health development for monks and novices.** *Journal of the Department of Medical Services*, 36(2): 101–9.
- Lichtenstein, E., Glasgow, RE., Lando, HA., Ossip-Klein, DJ., Boles, SM. (1999). **Promoting smoking cessation in managed care settings: The HMO Research Network model.** *Nicotine & Tobacco Research*, 1(Suppl 1): S41–S49.
- Miller WR, Rollnick S. (1995). **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.** (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Minami, H., Yeh, VM., Bold, KW., McCarthy, DE. (2020). **Sustained abstinence and risk of relapse after a 12-month smoking cessation intervention.** *Health Psychology*, 39(6): 503–512.
- National Statistical Office. (2016). **Report on the national survey of health status among monks and monastic personnel, 2015.** Bangkok: National Statistical Office.
- Norcross, JC., Krebs, PM., Prochaska, JO. (2011). **Stages of change.** *Journal of Clinical Psychology*, 67(2): 143–154.
- Phumisawat, W. (2012). **The curriculum for providing knowledge to monks in the health network.** Bangkok: Department of Medical Services.
- Prochaska, JO., Velicer, WF. (1997). **The transtheoretical model of health behavior change.** *American Journal of Health Promotion*, 12(1): 38–48.

- Prochaska, JO., DiClemente, CC. (1984). **The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy.** [online]. Retrieved June 11, 2025, from <https://psycnet.apa.org/record/1984-97430-000>.
- Polit, DF. (1996). **Testing the difference between two means: The two-sample t-test.** Data analysis & statistics for nursing research. Stamford, Conn: Appleton & Lange.
- Sanpatong Hospital. (2020). **Annual performance report, fiscal year 2019.** Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health.
- Srisurapanont, M., Junsirimongkol, B., Thavichachart, N. (2017). **Effects of group-based motivational intervention on substance use in rural monks: A 12-month follow-up study.** Journal of the Medical Association of Thailand, 100(11): 1170–1177.
- Supreeda A. **Press conference: Smoke-free Buddhist Lent, healthy monks, and merit for laypeople.** [online]. Retrieved June 10, 2025 from <https://www.thaihealth.or.th>.
- Suwanwong, P. (2019). **Buddhist-based group counseling for substance abuse rehabilitation among monks.** Journal of Health Science Research, 13(3): 24–35.
- Thai Health Promotion Foundation. (2018). **Risk factors for nicotine addiction.** [online].. Retrieved June 10, 2025 from <https://www.thaihealth.or.th>.
- World Health Organization. (2021). **Patient safety.** [online]. Retrieved June 5, 2025 from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- Yalom, ID., Leszcz, M. (2005). **The theory and practice of group psychotherapy.** (5th ed.). New York: Basic Books.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และ
สภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ที่มารับบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่
The Effects of the Self-Management Discharge Planning Program
on Symptoms and Dyspnea in Patients with
Chronic Obstructive Pulmonary Disease in the In-patient Department Doi Lo Hospital,
Chiangmai Province.

ปาณิสสา ถาคำดี (Panisa takhumtip)*

บทคัดย่อ

การศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบาก 2) ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ3) เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 28 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.40 เพศหญิง ร้อยละ 28.60 มีอายุ 61-70 ปี มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานมากที่สุด น้อยกว่า 20 ปี ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมามีอาการหายใจลำบากจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คะแนนอาการหายใจลำบากในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับการรักษาและได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ทั้งด้านการประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และด้านการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (ค่า $t = 13.66$ และ 12.94 ตามลำดับ) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างท่านใดมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และไม่มีใครมาพบแพทย์ก่อนการนัดของแต่ละท่าน (7วันหลังจำหน่าย) สรุปได้ว่าโปรแกรมฯ มีผลต่อการจัดการความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วย และมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ รวมถึงสามารถวางแผนจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย, การจัดการตนเอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: tasuya.pa@gmail.com

* Registered Nurse Practitioner Doi Lo Hospital , Chiangmai Province, Email: tasuya.pa@gmail.com

ABSTRACT

The study of the effects of the self-management discharge planning program on symptoms and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the in-patient department of Doi Lo hospital, Chiangmai province. aimed to study 1) the level of self-management ability in symptoms and dyspnea, 2) the effect of a self-management discharge planning program on symptoms and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease, and 3) compare the readmission rate within 28 days of patients with chronic obstructive pulmonary disease after receiving the program. The sample group consisted of 28 patients with chronic obstructive pulmonary disease. Data were collected using questionnaires and interviews. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis, with a significance level of 0.05.

The study results found that the majority of the sample group were male (71.40%) and female (28.60%). Most of them were 61-70 years old and had been diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease for the longest period of less than 20 years. In the past year, they had difficulty breathing and had to be hospitalized. The level of self-management ability for symptoms and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease, and the dyspnea score in the past week of the sample group before receiving treatment was moderate after receiving treatment and receiving the program, it was low. When comparing the effects of the discharge planning program for self-management on symptoms and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease before and after receiving the program, it was found that both in terms of self-assessment of dyspnea experience and terms of self-management and control of dyspnea (t -value = 13.66 and 12.94) at the significance level of 0.05. After 28 days of discharge from the hospital, no sample group came for treatment again within 28 days and no one came to see a doctor before each appointment (7 days after discharge). Therefore, it can be concluded that the program has an effect on the management of self-management ability for symptoms and dyspnea of patients and has an effect on behavior to manage various adverse symptoms, including being able to plan discharge, resulting in patients having behaviors to reduce or delay the severity of the disease.

Key Words : Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Discharge Planning Program, The Self-Management

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก ในปี พ.ศ. 2562 และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 สาเหตุเนื่องจากการสัมผัส กับปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ (Roman-Rodriguez, 2021) ในประเทศไทยโรคนี้พบเป็น 1 ใน 4 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ ดังรายงานอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2564, 2565, 2566 และปี 2567 มีจำนวนอัตราการตาย ดังนี้ 17,849 18,243 18,925 และ 18,169 ราย ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันในปี 2564, 2565, 2566 และ 2567 คิดเป็นร้อยละ 32.95, 32.66, 35.65 และ 95.29 ตามลำดับและมีค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยระยะกำเริบที่แผนกผู้ป่วยใน ในปี 2565, 2566 และ 2567 คิดเป็น 16,255, 14,374, 14,326 ตามลำดับ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024).

อาการหายใจลำบาก เป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างถาวร ทำให้การระบายอากาศลดลง โดยมีลักษณะเฉพาะคือ หิวอากาศหายใจไม่สะดวก และแน่นหน้าอก โดยอาการหายใจลำบากมักจะเกี่ยวข้องกับการตีบแคบและอุดกั้นของหลอดลมโดยมีสัญญาณเตือนโดยการหายใจมีเสียงดังวี๊ด (wheezing sound) และมี อาการไอแห้ง ซึ่งเป็นกลไกที่มักเกิดขึ้นจากการระบายอากาศที่ไม่เพียงพอ จากศึกษาอุบัติการณ์ของ อาการหายใจลำบากในโรคนี้พบ

ถึงร้อยละ 56 และในผู้สูงอายุพบสูงถึงร้อยละ 70 (Vestbo, 2013) เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้เกิดภาวะการกำเริบ (Exacerbation) เป็นสาเหตุการเสียชีวิต การกลับมารักษาซ้ำ และยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา การเกิดการกำเริบเฉียบพลันทำให้สมรรถภาพปอดลดลงส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Phothiya, 2023) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบเฉียบพลันนอกจากอาการหายใจลำบาก คือระดับความรุนแรงของโรค และภาวะปอดติดเชื้อ อาการหายใจลำบากยังรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับ Kuwalairat (2017) พบว่า ผลกระทบของอาการและสภาวะหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นอย่างซ้ำ ๆ แต่มีอาการที่แยลงเรื่อย ๆ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกาย อาการและสภาวะหายใจลำบาก ส่งผลโดยตรง คือ ความทนต่อการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เต็มที่ แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ด้านจิตใจ พบว่า เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการตอบสนองต่อร่างกายที่เกิดความเครียดสะสม ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในการควบคุมการหายใจของตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมก็ลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ สับสน และถึงขั้นท้อแท้ต่อชีวิตตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 40 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการ และสภาวะหายใจลำบากจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ความสามารถด้านบทบาทในครอบครัวลดลง บางครั้งถึงระดับสัมพันธ์ภาพเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยบางคนแยกตัว ไม่สนใจต่อการรักษา และกิจกรรมระหว่างครอบครัวอย่างที่เคยปฏิบัติ อีกทั้ง

ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อใจต่อการรักษาในอนาคต (Suto, 2022) ด้วยสาเหตุดังกล่าว จึงพบว่า มีการคิดค้นเครื่องมือในการจัดการตนเองก่อนการจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อาทิเช่น โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ (Dodd, 2001) ซึ่งพัฒนาโปรแกรมนี้นี้ต่อจาก ลาร์สันและคณะ (Larson, 1994) ซึ่งเน้นการจัดการทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเอง 3 มิติ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptoms experiences) 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์จากอาการ (symptom outcome) ซึ่งดอดด์และคณะได้พัฒนาเพิ่มอีก 1 มิติ คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ทั้งสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (person) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งมิติที่ 4 นี้ต้องจัดการให้เกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วยต่ออาการ อาการแสดง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ต่อการรักษา และอุปสรรคในการรักษาของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ พบว่า จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปี 2565, 2566 และปี 2567 มีจำนวน 170, 340 และ 302 คนตามลำดับ พบอัตราอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (110 ครั้ง ต่อ ผู้ป่วย 100 คน) ปี 2565, 2566 และ ปี 2567 ร้อยละ 66.41, 110.96, และ 110.96 ตามลำดับ โดยพบอัตรากลับเข้ามารักษาซ้ำในปี 2665, 2566 และ ปี 2567 คิดเป็นร้อยละ 3.5, 2.8, 1.4 และ 3.9 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่าย

ในการรักษาผู้ป่วยระยะกำเริบที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ ปี 2665, 2566 และ ปี 2567 คิดเป็น 16,225, 14,374 และ 14,326 บาท ตามลำดับ พบว่าปัญหาที่ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลคือ เกิดอาการกำเริบ พ่นยาไม่ถูกวิธี ทำให้ไม่สามารถบรรเทาอาการหายใจลำบากได้ และยังพบว่าผู้ป่วยยังสูบบุหรี่หรือมีบุคคลในครอบครัวยังสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบปัญหาผลกระทบจากการสูดอากาศที่มีฝุ่น PM 2.5 ที่มีค่าเกินมาตรฐานทำให้มีอาการกำเริบต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอยู่เป็นระยะ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษา “ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ” โดยจะประยุกต์โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD (Nursing Division, 1996) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ (Dodd, 2001) มาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถป้องกัน และจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากที่เกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ (Research Objectives)

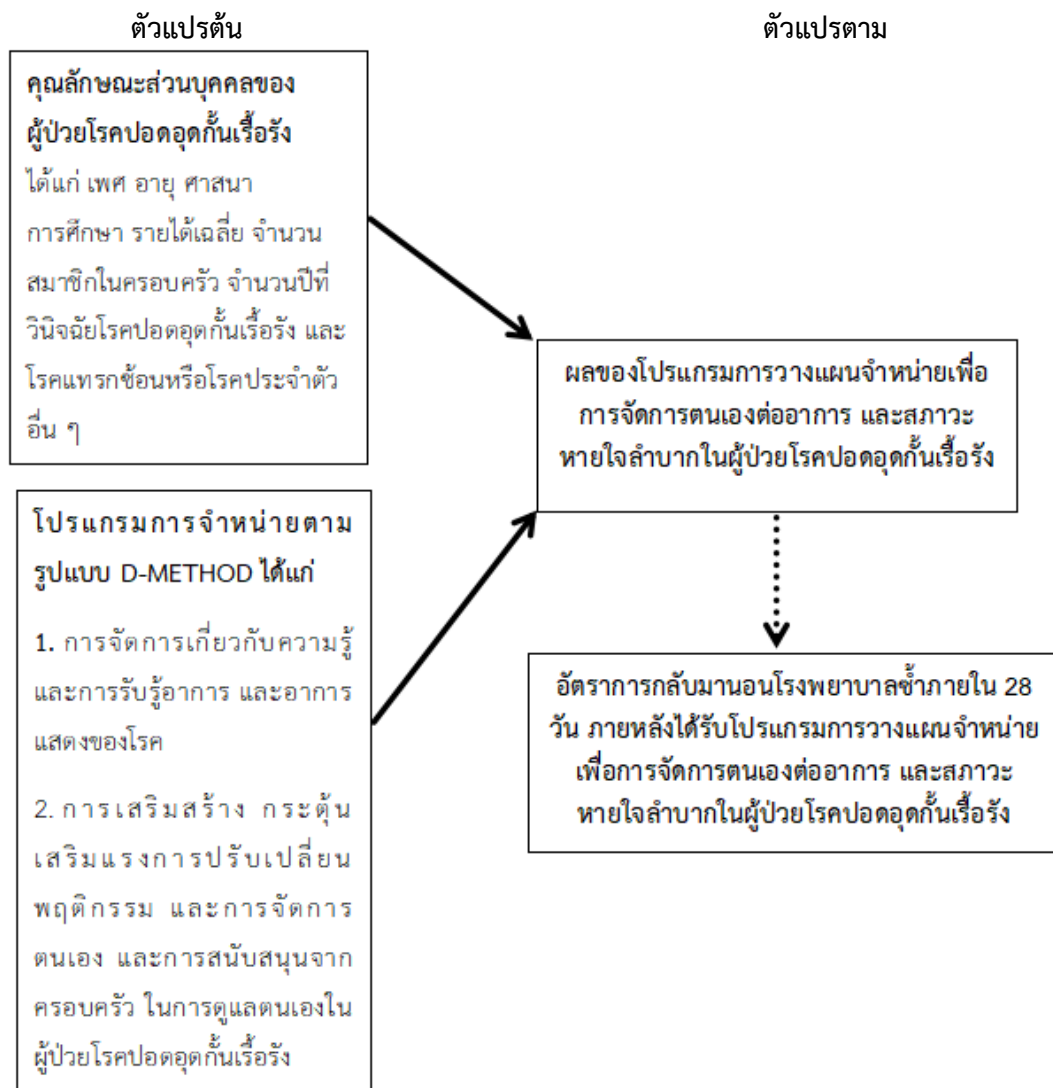
1) เพื่อศึกษาระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ

2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะ
หายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับ
บริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ

3) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
ภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลัง

การได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการ
ตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลดอยหล่อ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการจัดการอาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลดอยหล่อ อำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของดอดด์และคณะ (Dodd, 2001) แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD (Nursing Division, 1996) และทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2011) มาใช้ในการศึกษาและประยุกต์ในการจัดทำโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive smpling) คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบาก มารับการรักษาและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดอยหล่อ ช่วงเดือนธันวาคม 2567 – มีนาคม 2568 จำนวน 28 คน ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถตอบได้ตามปกติ ด้วยความสมัครใจ และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ 3) ไม่มีอาการแทรกซ้อน และ/หรืออาการกำเริบที่แย่งลงจนต้องย้ายเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติ หรือต้องได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4) มีสติสัมปชัญญะ มีการรับรู้ต่อบุคคล เวลา และสถานที่อยู่ในระดับปกติ 5) มีโทรศัพท์มือถือ และสามารถติดต่อด้วยการเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือผ่านระบบไลน์แอฟลิเคชั่นได้ และ 6) ยินยอม และเต็มใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยตามขั้นตอนตลอดการวิจัย

วิธีการดำเนินการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือ

1) ระยะการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย และ ศึกษาระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ และการเจ็บป่วย ตอนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก แบ่งเป็น ความสามารถในการประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และความสามารถในการจัดการและควบคุมอาการหายใจและตอนที่ 4 แบบสอบถามประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2) ระยะการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 2) เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีการจัดโปรแกรมและขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ทั้งหมด 5 สัปดาห์คือ สัปดาห์ที่ 1 ประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่อการหายใจลำบาก กลวิธีในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย โดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD สัปดาห์ที่ 2,3 และ 4 การติดตามความสม่ำเสมอในการ

จัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมินติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสอบถามจากญาติผู้ดูแล และสัปดาห์ที่ 5 การติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ทำการประเมินผลลัพธ์โดยประเมินความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก จากแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมินสภาวะอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินความรุนแรงของการหายใจลำบาก จากแบบประเมินสภาวะอาการหายใจลำบาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS)

1) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการเจ็บป่วย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

3) วิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และแบบประเมินระดับสภาวะอาการหายใจลำบาก ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4) วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลัง

การได้รับโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าที่คู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

5) วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.40 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.60 ส่วนใหญ่มีอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 50.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 71.40 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 53.60 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ ร้อยละ 100.00 ค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.90 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่ผู้ที่คอยช่วยเหลือดูแลขณะอยู่บ้านคือ คู่สมรส ร้อยละ 46.40 และผู้ที่ช่วยเหลือและนำท่านมาโรงพยาบาลตามนัดหรือเมื่อมีอาการส่วนใหญ่คือ บุตร/หลาน ร้อยละ 35.70 ข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มานานมากที่สุดน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 92.90 ประวัติการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ เคยสูบ ร้อยละ 96.40 โรคประจำตัวอื่นๆส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 35.70 ส่วนใหญ่คนในบ้านหรือคนรอบข้างไม่มีใครสูบบุหรี่ ร้อยละ 82.10 อาการหายใจเมื่อต้องสัมผัสหรือดูดดมมากที่สุด คือ ควันบุหรี่ ร้อยละ 39.30

ส่วนใหญ่ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมามีอาการหายใจลำบากจนต้องมาได้รับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เคยร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมามีอาการหายใจลำบากจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เคยและไม่เคย ร้อยละ 50.00 ในรอบปีที่ผ่านมาเคยรักษาตามนัดส่วนใหญ่ มาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 75.00 ในรอบปีที่ผ่านมามีการใช้ยาส่วนใหญ่ รับประทานยา/พ่นยาทุกวันไม่ขาด ร้อยละ 78.60 ส่วนใหญ่ไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 89.30 ส่วนใหญ่ทำความสะอาดบ้านโดยใช้ไม้กวาดกวาดฝุ่นที่พื้นบ้าน ร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่กำจัดขยะมูลฝอยโดยเทศบาลไปรับทำลายร้อยละ 85.70

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (n=28)

ประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบาก และวิธีการจัดการ อาการกับการหายใจ	ก่อน			หลัง		
	<u>x</u>	SD	แปลผล	<u>x</u>	SD	แปลผล
ด้านการประเมินประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง	4.04	0.78	มาก	4.64	0.40	มากที่สุด
ด้านการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง	3.59	0.83	มาก	4.39	0.56	มากที่สุด
รวม	3.82	0.81	มาก	4.16	0.48	มากที่สุด

3. ประสิทธิภาพอาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
พบว่า คะแนนอาการหายใจลำบากในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการเข้ารับการรักษา อยู่ใน

2. ประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ได้แก่ การประเมินประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง และการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยรวมประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมประสิทธิภาพการมีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง ยังคงอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) ดังตารางที่ 1

ระดับปานกลาง (คะแนน 30 - 60) หลังเข้ารับการรักษา และได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่า 30) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (n=28)

ประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีคะแนนอาการหายใจลำบากเท่าใด				
คะแนนต่ำกว่า 30	8	28.60	16	57.10
คะแนน 30 - 60	20	71.40	12	42.90
ค่าเฉลี่ยอาการ	ปานกลาง		น้อย	
2.ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยที่สุดเท่าใด				
คะแนนต่ำกว่า 30	28	100.00	28	100.00
ค่าเฉลี่ยอาการ	น้อย		น้อย	
3.ในรอบวันที่ผ่านมาท่านมีคะแนนอาการหายใจลำบากมากที่สุดเท่าใด				
คะแนนต่ำกว่า 30	23	82.10	26	92.90
คะแนน 30 - 60	3	10.70	2	7.1
คะแนนสูงกว่า 60	2	7.10	0	0
ค่าเฉลี่ยอาการ	น้อย		น้อย	
4.ในรอบวันที่ผ่านมาท่านมีคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยที่สุดเท่าใด				
คะแนนต่ำกว่า 30	28	100.00	28	100.00
ค่าเฉลี่ยอาการ	น้อย		น้อย	
5.ขณะนี้ท่านให้คะแนนอาการหายใจลำบากเท่าใด				
คะแนนต่ำกว่า 30	26	92.90	28	100.00
คะแนน 30 - 60	1	3.6	0	0
คะแนนสูงกว่า 60	1	3.6	0	0
ค่าเฉลี่ยอาการ	น้อย		น้อย	

4. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมฯ มีผลต่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งด้านการประเมินประสบการณ์การมีอาการหายใจลำบากด้วย

ตนเอง และด้านการจัดการและควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (ค่า $t = 13.66$ และ 12.94 ตามลำดับ) โดยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการจัดพฤติกรรมดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมฯ หลังการได้รับโปรแกรมฯ เพื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าที่คู่ (Paired t-test) (n=28)

ผลของโปรแกรมการวางแผน จำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่อ อาการ และสภาวะหายใจลำบากใน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	N=28	$\bar{x}$	S.D.	Paired t-test	P-Value
ด้านการประเมินประสิทธิผลการ มีอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง	ก่อน	4.04	0.78	13.66	<.001*
	หลัง	4.64	0.40		
ด้านการจัดการและควบคุม อาการหายใจลำบากด้วยตนเอง	ก่อน	3.59	0.83	12.94	<.001*
	หลัง	4.39	0.56		

**ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1) การดูแลเรื่องระดับของความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประเมินตามรูปแบบ D-METHOD โดยใช้ประเมินส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพและการเจ็บป่วย และแบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้คะแนนอาการหายใจลำบากภาพรวม ณ ปัจจุบัน ก่อนการเข้ารับการรักษา อยู่ในระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่า 30) มี 2 คน ที่อยู่ในระดับปานกลางและมาก (คะแนนมากกว่า 30 ขึ้นไป) แต่ภายหลังเข้ารับการรักษาและได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคน (28 คน)

มีอาการอาการหายใจลำบาก อยู่ในระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่า 30) อภิปรายได้ว่า

1.1 ผู้วิจัยสามารถประเมินประสิทธิผลการมีอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ทั้งการรับรู้ อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการหายใจลำบาก กลวิธีในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโดยการประเมินในเรื่องของโรคที่เป็น การใช้ยาสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แผนการรักษา ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง ความต่อเนื่องในการรักษา และการรับประทานอาหาร

1.2 ผู้วิจัยสามารถ วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการอาการ หายใจลำบาก ตามรูปแบบ D-METHOD (Nursing Division, 1996) พร้อมทั้งฝึกทักษะที่จำเป็นต่างๆ ในการจัดการ

อาการหายใจลำบากแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และประเมินผลหลังจากให้ความรู้และการฝึกทักษะต่างๆ

1.3 ผู้วิจัยสามารถประเมินแผนการรักษา (treatment) โดยสอนให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นเป็นไปในปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสามารถในการประเมินอาการหายใจลำบาก การสังเกตอาการของตนเอง สามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์หรือพยาบาลทราบได้ มีความรู้ ในการป้องกัน และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากสอดคล้องกับ Tisakorn (2019) และ Disler (2012) คือ ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการจัดการกับอาการหายใจลำบากของตนเอง รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด มุ่งเน้นการฝึก กล้ามเนื้อหายใจให้แข็งแรง มีผลต่อการไหลเวียนเลือด การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น บรรเทาอาการหายใจลำบากจากการตีบแคบของหลอดลม โดยเฉพาะขณะหายใจออก โดยฝึกการใช้ กล้ามเนื้อทรวงอก ไหล่ แขนและขา รวมทั้งกล้ามเนื้อทรวงอกส่วนล่าง เช่นกล้ามเนื้อหน้าท้องและ กล้ามเนื้อกระบังลม เป็นต้น พร้อมกับการบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้ เทคนิคการสუნพลังงาน ซึ่งจะช่วยให้การถ่ายเทอากาศในปอดของผู้ป่วยดีขึ้น ลดการใช้พลังงาน และสามารถลดอาการหายใจลำบากได้

1.4 กลุ่มตัวอย่างสามารถ ประเมินภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของตนเอง (health) โดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องเข้าใจ ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เป็นต้น สอดคล้องกับ Sanchar (2020) กล่าวว่า การออกกำลังกายควรทำอย่างช้าๆ ไม่

หักโหม ไม่เหนื่อยจนเกินไป มักกระทำพร้อมกับการฝึกการหายใจ การเดินเล่นเป็นการออกกำลังกายที่ดีที่สุด เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 20-30 นาทีโดยมีช่วงพักระหว่างการออกกำลังกายตามความรู้สึกเหนื่อยและมีเวลาพักหลังออกกำลังกาย ทุกครั้งเช่นกัน ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การวิ่งเหยาะ การขี่จักรยาน เวลาที่จะออกกำลังกายที่ดี คือ เวลาเย็น เนื่องจากการเผาผลาญอาหารที่เหลือจากการรับประทานอาหาร และ ผู้ป่วยควรมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน จึงควรให้มีการส่งเสริมการนอนหลับ โดยให้ผู้ป่วยนอนหลับในท่าศีรษะสูง จัดสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน ไม่ควรกระตุ้นการไอแรงๆ และการหายใจแรงๆ ระยะ 1-2 ชั่วโมงก่อนนอน ผู้ป่วยควรนอนหลับพักผ่อนประมาณคืนละ 5-8 ชั่วโมง (Sarai, 2016).

โดยสรุปจะเห็นว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการ และสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นั้น แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของกิจกรรมที่พัฒนาตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย สิ่งสำคัญ คือ การประเมินประสบการณ์อาการ การจัดการอาการที่ผ่านมาของผู้ป่วยก่อนที่จะมีการกำหนดปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่ การวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลจะต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างรอบคอบ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการป้องกันและจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง สามารถประเมินอาการ และจัดการกับ อาการหายใจลำบากของตนเองได้ที่บ้าน

2) การวิเคราะห์อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ โดย ผู้วิจัย ติดตามความสม่ำเสมอในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการจัดการอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบประเมิน ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสอบถามจากญาติ ผู้ดูแล และ ติดตามหลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 28 วัน ทำการประเมินผลลัพธ์โดยประเมิน ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก จาก แบบสอบถามความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และประเมิน สภาวะอาการของผู้ป่วยเพื่อประเมินความรุนแรงของ การหายใจลำบาก จากแบบประเมินสภาวะอาการ หายใจลำบากโดยพบว่า ภายหลังการจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 28 วัน ไม่มีกลุ่มตัวอย่างท่านใดมารับการ รักษาซ้ำภายใน 28 วัน และไม่มีใครมาพบแพทย์ก่อน การนัดของแต่ละท่าน (7วันหลังจำหน่าย) แต่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 ท่าน ที่ผู้วิจัยได้ทำการโทรศัพท์ติดตาม พบอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย และสามารถบริหารจัดการตนเองได้จากการได้รับสุขศึกษาก่อนออก โรงพยาบาลในเรื่อง อาการ และอาการแสดงภาวะ หายใจลำบาก การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิด อาการหายใจลำบาก การบริหารกล้ามเนื้อทรวงอกและ บริหารปอดวันละ 1 ครั้ง การบริหารการหายใจ โดยใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม ร่วมกับการห่อปาก วัน ละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น บริหารร่างกายทั่วไป โดยการเดิน เล่นหรือเดินขึ้นบันได วันละ 1 ครั้ง การฝึกไออย่างมี ประสิทธิภาพวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น การใช้เทคนิคการ สงวนพลังงาน การรับประทานยา/พินยาสม่ำเสมอทุกวัน การพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง และการ

รับประทานอาหารที่เหมาะสม ครบ 5 หมู่ เพิ่มเนื้อสัตว์ ที่ย่อยง่ายและลดอาการที่มีก๊าซได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการ ตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ดอยหล่อจังหวัดเชียงใหม่พบว่า มีผลต่อการจัดการ ความสามารถในการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะ หายใจลำบากของผู้ป่วย และมีผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ ต่างๆ รวมถึง สามารถวางแผนจำหน่ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อลดหรือชะลอความรุนแรงของโรคได้

2. ผลการศึกษาไม่พบ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลัง การได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเพื่อการจัดการ ตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่า การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยรูปแบบการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้าน และแผนการส่ง ต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง จะสามารถส่งผลให้มีจำนวนวัน นอนเฉลี่ยลดลงซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมายในการลดการ ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กำหนด ไว้ 3 วัน ส่งผล ให้มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยลดลง และส่งผลให้ไม่มีอัตรา การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควร ประยุกต์โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการจัดการตนเองต่ออาการและสภาวะหายใจ ลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และ/หรือความเสี่ยงต่อการรับเชื้อ โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การให้ความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกัน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อ ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ ที่อาจก่อให้เกิดประโยชน์ในงานควบคุมและป้องกันโรคผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์วิรุฬห์ เดชพุทธรังษี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ คุณจุไรรัตน์ อินธิสอน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และคุณวิลาสินธุ์ จันทร์มุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดอยหล่อ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และให้คำแนะนำแก้ไขเพื่อให้ได้เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ครบถ้วนอย่างสมบูรณ์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยเต่า ที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือในงานวิจัย เพื่อนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูล รวมถึงเพื่อน พี่และน้อง ผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดี และขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลขรับรอง : COA No. 382/2024

เอกสารอ้างอิง

- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Health Data Center**. [online]. Retrieved May 1, 2024 from <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). **Advancing the science of symptom management**. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5): 668-676.
- Disler, R. T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). **Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review**. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2): 230-242.
- Kuwalairat, P., Makphirom, M., and Rattanaopas, S. (2017). **Factors affecting the occurrence of exacerbation and emergency department visits in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. *Journal of Internal Medicine, Khon Kaen University*.3 (2) : 29-41.

- Larson, R. W., and Richards, M. H. (1994). **Family emotions: Do young adolescents and their parents experience the same states?**. Journal of Research on Adolescence, 4(4): 567-583.
- Nursing Division. (1996). **Guidelines for Discharge Planning**. Bangkok: Thammasat University Press.
- Pender, N. J. (2011). **Health promotion model manual**. [online]. Retrieved March 12, 2024 from <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Phothiya, P., Buatee, S. and Sittipakorn, S. (2023). **The effect of using a symptom management program on inhaler skills and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Journal of Health System Research and Development, 16(3): 318-332.
- Roman-Rodriguez M, Kaplan A. (2021). **GOLD 2021 Strategy Report: Implications for Asthma-COPD Overlap**. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 14(16): 1709-1715.
- Sarai, A. (2016). **The effect of an integrated discharge planning program with symptom experience on symptom management ability and dyspnea status in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Master's degree, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.
- Sanchar, N. (2020). **The effect of using discharge planning kits for patients with chronic obstructive pulmonary disease on the number of hospital admissions, readmissions, acute exacerbations, and readmissions in patients with chronic obstructive pulmonary disease**. Rajavadee Journal, Boromarajonani College of Nursing, Surin, 10(2):55-68.
- Suto, R. (2022). **The Effects of a Nursing Program Supporting Self-Management on Dyspnea in People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease**. [online]. Retrieved March 12, 2024 from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6188>
- Tisakorn, K., Songthap, A. (2019). **The results of using discharge planning guidelines for chronic obstructive pulmonary disease patients treated at Kantang Hospital, Trang Province**. Public Health Academic Journal, 28(5): 867-873.
- Vestbo J, Hurd SS., et al. (2013). **Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary**. Am J Respir Crit Care Med. 187(4):347-65.

