



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

ISSN : 3056-9699 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

VOL. 2 NO2. JULY - DECEMBER 2025



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปริญญานิพนธ์ความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนด
ออก : เผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวีช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญณรงค์ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกรัก พิหาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พรวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปฎิญา สุริยงค์

นายแพทย์ชำนาญการ

8.พญ.ศศิวิมล มุลกะเยาว์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวังศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้จัดการวารสาร

1.นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล

กลุ่มงานสุขศึกษา

สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ Factors Related to Cervical Cancer Screening Service Receipt Among High-risk Women in Higher Grounds Doi Kaew Sub-district, Chom Thong District, Chiangmai Province
สมาน เจริญสุข 1
2. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ The Health Literacy Development Model on the Health Impacts of PM 2.5 for Village Health Volunteers at Ban Huai Sai Sub-district Health Promotion Hospital, Mae Tha Sub-district, Mae On District, Chiang Mai Province.
ทัศนีย์ คำดา..... 17
3. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program for Pregnant Women Receiving a Service at Maeon Hospital, Chiang Mai Province
นภาพร คาคะดาค้า.....37
4. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด และครอบครัว โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ The Effect of the First Stage Maternity Care Program with Family Participation on the Birth Experience of Primiparous Parturient and Family at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province
กรรณิการ์ ปันใจ , รัตนาภรณ์ ธนศิริจิรานนท์.....54
5. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ The Self-efficacy development model to prevent mental health problems for working-age people of Ban Pong Din Sub-district Health Promotion Hospital, Doi Saket District, Chiang Mai Province.
วิทยา สามแสน.....74

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

6. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ Effects of a Motivation Enhancement Program on Patients' Perception and Self-Care Practices Before and After Cataract Surgery at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province
ยุพิน หมั่นมูล.....96
7. การพัฒนาและผลการใช้แนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วย ติดสารเสพติดโอปิออยด์ต่ออัตราการคงอยู่ในระบบและป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ โรงพยาบาลแม่อาง เชียงใหม่ Development of a Nursing Practice Guideline for Opioid Use Disorder : Effects on Retention and Relapse Prevention
วิภาดา ธรรมศิริ.....117
8. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ The effect of self-management promotion program on knowledge, self-management behavior and blood pressure level in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, outpatient department, Saraphi Hospital, Chiang Mai Province.
นพคุณ บุญสิงห์.....133

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
Factors Related to Cervical Cancer Screening Service Receipt Among High-risk
Women in Higher Grounds Doi Kaew Sub-district,
Chom Thong District, Chiangmai Province

สมาน เจริญสุข (Saman Chareonsuk)*

Received: July 19, 2025 | Revised: July 30, 2025 | Accepted: August 19, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 230 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล และแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression) ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.88, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร ทั้งหมดเป็นตัวแปรที่เป็นส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุและรายได้ (P -value < 0.001) และพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยในการป้องกัน และสนับสนุนในการส่งเสริมพฤติกรรมกรเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่สูง จากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะที่ควรคำนึงถึงทั้งด้านสาธารณสุข พฤติกรรม วัฒนธรรม และระบบบริการโดยควรมีการระบุงกลุ่มเสี่ยงให้ชัดเจน และมีแนวทางส่งเสริมการตรวจคัดกรองให้ชัดเจน ได้แก่ ด้านการให้ความรู้และสื่อสาร ด้านบริการตรวจจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ด้านสิทธิประโยชน์และแรงจูงใจ การบริหารจัดการและติดตามผล และการจัดการอุปสรรคทางวัฒนธรรม

คำสำคัญ : มะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่หอย อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: samanc270@gmail.com

* Public Health Specialist, Ban Mae Hoi Sub district Health Promotion Hospital Chiangmai Email : samanc270@gmail.com

ABSTRACT

The study of factors related to cervical cancer screening service receipt among high-risk women in higher grounds Doi Kaew sub-district, Chom Thong district, Chiangmai Province aimed to 1) study the level of perceived severity, perceived risk, perceived barriers, perceived benefits, and motivation to receive cervical cancer screening service, 2) study which factors are related to cervical cancer screening service use, and 3) to develop recommendations and guidelines to promote cervical cancer screening service use by high-risk women in Doi Kaew Subdistrict, Chom Thong District, Chiang Mai Province. The sample group was 230 high-risk women aged 30-60 years in Doi Kaew Subdistrict, Chom Thong District, Chiang Mai Province. The research instruments were the personal factors questionnaire and the health belief pattern questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis. The results of the research found the sample group had a high mean of health belief patterns about cervical cancer (mean 3.88, standard deviation 0.81). It was found that personal factors, including age, education level, occupation, income, and number of children, were all variables that promoted cervical cancer prevention. The important factors affecting the receipt of cervical cancer screening services were age and income ($P\text{-value} < 0.001$). It was also found that health belief patterns were factors in prevention and support in promoting the behavior of receiving cervical cancer screening services. Recommendations and guidelines for promoting cervical cancer screening services for high-risk women in high-risk areas. The sample group provided recommendations that should take into account public health, behavior, culture, and service systems, as follows: the risk group should be identified, and there should be clear guidelines for promoting screening, including providing knowledge and communication, providing mobile medical units, benefits and incentives, management and follow-up, and managing cultural barriers.

Key Words: Cervical cancer / Women in higher grounds / Health belief model

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลกและยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนา และมีทรัพยากรน้อย มะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ Human papillomaviruses (HPV) ซึ่งเป็นไวรัสที่พบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 569,847 ราย และพบ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 311,365 ราย อัตราอุบัติการณ์ ของ มะเร็งปากมดลูก (AgeStandardized Rate, ASR) พบ 6.9 ต่อประชากรแสนคนต่อปี องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ(WHO, 2023) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิดปีละ 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคน โดยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.3 ล้านคน และยังคงพบว่ามีมะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุก ๆ ปี จะ สามารถลดอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ 5 ปี ก็จะสามารถรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงร้อยละ 55.0 (Bray, 2022)

ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์มะเร็งทุกชนิดในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งชุมชนจากแหล่งต่างๆ ทั่วประเทศ โดยข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 (National Cancer institute, 2019) พบ ค่า ASR 11.1 ต่อประชากรแสนคนต่อปี เป็นอันดับ 5 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

มะเร็งตับ และท่อน้ำดี และมะเร็งปอด ตามลำดับ (Ministry of Public Health , 2022) จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยในเพศหญิง โดยพบอุบัติการณ์ และความชุกสูงมาก จากรายงานสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก (ปี พ.ศ. 2560-2564) พบจำนวน 5,359 ราย ในขณะที่มารับการ รักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 283 ราย, 280 ราย, 272 ราย, 182 ราย และ 225 ราย การแก้ปัญหาในระดับนโยบายโดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Program) และได้แก้ไขปัญหานี้โดยจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติที่ครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยทำการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) นั่นคือในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 5 ปี ซึ่งสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ที่มีจำนวนประมาณ 10,000 แห่งทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยโครงการดังกล่าวมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.00 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปีพ.ศ. 2558-2562 ได้กำหนดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อลดอัตราป่วย และอัตราตาย (Ministry of Public Health , 2022)

สำหรับผลการศึกษาวิจัยในประเทศไทยของ Chantawong (2017) พบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในระดับมาก สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า จำนวนบุตร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj}=5.35$, 95%CI: 2.12-13.52, $OR_{adj}=2.98$, 95%CI: 1.20-7.36, $OR_{adj}=3.54$, 95%CI: 1.59-7.89 และ $OR_{adj}=9.10$, 95%CI: 2.95-28.05 ตามลำดับ) Phromnil (2024) สอดคล้องกับ Chaiyawarin (2020) ศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มไทลื้อ ในตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า การคุมกำเนิด การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้สมรรถนะตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.006, 0.001, <0.001$ และ 0.014 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่ศึกษาอื่น ๆ ไม่พบว่ามีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีความคิดเห็นว่าการมีกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ

สร้างการรับรู้ของประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่ไม่มีบุตร ที่ต้องติดตามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค การป้องกันโรค การให้คำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มระดับความรู้ และส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการการป้องกันโรคที่ดีขึ้น อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ เสริมสร้างความคาดหวัง มีผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเกิดความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยกระตุ้นให้สตรีเหล่านี้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

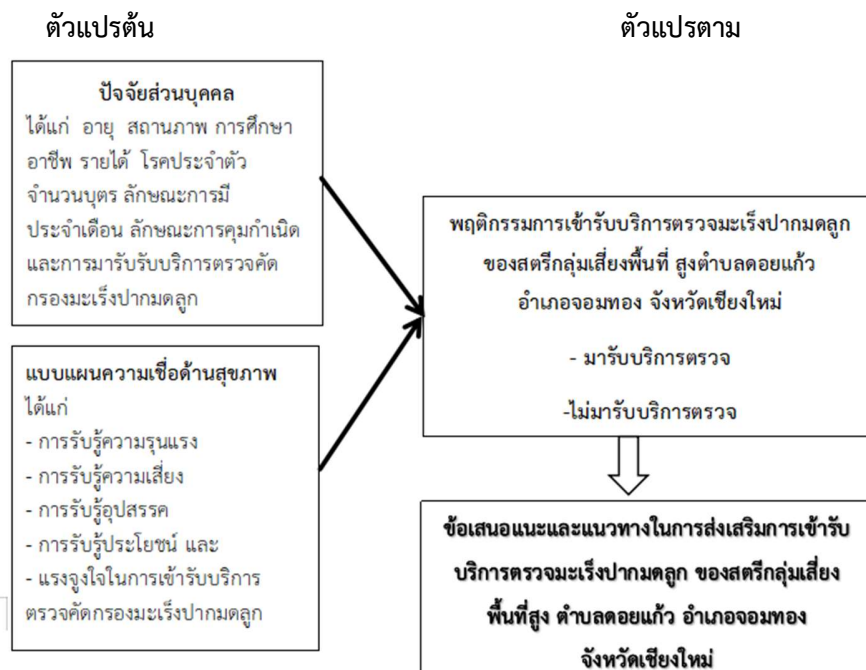
พื้นที่ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่สูง ประชาชนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชาชนชาติพันธุ์ ประกอบด้วย 4 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่4 บ้านหินเหล็กไฟ หมู่ที่5 บ้านขุนแตะ หมู่ที่8 บ้านห้วยส้มป่อย และหมู่ที่9 บ้านห้วยขุน มีจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-60 ปี ทั้งสิ้น 559 คน ที่ผ่านมาพบสถิติการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนโยบายจังหวัด ตั้งแต่ปีพ.ศ.2563-2567จำนวน 205, 64, 54, 44 และ 150 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 พบว่าจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ มาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ผลจากการคัดกรองลดลง พบว่า ในปี พ.ศ.2567 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบตำบลดอยแก้ว ได้เพิ่มการกระตุ้นและติดตามให้มารับการตรวจคัดกรอง

ทำให้จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 150 คน และพบว่า มีสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 41 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิทันที จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นกลไกสำคัญในค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดลงอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ดังนั้นการศึกษารั้วนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่” เพื่อส่งเสริมมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นและช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
- 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
- 4) เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้สูงอายุ อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 559 คน และอาศัยอยู่ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป (HDC Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024) โดยผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกรวมของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง และอาศัยอยู่ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
- 2) สามารถสื่อสารโดยการใช้อย่างภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน กรณีสื่อสารโดยภาษาชาติพันธุ์ ผู้วิจัยทำการสอบถามเองและให้อธิบายในพื้นที่ช่วยเหลือและผู้วิจัยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง
- 3) ไม่เป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และ/หรืออยู่ระหว่างการทำการรักษา
- 4) ไม่ป่วยด้วยโรคประจำตัวร้ายแรง อันเป็นเหตุให้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้
- 5) ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

1.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ติดบ้าน ติดเตียง หรือมีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วนได้

1.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ และอาศัยอยู่ในอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ประชากร จำนวน 559 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน ตามการแทนค่าในสูตรดังนี้

$$\text{แทนค่าในสูตร: } n = \frac{X^2 N p (1-p)}{(e^2 (N-1) + X^2 p (1-p))}$$

เมื่อ: n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 X^2 = ค่า Chi-square ที่ $df=1$
 (3.841 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

N = ขนาดของประชากร
 p = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา (0.5)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ดังนั้นแทนค่าได้ดังนี้

$N = 559$ (จำนวนประชากร)
 $X^2 = 3.841$ (ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$p = 0.5$ (สัดส่วนของประชากร)
 $e = 0.05$ (ความคลาดเคลื่อน)

$$n = (3.841 \times 559 \times 0.5 \times 0.5) / (0.050^2 \times (559 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5)$$

$$n = 536.78 / (1.40 + 0.96)$$

$$n = 536.78 / 2.36 = 228.545$$

คิดเป็นจำนวนเต็มได้ $n = 230$ คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 2011) ตลอดจนการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา

ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินวิจัยระหว่าง กุมภาพันธ์ 2568 – พฤษภาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ตอน คือ

1.1 เครื่องมือชุดแบบสอบถามในระยะที่ 1 (ระยะการวิจัยเชิงปริมาณ)

1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 12 ข้อ

2) ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ

เป็นลักษณะปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามและแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) ได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.82 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้ การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.86 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

ระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ระยะนี้ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์จากฐานขององค์ความรู้ และต้นทุนทางสังคมที่สามารถส่งเสริมแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้องค์ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาทำการศึกษาและจัดในกระบวนการ ได้แก่

โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ตัวแทนสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี อสม. ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญงานสตรีวัยเจริญพันธุ์ บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมจำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ต้องอาศัย หรือ ปฏิบัติงานในตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

2.2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสพการณ์ มีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงได้

ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 12 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ และค่าเฉลี่ย (Mean) ตามลักษณะข้อมูล

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

3) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการของปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการถดถอยโลจิสติก (Linear Logistic Regression)

4) พัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ด้วยสถิติเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 30-50 ปี ร้อยละ 83.00 (อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และอายุเฉลี่ย 43.36 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 93.90ระดับ

การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 36.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.90 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80.40 (รายได้ต่ำสุด 0 บาท รายได้สูงสุด 13,000 บาท และรายได้เฉลี่ย 3,495.22 บาท) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.40 รองลงมาคือ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.70 ส่วนใหญ่มีบุตรน้อยกว่า 3 คน ร้อยละ

95.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีประจำเดือน ร้อยละ 87.40 รองลงมาคือ ประจำเดือนหมด ร้อยละ 12.60 ส่วนใหญ่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 33.00 และส่วนใหญ่เคยมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 82.20 รองลงมาคือ ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 17.80 **ตารางที่ 1**

2) ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=230 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30-50 ปี	191	83.00
51 ปี ขึ้นไป	39	17.00
(Minimum = 30, Maximum = 59, Mean = 43.36, S.D.=7.267)		
สถานภาพสมรส		
โสด	12	5.20
สมรส	216	93.90
หม้าย	2	0.90
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	84	36.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	20.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	16.50
อนุปริญญา/ปวส.	4	1.70
ปริญญาตรี	4	1.70
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.60
อื่นๆ (ระบุ)	48	20.90
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	6.10
แม่บ้าน / ทำงานบ้าน	2	0.90
เกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์	193	83.90
รับจ้าง	10	4.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	3.90

รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	185	80.40
5,001 บาท ขึ้นไป	45	19.60
(Minimum = 0, Maximum = 13,000, Mean = 3,495.22, S.D.=3,081.672)		
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	217	94.30
มีโรคประจำตัว	13	5.70
จำนวนบุตร		
น้อยกว่า 3 คน	220	95.70
4 คน ขึ้นไป	10	4.30
ลักษณะการมีประจำเดือน		
ยังมีประจำเดือน	201	87.40
ประจำเดือนหมด	29	12.60
ลักษณะการคุมกำเนิด		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	69	30.00
ยาฉีดคุมกำเนิด	76	33.00
ถุงยางอนามัย	4	1.70
ทำหมันถาวร	52	22.60
อื่น ๆ	29	12.60
การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
เคยมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	189	82.20
ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	41	17.80

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n=230) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n=230)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	4.26	0.79	มาก
การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	3.87	0.79	มาก
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.04	0.75	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.48	0.97	ปานกลาง
แรงจูงใจในการเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.73	0.77	มาก
รวม	3.88	0.81	มาก

3) ปัจจัยที่มีผลต่อการของปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร ทั้งหมดเป็นตัวแปรที่เป็นส่งเสริมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยปัจจัยสำคัญที่

มีผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุและรายได้ ($P\text{-value} < 0.001$) และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็เป็นปัจจัยในการป้องกันและสนับสนุนในการส่งเสริมพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่อการของปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	B	t	Sig	95 % Confidence Interval for B	
อายุ	-0.016	-4.081	0.000*	-0.024	0.008
ระดับการศึกษา	0.015	1.357	0.176	-0.007	0.036
อาชีพ	0.029	0.819	0.413	-0.041	0.099
รายได้	-3.063	-3.565	0.000*	0.000	0.000
จำนวนบุตร	-0.052	-1.739	0.083	-0.110	0.007
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.045	0.827	0.409	-0.063	0.153

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ระยะนี้ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์จากฐานขององค์ความรู้ และต้นทุนทางสังคมที่สามารถส่งเสริมแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้องค์ความรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Focus Group Discussion) ตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาทำการศึกษาและจัดในกระบวนการ ได้แก่ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดย ประชากรที่ศึกษา คือ ตัวแทนสตรีกลุ่มเสี่ยงพื้นที่สูง ที่มีอายุ 30-60 ปี อสม. ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญงานสตรีวัยเจริญพันธุ์ บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมจำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ต้องอาศัย หรือ ปฏิบัติงานในตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับ สตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่สูง กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะที่ควรคำนึงถึงทั้งด้านสาธารณสุข พฤติกรรม วัฒนธรรม และระบบบริการ ดังนี้

1) การระบุกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจน ได้แก่

1.1 หญิงอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรอง

1.2 หญิงที่มีคู่นอนหลายคนหรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย

1.3 หญิงที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV

1.4 กลุ่มชาติพันธุ์หรือชนเผ่าที่มีความเชื่อหรืออุปสรรคทางวัฒนธรรม

2) แนวทางส่งเสริมการตรวจคัดกรอง

2.1 ด้านการให้ความรู้และสื่อสาร โดยการให้ความรู้ด้วยภาษาท้องถิ่น เช่น ภาษาชาติพันธุ์ (กะเหรี่ยง ม้ง ฯลฯ) ใช้ อสม. ผู้นำชุมชน แพทย์แผนไทย เป็น "กระบอกเสียง" ชี้แจงความสำคัญ ผลิต สื่อสั้น เข้าใจง่าย เช่น คลิปวิดีโอ หรือแผ่นพับ ในรูปแบบภาพมากกว่าข้อความจัดกิจกรรม รณรงค์เชิงรุก ในหมู่บ้าน เช่น "วันตรวจสุขภาพสตรี" หรือ "ตลาดสุขภาพ"

2.2 ด้านบริการตรวจ จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เข้าไปให้บริการในพื้นที่ห่างไกล ส่งเสริมการใช้ชุดตรวจด้วยตัวเอง (HPV self-sampling) โดยมี อสม. แนะนำการใช้งานปรับเวลาให้บริการของ รพ.สต. นอกเวลาราชการ หรือวันหยุด ตามวิถีชีวิตชาวบ้านประสานงานกับ ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน เพื่อสร้างความยอมรับของครอบครัว

2.3 ด้านสิทธิประโยชน์และแรงจูงใจ ประชาสัมพันธ์ว่า ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก "ฟรี" สำหรับผู้หญิงอายุ 30-60 ปี สร้างระบบ ติดตามรายบุคคล โดย อสม. หรือระบบดิจิทัลของ สสอ./รพ.สต.

2.4 การบริหารจัดการและติดตามผล การใช้ฐานข้อมูลรายบุคคล เพื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยตรวจ ประสานงาน

กับ สสอ. หรือ อปท. ในการจัดงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมเคลื่อนที่ ประเมินผลการเข้าถึงบริการรายไตรมาส เพื่อปรับกลยุทธ์อย่างเหมาะสม

2.5 การจัดการอุปสรรคทางวัฒนธรรม ใช้บุคลากรสาธารณสุขที่เป็น ผู้หญิง ในการตรวจเพื่อสร้างความสบายใจ เคารพความเชื่อและศักดิ์ศรีของสตรี โดยจัดมุมให้ความเป็นส่วนตัว ผีก อสม. หรือผู้นำชุมชนให้อธิบายความสำคัญในแบบที่เข้าใจง่าย

อภิปรายผลการวิจัย

1) การศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรวมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) โดย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับมาก แต่ การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับ Phromnil (2024) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกของสตรีอายุ30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในกลุ่มที่มารับบริการตรวจ คัดกรองและกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง อยู่ใน ระดับปานกลางและสูง คือ ในกลุ่มที่มารับบริการตรวจ คัดกรอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.19 และ ระดับสูง ร้อยละ 32.14 สำหรับในกลุ่มที่ไม่มารับการคัด

กรอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.33 และระดับสูง ร้อยละ 27.98 และผลการศึกษาแรงจูงใจด้านสุขภาพใน การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 66.81 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 33.19 อยู่ในระดับน้อย และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$) ทั้งนี้ยังสามารถทำนายได้ว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งปากมดลูกในระดับมากจะมีการเข้ารับการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 1.16 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในระดับน้อย ($OR=1.16$, 95%CI: 1.01-1.33)

2) การศึกษาปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อการ เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยส่วน บุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน บุตร ทั้งหมดเป็นตัวแปรที่เป็นส่งเสริมการป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้า รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุและ รายได้ สอดคล้องกับ Chansang (2016) ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประวัติการคลอดบุตรมี ความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.049$) และสอดคล้องกับ Phromnil (2024) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน เขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับ การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)โดย

ผู้ที่ไม่มีบุตรจะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีบุตร ($OR_{adj}=5.35$, 95%CI: 2.12-13.52) ทั้งนี้ อาจสืบเนื่องมาจากการที่คลอดบุตรนั้น มีการให้ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3) การพัฒนาข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่สูง ตำบลดอยแก้ว อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่สูง กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะที่ ควรคำนึงถึงทั้งด้านสาธารณสุข พฤติกรรม วัฒนธรรม และระบบบริการ ดังนั้นควรการระบุงกลุ่มเสี่ยงอย่างชัดเจน และมีแนวทางส่งเสริมการตรวจคัดกรองให้ชัดเจนได้แก่ ด้านการให้ความรู้และสื่อสาร ด้านบริการตรวจจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ด้านสิทธิประโยชน์และแรงจูงใจ การบริหารจัดการและติดตามผล และการจัดการอุปสรรคทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. บูรณาการการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายสาธารณสุขท้องถิ่นบรรจุเป็นหนึ่งใน ตัวชี้วัดการพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอ/ตำบล จัดสรรงบประมาณ สนับสนุนหน่วยตรวจเคลื่อนที่ และเจ้าหน้าที่ผู้หญิงที่เชี่ยวชาญ ส่งเสริมให้ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมรณรงค์และประชาสัมพันธ์เชิงรุก
2. ผลักดันให้การตรวจด้วยตนเอง (HPV Self-Sampling) เป็นบริการปกติใน รพ.สต. เพิ่มโอกาสเข้าถึง

ในชุมชนที่มีข้อจำกัดทางวัฒนธรรม/ศาสนา ประสานกับหน่วยงานวิจัย/สาธารณสุขเพื่อประเมินผลและขยายผลในพื้นที่

3. จัดระบบฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล ใช้ระบบ HDC (Health Data Center) ของ สธ. ร่วมกับ รพ.สต. และ อสม. กำหนดกลไก ติดตาม/นัดหมาย/ติดตามผลการตรวจ อย่างเป็นระบบ

4. ปรับแนวทางการสื่อสารสุขภาพให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่น สนับสนุนการผลิตสื่อ ภาษาท้องถิ่น/ชาติพันธุ์ เพื่อสร้างความเข้าใจและยอมรับ โดยใช้ผู้นำชุมชนทางศาสนา ผู้นำกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นตัวกลางสื่อสาร

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ใช้ Health Belief Model (HBM) เป็นกรอบในการออกแบบโครงการ ให้ความสำคัญกับการสื่อสาร “ความร้ายแรง” และ “ประโยชน์” ของการตรวจ ลด “อุปสรรค” ที่ชัดเจน เช่น ความเขินอาย ความไม่สะดวกในการเดินทาง
2. จัดกิจกรรมตรวจร่วมกับกิจกรรมชุมชน เช่น ตลาดนัดสุขภาพ, วันผู้สูงอายุ, หรือกิจกรรมวัดประจำปี ทำให้บริการตรวจไม่รู้สึก “แปลกแยก” หรือมีความอาย
3. อบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เสริมความรู้และทักษะในการสื่อสารแบบเข้าอกเข้าใจ โดยเฉพาะในชุมชนอนุรักษ์นิยม สนับสนุนการทำงานของ อสม. เช่น ให้คำตอบแทน หรือของขวัญเมื่อสามารถพาผู้หญิงมาตรวจได้
4. พัฒนานวัตกรรมติดตาม เช่น การส่งข้อความเตือนผ่านไลน์/แอปสุขภาพ หรือบัตรนัดหมายแบบง่าย โดยมีระบบจูงใจเชิงพฤติกรรม เช่น การ์ดสะสมแต้ม, ของใช้จำเป็นหลังตรวจ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ ความสามารถ แรงจูงใจ ตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพเรื่องมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยเจริญพันธุ์

3. ควรมีการศึกษาร่วมกับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ร่วมกับการนำเอาโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Trans theoretical model ; TTM) มาใช้เพื่อทำให้ทราบถึงปัจจัยและขั้นตอนที่ทำให้นำไปใช้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ขอขอบพระคุณความกรุณาอย่างสูงยิ่งจาก อาจารย์ ดร.วิทยา ตันอารีย์ อาจารย์ ดร.มุลินท์ แปงศิริ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และดร.กานต์ซัช พิสิฐ คงเสถียรพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้เกียรติและเสียสละเวลารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่ง บุคลากร เจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถาม ทุกๆ ท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงเพื่อน พี่และน้อง ผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดีและขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย IRBCMRU 2025/238.13.05

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H., Maiman, L. A., (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health education monographs*, 2(4): 336-353.
- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. **Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** *CA Cancer J Clin*, 74(3):229-263.
- Chansaeng, S., Wathanasomboon, P. Temsirikulchai, L., Chansathitphon, N. (2016) **Factors related to the continuity of receiving cervical cancer screening services in women in Song Phi Nong District, Suphan Buri Province.** *Journal of Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi*, 27(1): 1-16.

- Chantawong, N., Tridech, P., Siri, S. and Tridech, C.(2017). **Factors related to cervical cancer screening service receipt among target women aged 30-60 years, Mueang District, Pathum Thani Province.** Journal of Prapokklao College of Nursing, Chanthaburi, 28(1): 63-79.
- Chaiyawarin, B.(2020).**Factors affecting the receipt of cervical cancer screening services among Tai Lue women in Sri Don Chai Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province ,** Doctoral dissertation, Phayao University, Phayao, Thailand.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Health Data Center.** [online]. Retrieved May 1, 2024 from <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- Krejcie, RV., Morgan, DW. (1970). **Determining Sample Size for Research Activities.** Educational and Psychological Measurement, 30(3): 607-610.
- Likert, R. (1932). **A technique for the measurement of attitude.** Archives of Psychology, 140: 1-55.
- Ministry of Public Health. (2022). **HDC Ministry of Public Health.** [online]. Retrieved June 2, 2025 from <https://hdcservice.moph.go.th/>
- National Cancer institute. (2019). **Hospital-Based cancer registry 2019.** Department of medical services, Ministry of Public Health. [online]. Retrieved June 2, 2025 from https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%202019%20NCI.pdf.
- Pender, N. J. (2011). **Health promotion model manual.** [online]. Retrieved May 1, 2024 from <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Phromnil, C. (2024). **Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening among women aged 30-60 years in the area of responsibility of Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.** Journal of Primary and Public Health System Development, 2(1): 79-96.
- World Health Organization (2023). **Cervical cancer elimination: The progress made and what more needs to be done.** [online]. Retrieved May 15, 2025 from <https://www.weforum.org/stories/2023/11/cervical-cancer-elimination-day-2023-progress-action>.

รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา
อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

The Health Literacy Development Model on the Health Impacts of PM 2.5 for
Village Health Volunteers at
Ban Huai Sai Sub-district Health Promotion Hospital,
Mae Tha Sub-district, Mae On District, Chiang Mai Province.

ทัศนีย์ คำดา (Tusanee Kamda)*

Received: Sep 11, 2025 | Revised: Oct 3, 2025 | Accepted: Oct 10, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 2) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 และ 4) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม.จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบประชุมกลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06, SD=0.78$) สมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.87, SD=0.71$) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ($r = 0.211, P\text{-value} < 0.01$) และ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันในระดับต่ำ ($r = 0.238, P\text{-value} < 0.01$) เมื่อนำมาสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประเมินด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้รูปแบบชื่อ “Mae On VHV PM2.5 Model” ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพให้กับอสม. และประชาชน หรือออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพของอสม. และบุคลากรที่ดำเนินงานความรู้สุขภาพด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 ในพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้สุขภาพ, ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: tusanee11@hotmail.com

* Public Health Specialist, Ban Huai Sai Sub district Health Promotion Hospital Chiangmai Email : tusanee11@hotmail.com

ABSTRACT

The health literacy development model on the health impacts of PM 2.5 for village health volunteers (VHV) at Ban Huai Sai sub-district health promotion hospital, Mae Tha sub-district, Mae On district, Chiang Mai province aimed to 1) study the level of their health behavior to prevent health impact of PM 2.5, 2) study the level of knowledge competency on health impact of PM 2.5, 3) study the relationship between health behavior in preventing health impact of PM 2.5 and knowledge competency on health impact of PM 2.5, and 4) create a development model of knowledge on health impact of PM 2.5. The sample consisted of 148 village health volunteers. The research tools were questionnaires, interviews, and semi-structured focus groups. The data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis. The results of the research found their health behavior to prevent health impacts from PM 2.5 was at a high level (4.06, SD = 0.78). The level of knowledge of the health impacts of PM 2.5 was found to be at a high level (3.87, SD = 0.71). Personal factors, such as education level, were related to the competency in knowledge of health impacts from PM 2.5 ($r = 0.211$, $P\text{-value} < 0.01$). The relationship between health behavior aimed at preventing health impacts from PM2.5 and the knowledge of health impacts from PM2.5 was found to have a low positive relationship ($r = 0.238$, $P\text{-value} < 0.01$). The results of this study were used to create a model for developing knowledge of health impacts from PM 2.5 for village health volunteers and were evaluated by triangulation, named "Mae On VHV PM2.5 Model", which can be used in organizing health literacy promotion activities for village health volunteers. and the public, or for designing a program to develop the potential of village health volunteers and personnel who carry out health literacy work on preventing the impact of PM 2.5 in the area, which will be an important force in driving sustainable health issues in the area.

Key Words : Health literacy, the Health Impacts of PM 2.5, Village health volunteers

บทนำ

ประเทศไทยประสบปัญหาหมอกควันเป็นประจำทุกปี โดยมีสาเหตุหลักมาจากไฟป่า ทั้งที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติและจากฝีมือมนุษย์ และการเผาเศษซากพืชในพื้นที่เกษตรกรรมภายหลังการเก็บเกี่ยว หรือเพื่อเตรียมการเพาะปลูกในฤดูกาลต่อไปในหลายพื้นที่ของภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อสุขภาพอนามัย การประกอบอาชีพ และภาวะเศรษฐกิจของประชาชน อีกทั้งปัญหาหมอกควันในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนยังเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ ที่ทุกภาคส่วนโดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐได้ให้ความสำคัญและพยายามดำเนินการแก้ไขปัญหามาโดยตลอด เนื่องจากผลกระทบของปัญหาก่อให้เกิดความเสียหายหลายด้าน โดยเฉพาะสถานการณ์ฝุ่นละออง PM 2.5 ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ระหว่างช่วงเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม จะมีความกดอากาศสูงทำให้อากาศปิด ลมสงบ ฝุ่นละอองไม่ฟุ้งกระจายเกิดการสะสมในพื้นที่จนเกินค่ามาตรฐาน ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งด้านสังคม สุขภาพ ตลอดจนเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งกิจกรรมทางการเกษตรนับเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิด PM2.5 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าฝุ่นละออง PM 2.5 เป็นปัญหามลพิษที่สำคัญ โดยฝุ่น PM 2.5 (Particulate Matter 2.5) สามารถเปรียบเทียบได้โดยง่ายว่ามีขนาดประมาณ 1 ใน 25 ของเส้นผ่านศูนย์กลางของเส้นผมมนุษย์ ซึ่งมีขนาดเล็กจนจมูกของมนุษย์นั้นไม่สามารถกรองได้ ทำให้เข้าสู่ทางเดินหายใจ กระแสเลือด กระบวนการทำงานในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (Boonlert, 2024) ส่วนสาเหตุของฝุ่นละออง PM 2.5 เกิดจาก การเผาไหม้

ทั้งจากการดำเนินกิจการของโรงงานอุตสาหกรรม การใช้เครื่องยนต์ดีเซล รวมไปถึงการเผาวัสดุทางการเกษตร ชยะ และการเกิดไฟป่า เป็นต้น ประกอบกับสภาวะทางอุตุนิยมวิทยา โดยทุกปีเมื่อเข้าสู่ช่วงฤดูหนาว อุณหภูมิมีการลดลง และเกิดอุณหภูมิผกผัน (Inversion) ในระดับล่าง ส่งผลให้ฝุ่นละอองในบรรยากาศ อากาศถ่ายเทไม่ดี จึงทำให้เกิดฝุ่นสะสมในบรรยากาศ (Pollution Control Department, 2019)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาและผลกระทบฝุ่นละออง P.M 2.5 พบการดำเนินการ หลากหลายรูปแบบ หลายระดับ และประสบผลสำเร็จต่าง ๆ กันออกไป กล่าวโดยสรุปได้ ดังนี้ (Phanthu, 2022) ศึกษาการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการได้รับฝุ่น PM 2.5 ในช่วงฤดูแล้ง จากพื้นที่เทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง พบว่า มีค่าความเข้มข้นของฝุ่น PM 2.5 มีค่าอยู่ในช่วง 3.9-136.0 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ และ มีค่าเฉลี่ย $44.0 \pm 28.4 \mu\text{g}/\text{m}^3$ นอกจากนี้ เมื่อทำการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยการคำนวณจากค่า สัดส่วนความเสี่ยง (HQ) พบว่า ค่าเฉลี่ย HQ ของฝุ่น PM 2.5 ของเด็กในช่วงฤดูแล้งมีค่ามากกว่าผู้ใหญ่และมีค่าเกิน 1.0 ซึ่งแสดงว่า มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมนุษย์เนื่องจากเด็กมีความต้องการปริมาณออกซิเจนสูง จึงส่งผลให้อัตราการหายใจต่อน้ำหนักตัวสูง เมื่อทำการประเมินความเสี่ยงการก่อมะเร็งปอดในมนุษย์ (Ric) จากการได้รับฝุ่น PM 2.5 อยู่ในช่วง 10-6 ถึง 10-4 ซึ่งหมายความว่า ความเสี่ยงในการก่อมะเร็งอาจเกิดขึ้นได้ ผลจากการวิจัยนี้จะสรุปได้ว่า ปริมาณความเข้มข้นของฝุ่น PM 2.5 จะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ อย่างไรก็ตามในระยะยาวเด็ก

มีโอกาสได้รับฝุ่น PM 2.5 เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้มากกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งอัตราการหายใจเข้าเฉลี่ยของเด็กจะมีค่าเป็นสามเท่าของผู้ใหญ่(Chanabawornsakul, 2023) ทั้งนี้แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ทั้งสิ้นด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ก็ยังพบว่าความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีไม่มากพอที่จะช่วยในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงการป้องกันภัยจาก PM 2.5

องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ทา ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่ฮอน จังหวัดเชียงใหม่ พื้นที่ตำบลแม่ทา มีเนื้อที่จำนวน 72,680 ไร่ คิดเป็น 116 ตร.กม. คิดเป็นพื้นที่ดินที่ใช้ประโยชน์ของประชาชน ร้อยละ 17.46 และเป็นพื้นที่ป่า

ร้อยละ 82.54 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบเชิงเขา พื้นดินร่วนปนทรายเหมาะสำหรับเพาะปลูกพืชผักและผลไม้ จากข้อมูลทั่วไปจะเห็นได้ว่าพื้นที่ป่า ของอำเภอแม่ฮอนมีขนาดพื้นที่ใหญ่มีโอกาสเกิดเหตุภัยธรรมชาติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน อีกทั้งพื้นที่เกษตร แม้ว่าจะมีพื้นที่ไม่มาก แต่ภายหลังการเก็บเกี่ยวทางการเกษตรอาจจะมีวัสดุเหลือใช้จำนวนมาก ดังนั้นการกำจัดวัสดุเหลือใช้ทางเกษตรหรือการเผาเพื่อเตรียมเพาะปลูกในฤดูกาลถัดไป จึงมีโอกาสที่เกษตรกรในพื้นที่จะใช้วิธีการเผาจากสถานการณ์การและปัญหาดังกล่าวข้างต้น อาจก่อให้เกิดปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพภายในพื้นที่ ทั้งจากหมอกควันและที่เกิดจาก PM 2.5 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น การแก้ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ PM 2.5 ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านห้วยทราย ต.แม่ทา อ.แม่ฮอน จ.เชียงใหม่ ต้องใช้กระบวนการจัดการที่หลากหลาย และสร้างการมีส่วนร่วมทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่ผ่านมา รพ.สต.ได้มีการจัดกิจกรรมที่ทำร่วมกับ อสม. ได้แก่ การอบรมให้ความรู้ อสม.ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมอกควัน PM 2.5 ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา “รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ฮอน จังหวัดเชียงใหม่” ทั้งนี้ ผลการศึกษาจะสามารถนำไปหาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากผลกระทบของฝุ่น PM 2.5 และเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. รวมถึงสมรรถนะการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่

อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะช่วยให้อส. มีทักษะทางพฤติกรรมที่พึงประสงค์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นต้นแบบสุขภาพของประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการเป็นแกนนำ เป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานของตนเอง และเพิ่มความมั่นใจให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

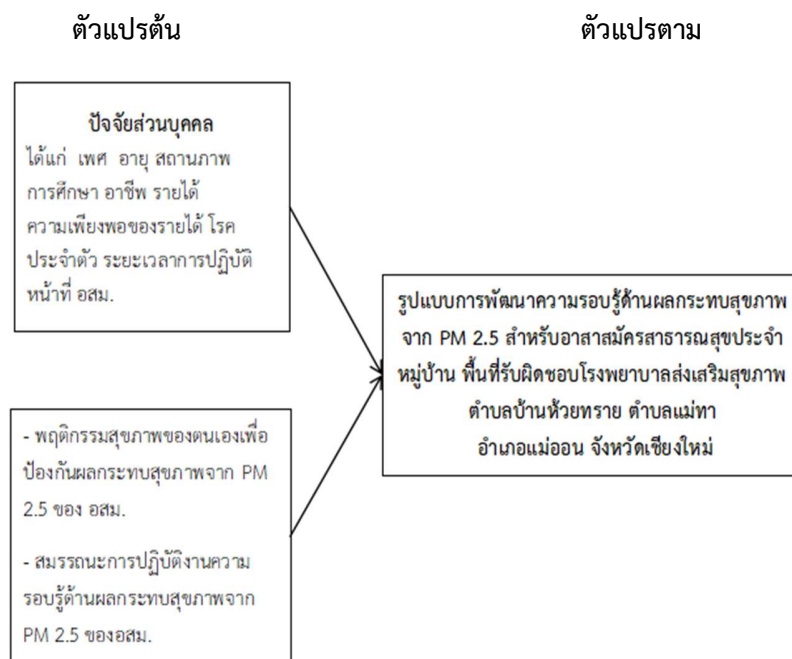
1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

2) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

4) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix method) เป็นการวิจัยเพื่อนำผลการศึกษาเชิงปริมาณ และการประชุมกลุ่มจากการศึกษาเชิงคุณภาพ นำข้อมูลทั้งสองระยะไปประสานกัน เพื่อไปใช้ในการสร้างรูปแบบในการการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพ

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ 7 หมู่บ้าน จำนวน 148 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง / การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดทุกคน จำนวน 148 คนโดยผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 148 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป

2) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน

3) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารและใช้งานผ่านระบบแอปพลิเคชัน ออนไลน์ได้

4) มีความสามารถ และเคยใช้งานระบบ Samart VHV Application

5) ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

1.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

มีอาการป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยสติสัมปชัญญะที่ครบถ้วน ณ วันที่ทำการศึกษาวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้แนวคิดการจัดการผลกระทบของฝุ่น PM 2.5 ของ Office of the Permanent Secretary (2023). แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของ Pender (2011) และแนวคิดการทำงานของ อสม แนวคิด อสม.4.0 และ Smart อสม. ของ Department of Health Service Support (2021).ตลอดจนการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือชุดแบบสอบถามในระยะที่ 1 (ระยะการวิจัยเชิงปริมาณ)

1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ

2) ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

3) ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

4) ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้าน ความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ลักษณะเป็นแบบเขียนบรรยาย

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อคำถามในแต่ละข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ ผู้วิจัยกำหนดระดับคะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
น้อยที่สุด	ให้เป็น 1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้เป็น 5 คะแนน
น้อย	ให้เป็น 2 คะแนน	น้อย	ให้เป็น 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้เป็น 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้เป็น 3 คะแนน
มาก	ให้เป็น 4 คะแนน	มาก	ให้เป็น 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้เป็น 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้เป็น 1 คะแนน

การแปลผล (Likert, 1932)

1.00 – 1.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับน้อยที่สุด

1.51 – 2.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับน้อย

2.51 – 3.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง

3.51 – 4.50 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับมาก

4.51 – 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อคำถามในแต่ละข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่ามี 4 ระดับ ผู้วิจัยกำหนดระดับคะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
น้อยที่สุด	ให้เป็น 1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้เป็น 4 คะแนน
น้อย	ให้เป็น 2 คะแนน	น้อย	ให้เป็น 3 คะแนน
มาก	ให้เป็น 3 คะแนน	มาก	ให้เป็น 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้เป็น 4 คะแนน	มากที่สุด	ให้เป็น 1 คะแนน

การแปลผล (Likert, R., 1932)

1.00 – 1.75 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับน้อยที่สุด

1.76 – 2.51 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับน้อย

2.52 – 3.27 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับมาก

3.28 – 4.00 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีการปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด

2.2 เครื่องมือชุดแบบสอบถามในระยะที่ 2 (ระยะการวิจัยเชิงคุณภาพ)

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากทุกตำบล ๆ ละ 1 คน บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องในงานสุขภาพภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น รวมจำนวน 10 คน

2) เครื่องมือและวิธีการดำเนินวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยนำเอาข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ที่มีผลกับกับสมรรถนะการปฏิบัติงานความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้านความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. (ในระยะที่ 1) มาทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อร่วมหาแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ฮ่อน จังหวัดเชียงใหม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามและแบบ

ประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน และ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิน้อย 2 ใน 3 นำไปหาค่าความเที่ยงตรงหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences ; IOC) ได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาเครื่องมือทุกฉบับ เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุอำเภอดอยหล่อ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเฉลี่ยเท่ากับ 0.96 จึงจัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้ง วัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะ ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลใน ภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ และค่าเฉลี่ย (Mean) ตามลักษณะข้อมูล

2) วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของ อสม. จำนวน 15 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

3) วิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะด้านความรู้ ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตาม ลักษณะข้อมูล

4) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรม สุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ที่มีผลกับกับสมรรถนะการปฏิบัติงานความรอบ รู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

5) วิเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา สมรรถนะการทำงานด้าน ความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพ จาก PM 2.5 ของอสม. จากการประชุมกลุ่ม (FGD) ด้วย สถิติวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

6) สร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้าน ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอ แม่่อน จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการประเมินและ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.40 และเพศชายร้อยละ 19.60 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-70 ปี ร้อยละ 70.90 (อายุ ต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 77 ปี และอายุเฉลี่ย 56.45 ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 80.40 ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อย ละ 35.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.40 (รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 40,000 ปี และรายได้เฉลี่ย 4,763.51 บาท) ความ เพียงพอของรายได้ ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน ร้อยละ 34.40 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.20 และมี โรคประจำตัว ร้อยละ 31.80 ระยะเวลาการปฏิบัติ หน้าที่ อสม. 1-20 ปี ร้อยละ 75.70 ระยะเวลาการ ปฏิบัติหน้าที่ต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ สูงสุด 43 ปี (ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่เฉลี่ย 13.93 ปี)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=148 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	19.60
หญิง	119	80.40
อายุ		
30-50 ปี	34	23.00
51-70 ปี	105	70.90
71 ปี ขึ้นไป	9	6.10
(Minimum = 30, Maximum = 77, Mean = 56.45, S.D.= 8.951)		
สถานภาพสมรส		
โสด	10	6.80
สมรส	119	80.40
หม้าย/หย่า/แยก	19	12.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	44	29.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	52	35.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	47	31.80
อนุปริญญา/ปวส.	1	0.70
ปริญญาตรี	4	2.70
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	0.70
พ่อบ้าน/แม่บ้าน ทำงานบ้าน	17	11.50
เกษตรกร	104	70.30
รับจ้าง	16	10.80
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	6.80
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	122	82.40
5,001-10,000 บาท	22	14.90
10,001 บาท ขึ้นไป	4	2.70
(Minimum = 2,000, Maximum = 40,000, Mean = 4,763.51, S.D.= 4,782.18)		

ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ และไม่มีหนี้สิน	27	18.20
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	51	34.50
เพียงพอ และเหลือเก็บ	26	17.60
เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ	43	29.10
ต้องพึ่งพาผู้อื่น	1	0.70
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	101	68.20
มีโรคประจำตัว	47	31.80
ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ อสม.		
1-20 ปี	112	75.70
21 – 40 ปี	34	23.00
41 ปี ขึ้นไป	2	1.40

1) พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของ อสม. พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพทั่วไป , ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 รวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.06, SD=0.78$) โดยพบว่า ด้านการจัดการสุขภาพ

ทั่วไป อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.94, SD=0.96$) และด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.18, SD=0.59$)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ได้แก่ ด้านการจัดการสุขภาพทั่วไป , ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด (n=148)

พฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านการจัดการสุขภาพทั่วไป	3.94	0.96	มาก
ด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด	4.18	0.59	มาก
รวม	4.06	0.78	มาก

3) สมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของ อสม. พบว่า สมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง, ทักษะการเข้าใจ, ทักษะการไต่ถาม, ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการนำไปใช้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 รวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.87, SD=0.71$) โดย

พบว่า ด้านทักษะการเข้าถึง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90, SD=0.67$) ด้านทักษะการเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95, SD=0.69$) ด้านทักษะการไต่ถาม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79, SD=0.81$) ด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.80, SD=0.75$) และด้านทักษะการนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.91, SD=0.65$)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม สมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง, ทักษะการเข้าใจ, ทักษะการไต่ถาม, ทักษะการตัดสินใจ, ทักษะการนำไปใช้ (n=148)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านทักษะการเข้าถึง	3.90	0.67	มาก
ด้านทักษะการเข้าใจ	3.95	0.69	มาก
ด้านทักษะการไต่ถาม	3.79	0.81	มาก
ด้านทักษะการตัดสินใจ	3.80	0.75	มาก
ด้านทักษะการนำไปใช้	3.91	0.65	มาก
รวม	3.87	0.71	มาก

4) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ที่มีผลกับกับสมรรถนะการปฏิบัติงานความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก

PM 2.5 พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ค่า $r = 0.211$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในส่วน อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นอสม. ไม่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5

คุณลักษณะส่วนบุคคล		สมรรถนะด้านความรู้ ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5	P-Value
อายุ		- 0.910	
สถานภาพ		0.025	
ระดับการศึกษา	ค่าสหสัมพันธ์	0.211**	< 0.01
อาชีพ	(r)	0.120	
รายได้		0.412	
ระยะเวลาการเป็นอสม.		- 0.033	

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบ

สุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ค่า $r = 0.238$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5

		สมรรถนะด้านความรู้ด้าน ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5
พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.238**
	P-value	< 0.01
	ระดับความสัมพันธ์	ระดับต่ำ

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5) ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้าน ความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน และประเมินด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยได้ข้อมูลดังนี้

1. การอบรมให้ความรู้แบบเข้าใจง่ายและใช้ได้จริง

2. แจกจ่ายสื่อสรุปลิ้น เช่น แผ่นพับ-โปสเตอร์-คลิปวิดีโอ
3. ฝึกให้อสม.เป็น “ผู้แนะนำประจำหมู่บ้าน”
4. ส่งเสริมการใช้แอปหรือเว็บไซต์ติดตามค่าฝุ่น
5. ส่งเสริมกิจกรรมดูแลสุขภาพในชุมชนช่วงวิกฤติฝุ่น

การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)
 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเนื่องจากการในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้ในการสังคมศาสตร์ ด้วย การรวบรวมวิธีการใช้ผู้สังเกต (observer) ทฤษฎี (theory) วิธีการ (methods) และข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical material) ที่ซ้ำซ้อนกัน นักวิจัยหวังว่า จะขจัดจุดด้อย หรือ ความลำเอียงภายใน และปัญหาที่เกิดจากการใช้วิธีการอย่างเดียวและการใช้ทฤษฎีเดียวในการศึกษา ในการศึกษาคครั้งนี้ใช้การตรวจสอบจาก 1. Data Triangulation การเปรียบเทียบ

และตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบ 2. Multiple Investigator Triangulation การใช้นักวิจัยหลายคนในสนามแทนการใช้ นักวิจัยเพียงคนเดียว และ3. Methods Triangulation การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้มาจากการเก็บข้อมูลหลายวิธีการ

ผลการตรวจสอบสามเส้าทั้ง 3 วิธี พบว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ มีประเด็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งเชิงทฤษฎี เชิงเนื้อหาของกิจกรรม เมื่อนำมาบูรณาการ นักวิจัยพบว่า เป็นไปตามรูปแบบฯ ที่ได้สร้างขึ้นจากผลการศึกษาทุกขั้นตอน โดยสามารถทำตารางเปรียบเทียบได้ ดังนี้

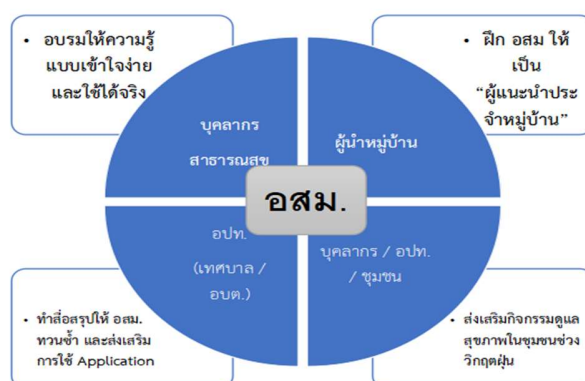
ตารางที่ 6 การตรวจสอบสามเส้า (triangulation) การพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

Methods Triangulation	Multiple Investigator Triangulation	Data Triangulation
● กิจกรรมการอบรมให้ความรู้แบบเข้าใจง่ายและใช้ได้จริง ● ฝึกให้อสม.เป็น “ผู้แนะนำประจำหมู่บ้าน” ● การแจกจ่ายสื่อสรุปสั้น เช่น แผ่นพับ-โปสเตอร์-คลิปวิดีโอ ● ส่งเสริมการใช้แอปหรือเว็บไซต์ติดตามค่าฝุ่น ● ส่งเสริมกิจกรรมดูแลสุขภาพในชุมชนช่วงวิกฤติฝุ่น	นักวิชาการสาธารณสุข นักพัฒนาชุมชน ผู้นำชุมชน อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์ภาควิชาคอมพิวเตอร์	ค่า $r = 0.238^{**}$ P-Value $< .001$

สามารถสร้างรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประเมินด้วยการ

ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้ดังภาพ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ (Mae On VHV PM2.5 Model)



การศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ สามารถอธิบายผลการศึกษาดังนี้

1. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทางคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ($r = 0.211$) แสดงให้เห็นว่า การที่อสม. และประชาชนมีความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 และนำเอาการมีส่วนร่วมมาใช้ในการแก้ปัญหาร่วมกับการนำหลักของแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรม (KAP) โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) อันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมจากการรับข้อมูลความรู้ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภtnี้อาจเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อประชาชนเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับ Aoeksaphap, (2019) ศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขมลพิษทางอากาศในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ถึงที่มาและสาเหตุการเกิดมลพิษทางอากาศ อันได้แก่ ควัน จากท่อที่มีอยู่ เช่น โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น และ Khamjai, (2022) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการรับมือมลภาวะหมอกควันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ฮ่องสอน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ในการรับมือมลภาวะหมอกควัน ได้แก่ การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ทัศนคติของการปฏิบัติ

หน้าที่ในการรับมือมลภาวะหมอกควัน ปัจจัยเอื้อได้แก่ การได้รับความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปประชาสัมพันธ์ในชุมชน และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว ช่วยให้เขามีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การได้รับความรู้จากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ และการได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการรับมือมลภาวะหมอกควันของอสม. ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 25.8 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ การพัฒนาศักยภาพ และให้กำลังใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสนับสนุนให้บุคคลที่มีการดำรงตำแหน่งสำคัญในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงานด้านมลภาวะหมอกควันเพื่อให้การปฏิบัติงานของ อสม. เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 กับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ($r = 0.238$) แสดงให้เห็นว่า สมรรถนะด้านความรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สอดคล้องกับ Muenho, (2024). ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครพนม พบว่า 1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก

ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง วิเคราะห์รายด้านพบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็น ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตัดสินใจเพื่อป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 และความรอบรู้โดยภาพรวม ส่วนระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้โดยภาพรวม

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้านความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 นำสู่การสร้างรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการนำเอาข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ที่มีผลกับกับสมรรถนะการทำงานด้าน ความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้าน ความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 ของอสม. (ในระยะที่ 1) มาทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อร่วมหาแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อสม มีความต้องการพัฒนาสมรรถนะการทำงานด้านความรอบรู้ผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 และมีการนำเสนอกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ดังนี้ 1. การอบรมให้ความรู้แบบเข้าใจง่ายและใช้ได้จริง 2. แจกจ่ายสื่อสรุปสั้น เช่น แผ่นพับ-โปสเตอร์-คลิปวิดีโอ 3. ฝึกให้อสม.เป็น “ผู้แนะนำประจำหมู่บ้าน” 4. ส่งเสริมการใช้แอปหรือเว็บไซต์ติดตามค่าฝุ่น และ 5. ส่งเสริมกิจกรรมดูแลสุขภาพในชุมชนช่วงวิกฤติฝุ่น ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสามารถนำมาร่วมสร้าง รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ในชื่อ Mae On VHV PM2.5 Model ซึ่งข้อจำกัดในการนำไปใช้ คือ เนื่องจากเป็นผลการศึกษาที่เกิดจากผลลัพธ์การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในพื้นที่เท่านั้น ยังไม่ได้ทดลองใช้รูปแบบฯ ดังนั้นจึงไม่สามารถในการสรุปประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน หากนำไปทดลองใช้และทำการขยายผลแล้ว อาจจะสามารถช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพจาก PM 2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพื้นที่ใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยทราย ตำบลแม่ทา อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้สุขภาพให้แก่ อสม. ในด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 ต่อร่างกายทุกมิติของประชาชนในพื้นที่

2. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 อย่างบูรณาการ โดยนำเอารูปแบบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ มาจำลองใช้ในระดับพื้นที่หรือระดับตำบล โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทในการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 ขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล PM 2.5 และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันผลกระทบจาก PM 2.5 ทักษะด้านดิจิทัลและอื่นๆ ทั้งในพื้นที่และพื้นที่อื่นๆ ได้

2. สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับอสม. และประชาชน ได้อย่างต่อเนื่อง

3. สามารถนำเอาผลการศึกษาไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อพัฒนาพัฒนาศักยภาพของอสม. และบุคลากรที่ดำเนินงานความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 ในพื้นที่ได้ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในพื้นที่อย่างยั่งยืน

4. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการสร้างสื่อสุขภาพด้านการป้องกันผลกระทบ PM 2.5 ทั้งในออฟไลน์และออนไลน์ที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย โดยให้

สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว และสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถ แรงจูงใจ ตลอดจนปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ ที่มีต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพและชุมชนรอบรู้สุขภาพ เพื่อยกระดับให้ชุมชนแออัดสุขภาพ ให้เกิดความยั่งยืนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ศึกษาแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของอสม. ต่อการปฏิบัติงาน โดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วิญญาดันอารีย์ และอาจารย์ ดร.ฉัตรศิริ วิภาวิน อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และดร.กานต์ ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้เกียรติและเสียสละเวลารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอแม่อน บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณ อสม.ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดี ตลอดจนครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอ
โครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย IRBCMRU
2025/360.26.07

เอกสารอ้างอิง

- Aoebsaphap, S. (2019). **The Process of Public Participation in Air Pollution Prevention and Solution in Bangkok.** *Journal of Public Administration and Social Management*, 1(1): 27-38.
- Boonlert, M., Mahaarcha, W. (2024). **Social determinants of health: A case study of the impact of particulate matter less than 2.5 microns on the health status of people in Bangkok.** *Suan Dusit Graduate School Academic Journal*, 20(3): 61-76.
- Chanabawornsakul, W. (2023). **Prioritizing factors affecting policy direction to reduce burning in agricultural areas to reduce PM2.5 dust particles using a hierarchical analysis process.** *Journal of Energy and Environment Technology of Graduate School Siam Technology College*, 10(2): 1-12.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Health Data Center.** [online]. Retrieved May 1, 2024 from <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- Department of Health Service Support. (2021). **Outstanding Achievements of the Department of Health Service Support, Fiscal Year 2021.** [online]. Retrieved May 1, 2024 from https://www.hss.moph.go.th/show_topic.php?id=4582
- Khamjai, N., Naksen, W., Wangrat, C. (2022). **Factors affecting the performance of village health volunteers in coping with smog pollution in Mae On District, Chiang Mai Province.** *Lanna Public Health Journal*, 18(2): 53-65.
- Likert, R. (1932). **A technique for the measurement of attitude.** *Archives of Psychology*, 140: 1-55.
- Ministry of Public Health. (2022). **HDC Ministry of Public Health.** [online]. Retrieved June 2, 2025 from <https://hdcservice.moph.go.th/>.
- Muenho, C., Kaewkerd, O., Amatayabandit, T., Ronyodprong, S. (2024). **Environmental health knowledge in preventing health effects from particulate matter less than 2.5 microns (PM2.5) among village health volunteers in Nakhon Phanom Province.**

- Journal of Environmental Education, Medicine and Health, 9(1): 596-604.
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Natural Resources and Environment, Inspector General's Office. (2023). **Structure of the Inspector General's Office**. Retrieved Aug 30, 2024 from <https://id.mnre.go.th/th/about/content/1418>.
- Pender, NJ. (2011). **Health promotion model manual**. [online]. Retrieved July 30, 2024 from <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
- Phanthu, S. (2022). **Health risk assessment from exposure to PM2.5 dust during the dry season from Map Ta Phut Municipality, Rayong Province**. Nakhon Sawan Rajabhat University Journal of Science and Technology, 14(19): 64–82.
- Pollution Control Department. (2019). **Action Plan to Drive the National Agenda for Solving Dust Pollution Problems**. [online]. Retrieved from <https://www.pcd.go.th/strategy/action-plan-to-drive-the-national-agenda-for-solving-dust-pollution-problems>.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ
โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

Effectiveness of a Health Literacy Promotion Program for Pregnant Women
Receiving a Service at Maeon Hospital, Chiang Mai Province

นวพร คาคะดาคำ (Navaphron Kadchadakum)*

Received: Sep 4, 2025 | Revised: Oct 1, 2025 | Accepted: Oct 6, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการภายในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาบริการที่คลินิกฝากครรภ์ครั้งแรกในโรงพยาบาลแม่ออนและโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 56 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 28 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 28 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับความรู้และฝึกทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง การประเมินและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ และการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยโปรแกรมสร้างความรอบรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.540, p < .01$; $t = -2.124, p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.528, p < .01$; $t = 9.936, p < .01$) ในขณะที่คะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่าง ดังนั้น พยาบาลควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามปกติเพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรอย่างปลอดภัยต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่ออน จ.เชียงใหม่ อีเมล: Devillya@hotmail.com

* Registered nurse, Maeon Hospital Email: Devillya@hotmail.com

Abstract

This two-group, pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program among pregnant women receiving hospital-based antenatal services. Fifty-six women attending their first antenatal clinic visit at Maeon and San Kamphaeng Hospitals, Chiang Mai province, were recruited using purposive sampling and assigned to either an experimental group ($n = 28$) or a comparison group ($n = 28$). The intervention comprised three structured sessions that trained participants to 1) access accurate health information, 2) appraise and monitor warning signs of fetal complications, and 3) make informed decisions for self- and fetal care; the comparison group received routine antenatal nursing care. Study instruments included the researcher-developed program grounded in Sorensen's health literacy framework, the Maternal Health Literacy Questionnaire, and the Maternal Health Behavior Questionnaire. Between-group differences were tested with independent samples t-tests, and within-group changes with paired samples t-tests. Results indicated that post-intervention, the experimental group demonstrated significantly higher health literacy and health behavior scores than the comparison group ($t = -3.540$, $p < .01$; $t = -2.124$, $p < .05$). Within the experimental group, both outcomes improved from baseline ($t = 4.528$, $p < .01$; $t = 9.936$, $p < .01$), whereas no significant changes were observed in the comparison group. Therefore, nurses should incorporate this program into routine antenatal nursing care to promote safe pregnancy and childbirth.

Keywords: *Health behavior, Health literacy, Pregnant women*

บทนำ

แม้ว่าในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ลงได้ แต่จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2025) ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า มีหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 260,000 คนทั่วโลกเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และมากกว่า 700 คนในทุก ๆ วันของหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่สามารถป้องกันได้ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ การตกเลือดรุนแรงโดยเฉพาะการตกเลือด

หลังคลอด และการติดเชื้อหลังคลอด ประเทศไทย แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนจะลดลงจาก 88 คนในปีพ.ศ. 2563 เป็น 34 คนในปีพ.ศ. 2566 (World Bank Group, 2025) และ 15.84 คนในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 แต่ยังคงพบสาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ 5 อันดับแรกเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ ได้แก่ การตกเลือด อันเนื่องมาจากภาวะรกเกาะติดที่มีสาเหตุจากการผ่าตัดคลอดซ้ำ ภาวะน้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โรคหัวใจและภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและลำไส้อย่างรุนแรง และการตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด (Maternal and

Infant Health Division, 2024) ดังนั้น หากหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ได้แก่ การคัดกรองภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ การได้รับวิตามินและวัคซีนที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนภาวะจิตสังคม รวมถึงการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการตรวจครรภ์ตามนัด ก็ย่อมส่งผลดีเชิงบวกต่อการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรตามมา (WHO, 2018)

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มิใช่เพียงแค่ความรู้ แต่หมายรวมถึงแรงจูงใจและความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง (access) การทำความเข้าใจ (understand) การประเมิน (appraise) และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ (apply health information) ในการตัดสินใจเพื่อที่จะดูแลตนเอง ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพในชีวิตประจำวันให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Sorensen, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ในระดับที่ดีที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามมา (Lori, 2024; Rafat, 2024; Yeethohun, 2024) ดังเห็นจากผลการวิจัยของรพีพร ขวัญพร้อม, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอารมณ (Khwanprom, 2021) ที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์จำนวน 85 คนพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงจะมีทักษะความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เช่นเดียวกับผลการศึกษา

ของแสงดาว แจ้งสว่าง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (Jangsavang, 2020) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .21, p < .05$) นอกจากนี้ จากผลรายงานการวิจัยของตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (Tachasuksri, 2017) ที่ศึกษาข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามาใช้บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจำนวน 250 คนพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง นอกจากจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงแล้ว ($\beta = .20, p < .01$) จะยังมีการจัดการตนเองขณะตั้งครรภ์ทั้งทางด้านการแพทย์ บทบาท และอารมณ์ในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงตามมาเช่นกัน ($\beta = .24, p < .001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น จากหลายการศึกษาชี้ชัดว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการใช้อุปกรณ์ในโทรศัพท์หรือเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาในคลินิกฝากครรภ์ มีความรู้ด้านสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร การรับประทานวิตามินเสริม การฉีดยา และ การมาฝากครรภ์ตามนัดหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Chandrakar, 2024) สำหรับประเทศไทย การวิจัยที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่

คลินิกฝากครรภ์ โดยออกแบบให้พยาบาลประจำคลินิกสามารถให้ความรู้แบบกลุ่มหรือให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ควบคู่กับการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3-4 ครั้ง ผลจากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Inyou, 2024; Jaturongkachock, 2023; Ketthong, 2024; Timsin 2025) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (Inyou, 2024; Jaturongkachock, 2023; Phalasi, 2025; Samlee, 2024) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเป็นการวิจัยที่ทดลองที่ประเมินผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่านั้น มีเพียงการศึกษาเดียวที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโดยเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ผ่านการบรรยายให้ความรู้ การสาธิต ฝึกทักษะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suvanich, 2021)

โรงพยาบาลแม่อนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางที่มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์มากกว่า 70 คนต่อปี ทำให้มีการพัฒนาบริการตรวจคัดกรองและให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตามโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 โดยเป้าประสงค์ของโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” คือให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์ และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เช่น การฉีดยาวัคซีน การรับประทานยาและอาหารเสริม การสังเกตการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์ ไม่ได้มีการฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงไม่มีแนวทางการประเมิน

ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้ง จากการสำรวจข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ามารับมารับบริการตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 40 คนพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” ต้องได้รับการผ่าตัดคลอดจำนวน 6 คน และคลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 คน และในจำนวนนี้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 2 คน และให้กำเนิดทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 2 คน ดังนั้น การนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาใช้ต่อยอดองค์ความรู้เดิมจากโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” โดยเน้นการให้ทั้งความรู้และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมอันจะทำให้เกิดการคลอดอย่างปลอดภัยตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างก่อนและหลังได้ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างก่อนและหลังได้ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen, 2012) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นเพียงเป็นการให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์เท่านั้น แต่มีการส่งเสริมความสามารถหรือทักษะที่จำเป็นทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงและแสวงหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ 2) การทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมาอย่างถูกต้อง 3) การประเมินแหล่งความรู้และข้อมูลที่ได้รับมาว่ามีความน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด รวมถึงข้อดีและข้อเสีย และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อดูแล ป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความเหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ ดังนั้นหากหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการดูแลทารกในครรภ์ได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งมีทักษะในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดีก็ย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมซึ่งอาจนำไปสู่การคลอดอย่างปลอดภัยตามมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการภายในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแม่อน และโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้

วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) มาฝากครรภ์นี้เป็นครั้งแรก 3) มีภาวะการตั้งครรภ์ปกติ 4) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนด้วยภาษาไทย และ 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) มีอาการทางจิตร่วมด้วย (psychosis) 2) มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการวิจัย เช่น คลอดก่อนกำหนด หรือได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่น และ 3) มีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลา

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.7 กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ในการทดสอบแบบสองหาง (two tail) กำหนดค่าอำนาจทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย จากนั้นเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย รวมจำนวนทั้งหมด 56 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen, 2012) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลักคือ 1) การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ 2) การให้ความรู้และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง การประเมินและเฝ้าระวังภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ และการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ และ 3) การสาธิตและฝึกปฏิบัติ

1.2 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นเล่มสมุดที่ให้กลุ่มตัวอย่างพกติดตัวทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด เพื่อบันทึกและติดตามประวัติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ การนัดวัคซีนหญิงตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์ การตรวจสุขภาพช่องปาก การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ความเสี่ยงของการมีบุตรที่เป็นโรคธาลัสซีเมียหรือกลุ่มอาการดาวน์ การนับลูกดิ้น และการประเมินสุขภาพจิตระหว่างและหลังคลอด รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว อายุครรภ์ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

2.2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สร้างโดยดวงหทัย เกตุทอง (Ketthong, n.d.) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ครอบคลุมความรู้ 5 ด้าน คือ 1) ทักษะการเข้าถึงจำนวน 5 ข้อ 2) ทักษะการเข้าใจจำนวน 5 ข้อ 3) ทักษะการโต้ตอบ-ซักถามจำนวน 5 ข้อ 4) ทักษะการตัดสินใจจำนวน 5 ข้อ และ 5) ทักษะการนำไปใช้จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจากไม่เคยเข้าถึงเลย (1 คะแนน) จนถึงระดับการเข้าถึงมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 15-125 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นหมายความว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient reliability) เท่ากับ 0.90

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ สร้างโดยพัชริดา ยี่โถขุน และคณะ (Yeethohun, 2024) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารจำนวน 20 ข้อ 2) การออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ 3) การจัดการความเครียดจำนวน 6 ข้อ 4) การสัมผัสกับควันบุหรี่จำนวน 5 ข้อ และ 5) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 5 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เริ่มจากไม่ปฏิบัติพฤติกรรม (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) เมื่อทำการปรับค่าคะแนนเชิงลบจะมีคะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 42-210 คะแนน โดยคะแนนมากขึ้นหมายความว่ามีความประพฤติสุขภาพดีขึ้น และก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการสอบซ้ำ (test-retest method) ในอีก 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เท่ากับ 0.93

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่อนและโรงพยาบาลสันกำแพงเพื่อขออนุญาตและขอเอกสารการวิจัยและขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. เข้าพบหัวหน้าแผนกคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลแม่อน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกคลินิกฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้น ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยลงลายมือชื่อในใบยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จากนั้น จึงเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ (ตารางที่ 1) ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันแรกที่มาฝากครรภ์) ใช้เวลา

2.30 ชั่วโมง

1) สร้างสัมพันธภาพ และให้หญิงตั้งครรภ์แต่ละคนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การตั้งครรภ์ และการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ผ่านมา

2) กระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและแหล่งบริการ รวมถึงแหล่งข้อมูลที่ให้ความรู้ที่ถูกต้อง

4) แจกการนัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

5) ตรวจร่างกายและตรวจฟัน รวมถึงการให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดเป็นรายบุคคล

ครั้งที่ 2 (2 สัปดาห์หลังฝากครรภ์) ใช้

เวลา 2 ชั่วโมง

1) ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่หนึ่ง จากนั้น ให้หญิงตั้งครรภ์ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ อาการที่พบในขณะตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ การฉีควัคซีน และการรับประทานอาหารเสริม

3) ให้ความรู้และฝึกทักษะในการทำ ความเข้าใจ การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ และประเมินข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจในการจัดการตนเองด้านสุขภาพ

4) ทบทวนการฝากครรภ์ตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนการนัดหมาย พร้อมติดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ครั้งที่ 3 (4 สัปดาห์หลังฝากครรภ์) ใช้

เวลา 2 ชั่วโมง

1) ทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่สอง จากนั้น ให้หญิงตั้งครรภ์ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตลูกดิ้น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการระวังการเกิดครรภ์เป็นพิษ

3) สาธิตและฝึกการนับลูกดิ้น พร้อมการบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและการนับลูกดิ้นในสมุดบันทึก

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้งสามครั้ง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม

กลุ่มเปรียบเทียบ

1. เข้าพบหัวหน้าแผนกคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสันกำแพง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่แผนกคลินิกฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้น ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมโดยลงลายมือชื่อในใบยินยอม ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างตอบก่อนเข้ารับความรู้ตามโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” (ตารางที่ 1) ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันแรกที่มาฝากครรภ์) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

- 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม
- 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์
- 3) ตรวจร่างกายและตรวจฟัน รวมถึงการให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดเป็นรายบุคคล
- 4) แจกการนัดหมายกลุ่มครั้งต่อไป พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

ครั้งที่ 2 (1 สัปดาห์หลังฝากครรภ์) ใช้

เวลา 2 ชั่วโมง

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ อาการที่พบในขณะตั้งครรภ์ บทบาทของพ่อแม่อารมณ์วิตกกังวลโรคขาดหยัก และการรับประทานอาหารเสริม

2) ทบทวนการฝากครรภ์ตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนการนัดหมาย

ครั้งที่ 3 (3 สัปดาห์หลังฝากครรภ์) ใช้

เวลา 2 ชั่วโมง

1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การสังเกตลูกดิ้น การสังเกตอาหารผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การตรวจเลือดเตรียมก่อนคลอด การเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดโลหิตจาง และครรภ์เป็นพิษ

2) สาธิตและฝึกการนับลูกดิ้น พร้อมการบันทึกผลการชั่งหนักในขณะตั้งครรภ์

ครั้งที่ 4 (5 สัปดาห์หลังฝากครรภ์) ใช้

เวลา 1 ชั่วโมง

เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด การเตรียมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเตรียมของใช้ การแบ่งคลอดที่ถูกต้อง และการเตรียมตัวคลอด

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้งสี่ครั้ง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายละเอียดการจัดกิจกรรมระหว่างโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่”

ครั้งที่	โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ		โปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่”	
	กิจกรรม	กลยุทธ์	กิจกรรม	กลยุทธ์
1	1 สร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยน	- แลกเปลี่ยน	1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่ม	- บรรยาย
	ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการ	ประสบการณ์	2 ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์	- ให้
	ค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ผ่านมา	ระหว่างกลุ่ม	ของการฝากครรภ์ การ	คำปรึกษา
	2 กระตุ้นให้กลุ่มแสดงความคิดเห็น	- บรรยาย	เปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะ	รายบุคคล
	เกี่ยวกับประโยชน์ของการฝากครรภ์	พร้อม	ตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตน	
	3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง	ยกตัวอย่าง	ขณะตั้งครรภ์	
	ของร่างกายขณะตั้งครรภ์ และการ	กรณีศึกษา	3 ตรวจร่างกายและตรวจฟัน	
	ปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ การเข้าถึง	- สาธิตและ	4 อธิบายรายละเอียดการใช้สมุด	
	ข้อมูลสุขภาพ และแหล่งข้อมูลที่ให้	ทดลอง	บันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	
	ความรู้ที่ถูกต้อง	ปฏิบัติ	5 ให้คำปรึกษาในการตรวจเลือด	
2	4 อธิบายรายละเอียดการใช้สมุด	- ให้	เป็นรายบุคคล	
	บันทึกสุขภาพแม่และเด็ก	คำปรึกษา		
	5 ตรวจร่างกายและตรวจฟัน	รายบุคคล		
	6 ให้คำปรึกษาในการตรวจเลือดเป็น			
	รายบุคคล			
	1 ทบทวนความรู้เดิม	- แลกเปลี่ยน	1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ	- บรรยาย
	2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล	ประสบการณ์	ตนเองขณะตั้งครรภ์ อาการที่พบ	พร้อมเปิด
	ตนเองขณะตั้งครรภ์ รวมถึงปัญหา	ระหว่างกลุ่ม	ในขณะตั้งครรภ์ บทบาทของ	โอกาสให้
	และอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและ	- บรรยาย	พ่อแม่ การฉีดวัคซีนโรค	ชักถาม
	การใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ	พร้อม	บาดเจ็บ และการรับประทาน	
3	3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจริญเติบโต	ยกตัวอย่าง	อาหารเสริม	
	ของทารกในครรภ์ อาการที่พบ	กรณีศึกษา	2 ทบทวนการฝากครรภ์ตามนัด	
	ในขณะตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังอาการ	- สาธิตและ	และอาการผิดปกติที่ต้องมา	
	ผิดปกติ การฉีดวัคซีน และการ	ทดลอง	ก่อนการนัดหมาย	
	รับประทานอาหารเสริม	ปฏิบัติ	3 ติดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่	
	4 ให้ความรู้และฝึกทักษะความรอบรู้		และเด็ก	
	ด้านสุขภาพ			

ครั้งที่	โปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ		โปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่”	
	กิจกรรม	กลยุทธ์	กิจกรรม	กลยุทธ์
	5 ทบทวนการฝากครรภ์ตามนัดและ อาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนการนัด หมาย			
	6 ติดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และ เด็ก			
3	1 ทบทวนความรู้เดิม 2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ตนเองขณะตั้งครรภ์ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตลูกดิ้น การเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการ ระวังการเกิดครรภ์เป็นพิษ 4 สาธิตและฝึกการนับลูกดิ้น พร้อม การบันทึกผลการชั่งน้ำหนักและการนับ ลูกดิ้นในสมุดบันทึก	- แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ระหว่างกลุ่ม - บรรยาย - สาธิตและ ทดลอง ปฏิบัติ	1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการ เจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การสังเกตลูกดิ้น การสังเกต อาหารผิดปกติขณะตั้งครรภ์ การตรวจเลือดเตรียมก่อน คลอด การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะ การเกิดโลหิต จาง และครรภ์เป็นพิษ 2 สาธิตและฝึกการนับลูกดิ้น พร้อมการบันทึกผลการชั่งน้ำหนัก ในขณะตั้งครรภ์	- บรรยาย พร้อมเปิด โอกาสให้ ซักถาม - สาธิตและ ทดลอง ปฏิบัติ
4	ไม่มีกิจกรรม		1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียม เต้านม การเตรียมเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ การเตรียมของใช้ การ แบ่งคลอดที่ถูกต้อง และการ เตรียมตัวคลอด 2 ติดตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่ และเด็ก	- บรรยาย พร้อมเปิด โอกาสให้ ซักถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 29.0.1) โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(standard deviation [SD]) สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ ผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples t-test) และสถิติ

ทดสอบทีที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) ตามลำดับ เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-35 ปี (82.1% vs 75.0%) จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา (75.0% vs 67.9%) อยู่ร่วมกันกับคู่สมรส (89.3% vs 100.0%) และไม่มีโรคประจำตัว (92.9% vs 100.0%) ทั้งนี้ เกือบครึ่งของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 5,001-10,000 บาท ในขณะที่กลุ่ม

เปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท สำหรับข้อมูลด้านการตั้งครรภ์พบว่า จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน คือเท่ากับ 2.14 ± 1.01 ครั้ง (Min-Max = 1-5 ครั้ง) และ 2.39 ± 1.34 ครั้ง (Min-Max = 1-6 ครั้ง) ตามลำดับ ในขณะที่อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งนี้ของกลุ่มทดลองเฉลี่ยอยู่ที่ 11.86 ± 1.24 สัปดาห์ โดยมากกว่าครึ่งมาฝากครรภ์ในช่วง 12-17 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 15.93 ± 7.03 สัปดาห์ โดยเกือบครึ่งมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 17 สัปดาห์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	3	10.7	4	14.3
21-35 ปี	23	82.1	21	75.0
มากกว่า 35 ปี	2	7.1	3	10.7
อาชีพ				
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	6	21.4	5	17.9
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6	1	3.6
รับจ้าง	8	28.6	10	35.7
ค้าขาย	7	25.0	9	32.1
พนักงานบริษัท	6	21.4	3	10.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1	3.6	4	14.3
มัธยมศึกษา	21	75.0	19	67.9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	6	21.4	2	7.1
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-	-	3	10.7

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	25	89.3	28	100.0
อยู่ด้วยกัน	3	10.7	-	-
แยกกันอยู่				
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	5	17.9	7	25.0
ต่ำกว่า 5,000 บาท	13	46.4	6	21.4
5,001-10,000 บาท	10	35.7	12	42.9
10,001-20,000 บาท	-	-	3	10.7
มากกว่า 20,001 บาท				
โรคประจำตัว	26	92.9	28	100.0
ไม่มี	2	7.1	-	-
มี				
จำนวนการตั้งครรภ์	Mean = 2.14, SD = 1.01		Mean = 2.39, SD = 1.34	
ครั้งแรก	8	28.6	9	32.1
ครั้งที่สอง	11	39.3	7	25.0
มากกว่า 3 ครั้ง	9	32.1	12	42.9
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งนี้	Mean = 11.86, SD = 1.24		Mean = 15.93, SD = 7.03	
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	11	39.3	10	35.7
12-17 สัปดาห์	17	60.7	5	17.9
มากกว่า 17 สัปดาห์	-	-	13	46.4

Note. SD = Standard deviation

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในระยะก่อนทดลอง คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง (96.07 ± 14.73) ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ (92.46 ± 13.79) แต่ภายหลังการให้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 104.04 ± 9.16 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

(93.21 ± 13.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.528, p < .01$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ($t = 1.184, p = .247$) สำหรับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ในระยะก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ

(153.93 ± 15.02) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (166.04 ± 16.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.864, p < .01$) แต่ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 174.11 ± 9.17 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (166.68 ± 16.07)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.936, p < .01$) ในขณะที่คะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่าง ($t = 0.936, p = .357$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)		t ¹
		Mean	SD	Mean	SD	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง	96.07	14.73	92.46	13.79	-0.946
	หลังทดลอง	104.04	9.16	93.21	13.33	-3.540**
	t ²	4.528**		1.184		
พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง	153.93	15.02	166.04	16.57	2.864**
	หลังทดลอง	174.11	9.17	166.68	16.07	-2.124*
	t ²	9.936**		0.936		

Note. SD = Standard deviation; t¹ = independent t-test; t² = paired t-test; *p < .05; ** p < .01

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sorensen, 2012) ที่มุ่งเน้นการเพิ่มทักษะหญิงตั้งครรภ์ในการแสวงหาและเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา การประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ผ่านกระบวนการเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มนั้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับโปรแกรม “โรงเรียนพ่อแม่” เพียง

อย่างเดียว สอดคล้องกับผลการศึกษาของนางเยาว์ สุวานิช และคณะ (Suvanich, 2021) ที่นำกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปราชญ์มาใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ พร้อมฝึกทักษะด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการปัญหา และการตัดสินใจเลือกการสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่มและส่วนบุคคล ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อ และสามารถตัดสินใจเลือกการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.378, p < .01$; $t = 3.360, p < .01$; $t = 2.942, p < .01$; $t = 2.862, p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษา

ด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Ningrum (2024) ที่ชี้ให้เห็นว่าการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน การเล่าเรื่อง การสาธิต และการสอนย้อนกลับ (teach-back) มีผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นทั้งในด้านของความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ การตระหนักรู้ถึงภาวะเสี่ยง และการจัดการป้องกันปัญหาก่อนคลอดและเตรียมตัวคลอดได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สำหรับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า แม้ว่าการทดลอง หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปรียบเทียบจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังที่ให้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ กลุ่มทดลองกลับมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าการฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบกลุ่ม การสาธิต และการลงมือปฏิบัติ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น นอกจากนี้ การใช้กลยุทธ์ที่ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแสดงความรู้สึกรับรู้ต่อการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ วิธีการ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล พร้อมกับการติดตามความก้าวหน้าจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กยังเป็นตัวช่วยเสริมแรงเชิงบวกที่คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โปรแกรมไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่ยกระดับการ

ตัดสินใจเชิงข้อมูลที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล นำไปสู่การปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rafat (2024) ที่แสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในด้านการเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของนางเยาว์ สุวานิช และคณะ (Suvanich, 2021) ที่พบว่า ภายหลังจากการให้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.911$, $p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนของกลุ่มควบคุมลดลงจากเดิมเล็กน้อย

โดยสรุป โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีผลต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้การพยาบาลระหว่างการดูแลการฝากครรภ์ตามปกติได้ อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นคนในชุมชนซึ่งไม่อาจเป็นตัวแทนของหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยในบริบทของกิ่งเมืองกิ่งชนบทหรือกลุ่มเมืองได้ทั้งหมด 2) การใช้แบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง (self-report) อาจเกิดความอคติจากการต้องการให้สังคมยอมรับ ซึ่งอาจส่งผลต่อการประเมินผลพฤติกรรมในทางที่บุคลากรทางการแพทย์

คาดหวังมากกว่าความเป็นจริง และ 3) การประเมินผลด้านพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นภายหลังจากการให้โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ในทันที ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างและมีการประเมินผลทั้งก่อนและหลังคลอดเพื่อวัดประสิทธิผลของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา ชัยวุฒิ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการรับเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจทานแก้ไขทุกกระบวนการของการดำเนินโครงการวิจัยด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ จากใจจริง ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสันกำแพงและโรงพยาบาลแม่อนททุกท่านที่ได้กรุณาและช่วยเหลือผู้วิจัยในการรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขออุทิศความดีที่มีในการศึกษานี้แด่บิดา มารดา และครอบครัว รวมถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่สนับสนุนในทุกด้านและให้กำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่ SPT REC 020/2568
เอกสารอ้างอิง

Chandrakar, A., Ramasamy, S., Galhotra, A., Shenoy, M. S. (2025). **Maternal health literacy (MHL) for improved maternal and child outcomes: A scoping review.** Indian Journal of Community Medicine, 50(5): 733-738.

Inyou, D. (2024). Results of using a program for promoting health literacy in self-care in teenage pregnant women, obstetrics, and gynecology outpatient department, Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. Journal of Public Health Tak Provincial Health Office, 4(1).

Jangsavang, S., Siriarunrat, S., Tachasuksri, T.(2020). **Factors predicting blood glucose control behavior among pregnant women with gestational diabetes mellitus.** The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28(3): 79-89.

Jaturongkachock, K., Intarasan, T., Plodpluang, U. (2023). **The development of health literacy model for pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus in Banpang Hospital.** Region 4-5 Medical Journal, 42(3): 431-444.

Karamolahi, PF., Khalesi, ZB., Niknami, M. (2021). **Efficacy of mobile app-based training on health literacy among pregnant women: A randomized controlled trial study.** European Journal of Obstetrics & Gynecology

- and Reproductive Biology, 12: 100133.
- Ketthong, D. (n.d.). **Using a health literacy promotion program for pregnant women receiving a service at the Development Clinic, Models, and Innovations for Women's Health Service, Urban Institute for Healthy Living.** [Online]. Retrieved February 3, 2025 from <https://mwi.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=206849&id=80052&reload=>
- Khwanprom, R., Chareonsanti, J., Sriarporn, P. (2021). **Health literacy and exercise behaviors among pregnant women.** Nursing Journal, 48(1): 210-221.
- Lori, J., Kukula, V., Liu, L., Apetorgbor VEA., Ghosh, B., Awini, E., et al. (2024). **Improving health literacy through group antenatal care: Results from a cluster randomized controlled trial in Ghana.** BMC Pregnancy and Childbirth, 24: 37.
- Maternal and Infant Health Division, Department of Health. (2024). **Situation analysis and performance results of the "Thai maternal mortality ratio per 100,000 live births" indicator, October 2023 - March 2024.** [Online]. Retrieved August 21, 2025 from https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinydice/OPDC/OPDC2567S/02MIHD/IDC35/OPDC2567_IDC3-5_01.pdf
- Ningrum, EW., Lusmilasari, L., Huriyati, E., Marthias, T., Hasanbasri, M. (2024). **Improving maternal health literacy among low-income pregnant women: A systematic review.** Narra J, 4(2): e886.
- Phalasri, A., Promkunya, A. (2025). **The effects of a health literacy enhancement program on self-care knowledge, perceived self-efficacy, and self-care behaviors among adolescent pregnant women at Nong Bua Daeng Hospital, Chaiphum Province.** Journal of Nursing and Education, 18(3): e274579.
- Rafat, N., Bakouei, F., Adib-Rad, H., Nikbakht, H. A., Bakouei, S. (2025). **Predicting the health-promoting lifestyle profile of pregnant women based on their health literacy levels: A cross-sectional study.** Nursing Open, 12(1): e70136.
- Samlee, S., Hirunwatthanakul, P., Promasatayaprot, P. (2024). **Results of the health literacy program for pregnant women in Borabue Hospital, Borabue district, Mahasarakham province.** Lampang Medical Journal, 45(1): 9-17.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). **Health literacy and public**

- health: A systematic review and integration of definitions and models.** BMC Public Health, 12: 80.
- Suvanich, N., Panyasaisophon, T., Petmanee, S. (2021). **The effectiveness health literacy program for pregnant women.** Journal of Nursing and Health Care, 39(4): 45-54.
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., Kwannate, C. (2017). **Causal model for quality of life among pregnant women.** The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4(1): 28-46.
- Timsin, N., Wangpitipanit, S. (2025). **The effects of a health literacy promotion program for prevention of preterm birth among pregnant women who received antenatal care services in the hospital-based.** Women and Children Nursing, 3: 20-26.
- World Bank Group. (2025). **Thailand.** [Online]. Retrieved August 21, 2025 from <https://genderdata.worldbank.org/en/economies/Thailand>
- World Health Organization. (2018). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: Summary.** [Online]. Retrieved August 21, 2025 from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf>
- World Health Organization. (2025). **Maternal mortality.** [Online]. Retrieved August 21, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Yeethohun, P., Sansiriphun, N., Deeluea, J. (2024). **Maternal health literacy and health behaviors during pregnancy of first-time pregnant women.** Nursing Journal CMU, 51(1): 223-236.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด และครอบครัว โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
The Effect of the First Stage Maternity Care Program with Family Participation
on the Birth Experience of Primiparous Parturient and Family at Sanpatong
Hospital, Chiang Mai Province

กรรณิการ์ ปันใจ*, รัตนภรณ์ ธนศิริจิรานนท์**

Kannika Panchai*, Rattanaporn Tanasirijiranont**

Received: Nov 28, 2025 | Revised: Dec 1, 2025 | Accepted: Dec 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรู้ ความกลัวและความวิตกกังวล ความร่วมมือ และประสบการณ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 คน เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ แบบวัดความกลัวและความวิตกกังวล แบบประเมินความร่วมมือ และแบบประเมินประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired samples t-test และ independent samples t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (15.62 ± 1.44 เทียบกับ 12.38 ± 1.58 ; $p < .001$) ความกลัวและความวิตกกังวลลดลงมากกว่า ($p < .001$) ความร่วมมือสูงกว่า (12.56 ± 1.28) เทียบกับ 10.21 ± 1.34 ; $p < .001$) และมีประสบการณ์การคลอดเชิงบวกมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้คลอดครรภ์แรก, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, โปรแกรมการดูแลระยะคลอด, ความกลัวและความวิตกกังวล, ความร่วมมือในการคลอด

Abstract

This quasi-experimental two-group pretest-posttest study aimed to examine the effects of the First-Stage Labor Care Program with Family Participation on knowledge, fear and anxiety, cooperation, and birth experience among primiparous women. The sample consisted of 68 participants, divided equally into control and experimental groups (34 each). Research instruments included a knowledge questionnaire, a fear and anxiety scale, a cooperation assessment, and a birth experience evaluation. Data were analyzed using paired samples t-test and independent samples t-test. The results showed that the experimental group had significantly higher knowledge scores (15.62 ± 1.44 vs. 12.38 ± 1.58 ;

$p < .001$), greater reductions in fear and anxiety ($p < .001$), higher cooperation scores (12.56 ± 1.28 vs. 10.21 ± 1.34 ; $p < .001$), and more positive birth experiences compared with the control group ($p < .05$).

Keywords: Primiparous women, Family participation, Labor care program, Fear and anxiety, Cooperation during labor

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่ อีเมล: kannikapanchai55@gmail.com

* Registered nurse, Sanpatong Hospital Email: kannikapanchai55@gmail.com

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ อีเมล: rattanaporn_t@payap.ac.th

** Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University Email: rattanaporn_t@payap.ac.th

บทนำ

การคลอดเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่สำคัญของสตรี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ความเจ็บปวดในระยะคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูก การขยายปากมดลูก และแรงกดของศีรษะทารก โดยมีกล้ามเนื้อปากมดลูกเปิดมากกว่า 8 เซนติเมตร (Hodnett, 2013) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความกลัวและความวิตกกังวล สามารถเพิ่มการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การหดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพและการคลอดล่าช้า (Oosthuizen, 2018) แม้วิธีระงับปวดช่วยบรรเทาอาการได้ แต่อาจมีผลข้างเคียงต่อมารดาและทารก (NICE, 2023) ในทางตรงกันข้าม หลักฐานสากลสนับสนุนว่าการมีผู้ช่วยเหลือในระยะคลอดช่วยลดการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เพิ่มความพึงพอใจ และส่งเสริมประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้น (Bohren, 2023; WHO, 2018)

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้คลอดครั้งแรกจำนวนมากยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดและมีความวิตกกังวลสูง แม้ได้รับคำแนะนำในระยะฝากครรภ์แล้วก็ตาม ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการคลอดและภาระงานของพยาบาล จาก

ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 ผู้คลอดทั้งหมดมีจำนวน 2,044 ราย โดยเป็นผู้คลอดครั้งแรก 901 ราย และครรภ์หลัง 1,143 ราย กลุ่มผู้คลอดครั้งแรกมีอัตราการใช้สูติศาสตร์หัตถการถึง 38.85% เมื่อเทียบกับ 16.36% ในกลุ่มครรภ์หลัง สะท้อนปัญหาความพร้อม ความกลัว และการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้คลอดครั้งแรกอย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่ช่วยเสริมความรู้ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในระยะที่ 1 ของการคลอด

โปรแกรมการดูแลในงานวิจัยนี้พัฒนามาบนกรอบแนวคิด Family-Centered Care Model (FCC) ซึ่งเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมสนับสนุนผู้คลอดในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม พร้อมประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของ Adams และ Bianchi (2008) ใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการเป็นตัวแทนสื่อสาร รวมทั้งอ้างอิง Kolcaba's Comfort Theory (2003) เพื่อมุ่งส่งเสริมความสุขสบายของผู้คลอดในมิติต่าง ๆ ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับประสบการณ์คลอดและผลลัพธ์ทางคลินิก แม้งานวิจัยเกี่ยวกับ continuous labor support จะมีมากในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาล

ชุมชน ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร นโยบายการให้ญาติอยู่กับผู้คลอด และขาดงานวิจัยที่บูรณาการ FCC ร่วมกับ Adams & Bianchi และ Comfort Theory อย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งถือเป็นช่องว่างเชิงองค์ความรู้ที่งานวิจัยนี้มุ่งเติมเต็ม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว” โดยอาศัยหลักฐานเชิงทฤษฎีและงานวิจัยสากล (Langer, 2016; WHO, 2018; Diniz, 2021) เพื่อเสริมสร้างความรู้ ลดความกลัว เพิ่มความร่วมมือ และยกระดับประสบการณ์การคลอด รวมทั้งเพื่อเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้และขยายผลในโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้ต่อไป

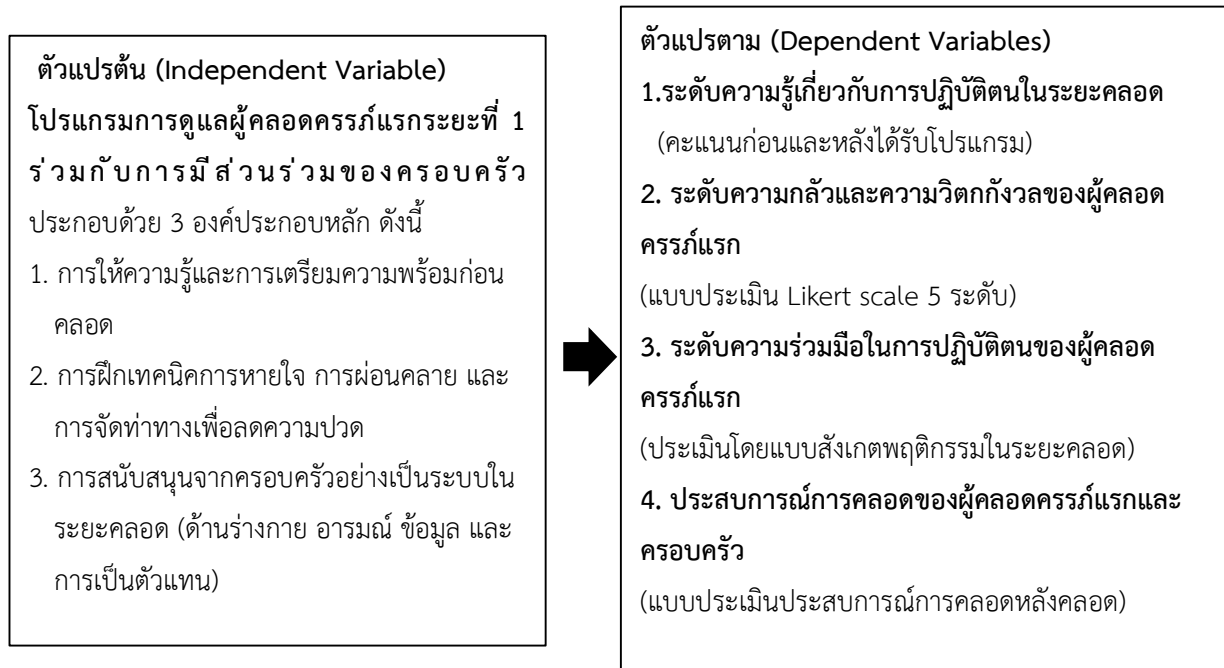
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดระหว่างกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกร่วมกับครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกและครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด Family-Centered Care Model (FCC) เป็นกรอบหลัก โดยมุ่งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบในกระบวนการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่ 1 ของการคลอด เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ความมั่นใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้คลอด ในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาล ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนการคลอดอย่างต่อเนื่องของ Adams และ Bianchi (2008) มาใช้เป็นกรอบในการจัดกิจกรรมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเป็นตัวแทน โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในแต่ละมิติอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังประยุกต์ใช้ Kolcaba's Comfort Theory (2003) เพื่อเป็นกรอบในการกำหนดผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยมุ่งส่งเสริมความสุขสบายของผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านกิจกรรมการผ่อนคลาย การฝึกการหายใจ การให้กำลังใจ และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว

โดยสรุป ในการวิจัยครั้งนี้ กรอบแนวคิดดังกล่าวถูกเชื่อมโยงกับตัวแปรผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด ระดับความกลัวและความวิตกกังวล ความร่วมมือในการปฏิบัติตน และประสบการณ์การคลอดของทั้งผู้คลอดและครอบครัว โดยคาดว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวบนพื้นฐานของแนวคิด FCC และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ Adams และ Bianchi จะช่วยเพิ่มความสุขสบาย (comfort) ตามแนวคิดของ Kolcaba ทำให้ผู้คลอดมีความรู้ ความมั่นใจ และการปรับตัวทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตนและประสบการณ์การคลอดที่ดีขึ้นตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบ two-group pretest-posttest design เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความร่วมมือ ความกลัว-ความวิตกกังวล และประสิทธิภาพการคลอดของผู้คลอดและครอบครัว ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population)

สตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และเข้ารับการคลอดที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแล ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่เข้าเกณฑ์ โดยแบ่งเป็น

1. กลุ่มควบคุม (Control Group) ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของโรงพยาบาล
2. กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ได้รับการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้กำหนดโดยอ้างอิงผลลัพธ์จากงานวิจัยของ Jaroensook (2018) ซึ่งรายงานความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพการคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้หญิงกับกลุ่มควบคุม (4.30 ± 0.36 และ 3.99 ± 0.41 ตามลำดับ) เมื่อคำนวณขนาดอิทธิพลแบบ Cohen's d

พบว่ามีความใกล้เคียง 0.80 ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ค่า effect size $d = 0.80$ สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (version 3.1.9.4) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 และการทดสอบแบบสองทาง (two-tailed) ผลการคำนวณระบุว่าควรมีกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 26 คนต่อกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำของประมาณค่าและรองรับการสูญเสียข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการติดตามตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ไตรมาสที่ 3 จนถึงระยะคลอด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน โดยกำหนดให้ผู้คลอดครรภ์แรกและญาติผู้ดูแลหลักถูกจับคู่กันเป็นรายบุคคลเพื่อสะท้อนบทบาทและความสัมพันธ์ของ ครอบครัวในการดูแลและสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 1

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก
2. มีอายุครรภ์อยู่ในช่วงท้ายของไตรมาสที่ 3 (36-40 สัปดาห์) และ มารับบริการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
3. เป็นการตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ระหว่างตั้งครรภ์
4. ทารกในครรภ์อยู่ในท่าศีรษะ (Cephalic presentation) มีชีวิตและได้รับการคลอดทางช่องคลอด
5. มีสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน ที่สามารถเข้าร่วมการดูแลแบบมีส่วนร่วมในระยะคลอดได้อย่างต่อเนื่องตลอดระยะที่ 1
6. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือความบกพร่องด้านการสื่อสาร
7. แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้คลอดที่อยู่ในภาวะคับขัน หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อมารดาหรือทารกในระยะคลอด
2. ทารกในครรภ์มีภาวะคับขันหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง
3. สมาชิกในครอบครัว ไม่สามารถอยู่ร่วมในการดูแลตลอดช่วงการคลอดระยะที่ 1
4. ผู้คลอดหรือสมาชิกในครอบครัว ถอนความยินยอม ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โปรแกรมนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิง Family-Centered Care Model (FCC) และ Kolcaba's Comfort มุ่งส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมและเพิ่มความร่วมมือในระยะคลอด โดยโปรแกรมประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

1.1.1 การให้ความรู้ โดยอธิบายการดำเนินของการคลอด และแนวทางปฏิบัติตนเพื่อให้ความร่วมมือในระยะคลอด

1.1.2 การฝึกทักษะ การหายใจ การผ่อนคลาย การจัดทำทางเพื่อลดความเจ็บปวดและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

1.1.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการให้กำลังใจ สนับสนุนทางอารมณ์ และสื่อสารร่วมกับทีมพยาบาล

โปรแกรมดำเนินการ 2 ช่วงเวลา คือ

ช่วงที่ 1 เป็นชั้นเรียนกลุ่มในไตรมาสที่ 3 ที่คลินิกฝากครรภ์ (ANC) ดำเนินการก่อนคลอด โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการหายใจ การผ่อนคลาย และการจัดทำทาง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ผู้เข้าร่วม

ได้แก่ ผู้คลอดครั้งแรกและญาติผู้ดูแลหลัก

ช่วงที่ 2 เป็นการโค้ชพนักงานในห้องคลอดโดยพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ มุ่งทบทวนทักษะที่ผู้คลอดได้ฝึกในระยะ ANC พร้อมทั้งให้การสนับสนุนแก่สมาชิกครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแล ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาที เพื่อช่วยให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่เรียนมาได้จริงในสถานการณ์จริง

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอดครั้งแรก (Personal Data Record Form)

ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้คลอดครั้งแรก ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพทางครอบครัว รายได้ อายุครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ รวมถึงข้อมูลของสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างการคลอด โดยแบบฟอร์มถูกใช้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อใช้เปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการวิจัย (Research Evaluation Instruments)

เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 4 ข้อ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดของผู้คลอดครั้งแรกระยะที่ 1 เป็นแบบเลือกตอบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจระยะคลอด การหายใจ-ผ่อนคลาย-ท่าทาง สัญญาณอันตรายแม่และทารก และบทบาทครอบครัว ให้ 1 คะแนนต่อคำตอบที่ถูกต้อง โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับความรู้ที่ดี

2.2 แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอดครั้งแรกระยะที่ 1 เป็นแบบประเมินโดยพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติตามคำแนะนำ การควบคุมการหายใจ/ผ่อนคลาย ความ

ร่วมมือด้านท่าทาง การตรวจประเมิน และการสื่อสาร-มีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้คะแนน 0–1 คะแนนเต็ม 15 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงความร่วมมือดี

2.3 แบบประเมินประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก ใช้มาตรประเมิน 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ ความรู้สึกควบคุมและการมีส่วนร่วม การรับรู้การสนับสนุน ความพึงพอใจต่อการสื่อสาร/การดูแล และภาพรวมประสบการณ์ คะแนนรวม 16–80 คะแนน คะแนนสูงบ่งชี้ประสบการณ์การคลอดที่ดี

2.4 แบบประเมินประสบการณ์การคลอดของครอบครัว (ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้คลอด) ใช้มาตรประเมิน 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมด้านความรู้และความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในการดูแล ประสบการณ์และความพึงพอใจ และผลลัพธ์ด้านจิตใจ-ความสัมพันธ์ในครอบครัว คะแนนรวม 15–75 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนประสบการณ์ที่ดีของครอบครัว การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability Testing)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครั้งแรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด แบบสอบถามความกลัวและความวิตกกังวล แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตนระยะคลอด แบบประเมินประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด และแบบประเมินประสบการณ์การคลอดของครอบครัว

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (สูติแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้คลอดในห้องคลอด 1 ท่าน) พิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยได้ค่าดัชนีความตรงตาม

เนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94, 0.97, 0.93, 0.97, 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือประเมินผลไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้คลอดครั้งแรกที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ผลการวิเคราะห์พบว่า เครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยมีค่า Cronbach's alpha และ KR-20 เท่ากับ 0.845, 0.816, 0.972, 0.995 และ 0.994 ตามลำดับ แสดงว่า เครื่องมือมีความสอดคล้องภายในดี เหมาะสมสำหรับใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้คลอดครั้งแรกที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 34 คน โดยจัดเก็บข้อมูลตามลำดับเวลาเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน จากนั้น จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครั้งแรก ระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามขั้นตอนที่กำหนด

เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมมีความสม่ำเสมอ (Intervention Fidelity) ผู้วิจัยได้จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานและแบบตรวจสอบกิจกรรมสำหรับพยาบาลที่ให้การดูแล และมีการอบรมก่อนเริ่มโครงการ รวมทั้งติดตามความถูกต้องของการปฏิบัติผ่านการทวนสอบเอกสารและการสังเกตแบบสุ่มเป็นระยะ อีกทั้งเพื่อการลดอคติในการวิจัย (Bias Minimization) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลของทั้งสองกลุ่มถูกกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และผู้วิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้รับทราบรหัสการจัดกลุ่มของผู้เข้าร่วม เพื่อลดผลกระทบจากอคติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิเคราะห์

ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้คลอดครั้งแรก ระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควบคู่กับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของผู้คลอดและครอบครัว ในช่วงไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 36–40 สัปดาห์)

ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้คลอดและผู้แทนครอบครัว ที่คลินิกฝากครรภ์ (ANC) ด้วยสื่อ PowerPoint แผ่นพับ การ์ดเตือนสี และการสาธิตท่าทาง โดยเน้นความเข้าใจเกี่ยวกับระยะคลอด สัญญาณปกติและผิดปกติ เทคนิคการลดความเจ็บปวด เช่น การหายใจ การผ่อนคลาย การเคลื่อนไหว และการนวด รวมทั้งบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่างกาย และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ พร้อมให้ผู้เข้าร่วมฝึกปฏิบัติจริง และซักซ้อมแผนวันคลอด ใช้เวลาประมาณ 60–90 นาที หลังจบการเรียนรู้มีการประเมินความรู้และความกลัว-วิตกกังวลก่อนและหลังให้ความรู้

2. การเสริมความรู้และการโค้ชชิ่งงานเมื่อมารับบริการในห้องคลอด

เมื่อผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์จริงและปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ผู้วิจัยทบทวนความรู้เกี่ยวกับระยะคลอดและสัญญาณเตือน พร้อมตรวจสอบการนำการ์ดเตือนสีและ Checklist ที่ให้ไว้ในช่วง ANC มาใช้ จากนั้นพยาบาลห้องคลอดให้การโค้ชชิ่งทักษะงาน เช่น การหายใจตามจังหวะการหดตัว การจัดท่าทางการอุ้งเชิงกราน การนวดหลัง และการใช้เทคนิคผ่อนคลาย พร้อมให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของแม่และทารก โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในการเป็น “ผู้ช่วยคลอดเชิงสนับสนุน” และเป็นผู้แจ้งพยาบาลทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น ทารกคั่งน้ำคร่ำ มดลูกเกร็งค้าง

น้ำคร่ำผิดปกติ หรือมีเลือดออกมาก หลังการไค้ขมิมีการประเมินระดับความกลัว-วิตกกังวล

3. การสนับสนุนระหว่างระยะคลอดที่ 1 และการบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือ

ในระยะที่ 1 ของการคลอด ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับ ได้แก่ การให้กำลังใจ การจับมือ การไค้ขมิการหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวดหลัง การจัดท่าทาง และการช่วยสังเกตสัญญาณผิดปกติ โดยพยาบาลบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือจาก Checklist ทุก 2-4 ชั่วโมง จนถึงสิ้นสุดระยะที่ 1 นอกจากนี้ผู้คลอดยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เช่น การตรวจสัญญาณชีพ การประเมินการหดตัวมดลูก และการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ตามรอบที่กำหนด ภายหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง ผู้คลอดและครอบครัวทำแบบประเมินประสบการณ์การคลอดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์แรกและผู้ช่วยเหลือด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ Independent samples t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ

สำหรับตัวแปรผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอด ระดับความกลัวและความวิตกกังวล ระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตน และคะแนนประสบการณ์การคลอด วิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired samples t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent samples t-test พร้อมรายงานค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์แรก

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างหญิงคลอดครรภ์แรก ระยะที่ 1 จำนวน 68 คน มีอายุเฉลี่ย 22.69 ± 4.50 ปี และมีอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด 38.71 ± 1.05 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันในด้านอายุ อายุครรภ์ ระยะเวลาการคลอด และน้ำหนักร่างกายแรกเกิด ($p > .05$ ทุกตัวแปร) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานทางคลินิกใกล้เคียงกัน และพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .011$) และมีสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้มากกว่า ($p = .025$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองมีสัดส่วนการอยู่ในครอบครัวขยายสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .32$) แต่ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว และความร่วมมือระหว่างคลอดได้ จึงควรพิจารณาเป็นบริบทพื้นฐานในการตีความผลลัพธ์ของโปรแกรม

โดยสรุป ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความใกล้เคียงกัน ยกเว้นระดับการศึกษาและอาชีพที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจมีผลต่อความรู้และความร่วมมือ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลพื้นฐานโดยรวมยังอยู่ในระดับสมดุลง่ายพอสำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมในตัวแปรหลักต่อไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยเหลือและผู้คลอดในระยะที่ 1

จากตารางที่ 2 ผู้ช่วยเหลือและผู้คลอดจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 34 คน มีอายุเฉลี่ย 28.07 ± 9.07 ปี โดยไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p = .821$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี (55.88%) เป็นสัญชาติไทย (63.24%) และมีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มากกว่าครึ่งไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้ (55.88%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์แรกคลอดระยะที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=68)	กลุ่มควบคุม (n=34)	กลุ่มทดลอง (n=34)	p-value
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	22.69 $\pm$ 4.50	22.74 $\pm$ 4.13	22.65 $\pm$ 4.90	0.936
กลุ่มอายุ(ปี)				0.327 ^a
<20	21 (30.88)	8 (23.53)	13 (38.24)	
20-29	40 (58.82)	23 (67.65)	17 (50.00)	
$\geq$ 30 ปี	7 (10.29)	3 (8.82)	4 (11.76)	
สัญชาติ				0.128 ^a
ไทย	44 (64.71)	25 (73.53)	19 (55.88)	
ต่างชาติ (Foreigner)	24 (35.29)	9 (26.47)	15 (44.12)	
ระดับการศึกษา				0.011 ^a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18 (26.47)	4 (11.76)	14 (41.18)	
ประถมศึกษา	7 (10.29)	6 (17.65)	1 (2.94)	
มัธยมศึกษา	35 (51.47)	18 (52.94)	17 (50.00)	
ปริญญาตรี	8 (11.76)	6 (17.65)	2 (5.88)	
อาชีพ				0.025 ^a
นักเรียนนักศึกษา	4 (5.88)	2 (5.88)	2 (5.88)	
ไม่ได้ทำงาน / ไม่มีรายได้	32 (47.06)	10 (29.41)	22 (64.71)	
เกษตรกร	4 (5.88)	2 (5.88)	2 (5.88)	
รับจ้าง	24 (35.29)	16 (47.06)	8 (23.53)	
รับราชการ	4 (5.88)	4 (11.76)	0 (0.00)	
รูปแบบครอบครัว				0.32
ครอบครัวเดี่ยว	42 (61.76)	23 (67.65)	19 (55.88)	
ครอบครัวขยาย	26 (38.24)	11 (32.35)	15 (44.12)	
การวางแผนการตั้งครรภ์				1.000 ^a
ไม่วางแผน	32 (47.06)	16 (47.06)	16 (47.06)	
วางแผน	36 (52.94)	18 (52.94)	18 (52.94)	
อายุครรภ์เมื่อคลอด				
(สัปดาห์) Mean $\pm$ SD	38.71 $\pm$ 1.05	38.68 $\pm$ 1.09	38.74 $\pm$ 1.02	0.820 ^c

ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์

จนคลอด(นาที) Mean $\pm$ SD 608.31 $\pm$ 349.40 658.12 $\pm$ 400.78 558.50 $\pm$ 286.58 0.243^c

การใช้ยาเร่งคลอด

0.451^a

ไม่ใช้

43 (63.24)

20 (58.82)

23 (67.65)

ใช้

25 (36.76)

14 (41.18)

11 (32.35)

การใช้ยาแก้ปวด

ไม่ใช้

68 (100.00)

34 (100.00)

34 (100.00)

วิธีการคลอด

0.476^b

คลอดธรรมชาติ

59 (86.76)

28 (82.35)

31 (91.18)

ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

9 (13.24)

6 (17.65)

3 (8.82)

น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)

Mean $\pm$ SD 3069.71 $\pm$ 407.97 2990.59 $\pm$ 416.20 3148.82 $\pm$ 389.61 0.110

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ด้วย Chi-square test, ^b วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test, ^c วิเคราะห์ด้วย Independent samples t-test

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้คลอดส่วนใหญ่เป็นสามีของผู้คลอด (88.24%) และร้อยละ 92.65 ไม่มีประสบการณ์ช่วยคลอดมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความเทียบเท่ากัน และสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมได้อย่างถูกต้อง โดยลดความเสี่ยงจากอิทธิพลของตัวแปรผู้ช่วยเหลือที่อาจกระทบต่อความร่วมมือหรือประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดระหว่างกลุ่มผู้คลอดครรภ์แรกร่วมกับครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นจาก 12.24 ± 0.89 เป็น 13.29 ± 1.43 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t =$

-4.18 , $p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Cohen's $d = 0.72$) ส่วนในกลุ่มทดลอง คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 12.38 ± 1.58 เป็น 15.62 ± 1.44 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.56$, $p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.47$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองไม่พบความแตกต่างของคะแนน ความรู้ ($p = 0.638$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (15.62 ± 1.44 และ 13.29 ± 1.43 คะแนน; $t = -6.70$, $p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 1.62$)

ผลดังกล่าวสะท้อนว่า โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ช่วยเหลือและผู้คลอด เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=68) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม(n=34) จำนวน (%)	กลุ่มทดลอง (n=34) จำนวน (%)	p-value
อายุ (ปี), Mean $\pm$ SD	28.07 $\pm$ 9.07	27.82 $\pm$ 9.37	28.32 $\pm$ 8.81	0.821 ^c
กลุ่มอายุ(ปี)				0.148 ^a
<20	8 (11.76)	3 (8.82)	5 (14.71)	
20-29	38 (55.88)	23 (67.65)	15 (44.12)	
≥ 30 ปี	22 (32.35)	8 (23.53)	14 (41.18)	
สัญชาติ				0.801 ^a
ไทย	43 (63.24)	22 (64.71)	21 (61.76)	
ต่างชาติ (Foreigner)	25 (36.76)	12 (35.29)	13 (38.24)	
ระดับการศึกษา				0.452 ^a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	23 (33.82)	9 (26.47)	14 (41.18)	
ประถมศึกษา	5 (7.35)	4 (11.76)	1 (2.94)	
มัธยมศึกษา	19 (27.94)	9 (26.47)	10 (29.41)	
อนุปริญญา	15 (22.06)	8 (23.53)	7 (20.59)	
ปริญญาตรี	6 (8.82)	4 (11.76)	2 (5.88)	
อาชีพ				0.368 ^b
นักเรียนนักศึกษา	4 (5.88)	2 (5.88)	2 (5.88)	
ไม่ได้ทำงาน / ไม่มีรายได้	38 (55.88)	16 (47.06)	22 (64.71)	
เกษตรกร	7 (10.29)	5 (14.71)	2 (5.88)	
รับจ้าง	17 (25.00)	9 (26.47)	8 (23.53)	
ข้าราชการ	2 (2.94)	2 (5.88)	0 (0.00)	
ความสัมพันธ์กับผู้คลอด				0.091 ^b
สามี	60 (88.24)	30 (88.24)	30 (88.24)	
มารดาของผู้คลอด	5 (7.35)	1 (2.94)	4 (11.76)	
มารดาของสามี	3 (4.41)	3 (8.82)	0 (0.00)	
ประสบการณ์ช่วยเหลือคลอด				0.642 ^b
มาก่อน				
ไม่มี	63 (92.65)	32 (94.12)	31 (91.18)	
มี	5 (7.35)	2 (5.88)	3 (8.82)	

หมายเหตุ: ^a วิเคราะห์ด้วย Chi-square test, ^b วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test, ^c วิเคราะห์ด้วย Independent samples t-test

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดก่อนและหลังการทดลอง ภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ภายในกลุ่มควบคุม (n=34)	ก่อนทดลอง	12.24 $\pm$ 0.89			
	หลังทดลอง	13.29 $\pm$ 1.43	-4.18 (33)	< 0.001*	0.72
ภายในกลุ่มทดลอง (n=34)	ก่อนทดลอง	12.38 $\pm$ 1.58			
	หลังทดลอง	15.62 $\pm$ 1.44	-8.56 (33)	< 0.001 *	1.47
ระหว่างกลุ่มควบคุมกับทดลอง	ก่อนทดลอง	12.24 $\pm$ 0.89	-0.47 (52.08)	0.638	-0.11
ระหว่างกลุ่มควบคุมกับทดลอง	หลังทดลอง	13.29 $\pm$ 1.43	-6.70 (66)	< 0.001*	-1.62
ควบคุมกับทดลอง		15.62 $\pm$ 1.44			

หมายเหตุ: *p < 0.001 = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเปรียบเทียบระดับความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรก

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายในกลุ่มควบคุม คะแนนความกลัว-ความวิตกกังวลลดลงจาก 37.29 $\pm$ 2.25 เป็น 35.29 $\pm$ 2.86 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.03, p < .001) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Cohen's d = 0.69) ส่วนในกลุ่มทดลอง คะแนนลดลงอย่างชัดเจน จาก 37.06 $\pm$ 2.99 เป็น 24.65 $\pm$ 3.02 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 18.19, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก (Cohen's d = 3.12) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ไม่พบความแตกต่างของคะแนนความกลัวและความวิตกกังวล (p = .715) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับตั้งต้นใกล้เคียงกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (24.65 $\pm$ 3.02 และ 35.29 $\pm$ 2.86 คะแนน; t = 14.93, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's d = 3.62)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิภาพสูงในการลดระดับความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรก เมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ

การเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอดครั้งแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกับการดูแลร่วมด้วยกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มผู้คลอดครั้งแรกที่ได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมด้วยกับครอบครัว มีระดับความร่วมมือสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.56 $\pm$ 1.28 และ 10.21 $\pm$ 1.34 คะแนน; t(66) = -7.38, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's d = 1.79) แสดงว่า โปรแกรมการดูแลร่วมด้วยกับครอบครัวมีประสิทธิภาพอย่างมากในการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอดครั้งแรก

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความกลัว-ความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง ภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ภายในกลุ่มควบคุม (n=34)	ก่อนทดลอง	37.29 $\pm$ 2.25			
	หลังทดลอง	35.29 $\pm$ 2.86	4.03 (33)	< 0.001*	0.69
ภายในกลุ่มทดลอง (n=34)	ก่อนทดลอง	37.06 $\pm$ 2.99			
	หลังทดลอง	24.65 $\pm$ 3.02	18.19 (33)	< 0.001*	3.12
ระหว่างกลุ่มควบคุมกับทดลอง	ก่อนทดลอง	37.29 $\pm$ 2.25 / 37.06 $\pm$ 2.99	0.366 (66)	0.715	0.089
	หลังทดลอง	35.29 $\pm$ 2.86 / 24.65 $\pm$ 3.02	14.93 (66)	< 0.001*	3.62

หมายเหตุ: *p < 0.001 = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, ค่า Cronbach's Alpha = 0.87, 0.814

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ตลอดครรภ์แรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ควบคุม	34	10.21 $\pm$ 1.34			
ทดลอง	34	12.56 $\pm$ 1.28	-7.38 (66)	< 0.001*	1.79

ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อประสบการณ์การคลอดของผู้ตลอดครรภ์แรกและครอบครัว

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ตลอดครรภ์แรกและระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวส่งผลเชิงบวกต่อประสบการณ์ของทั้งผู้คลอดและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

1. ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอด (ตารางที่ 6)

ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีคะแนนประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (63.68 $\pm$ 3.84 เทียบกับ 61.56 $\pm$ 3.60; t(66) = -2.349, p = 0.022) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับ

ปานกลาง (Cohen's d = 0.57) สะท้อนว่า การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเพิ่มความรู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการคลอดได้จริง

2. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว (ตารางที่ 7)

ครอบครัวในกลุ่มทดลองมีคะแนนประสบการณ์การมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (59.97 $\pm$ 3.60 เทียบกับ 57.15 $\pm$ 3.48; t(66) -3.288, p = 0.002) และมีขนาดอิทธิพลสูง (Cohen's d = 0.80) แสดงว่าครอบครัวรู้สึกมีบทบาทชัดเจน และได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด

สรุปผลรวม โปรแกรมนี้ช่วยยกระดับประสบการณ์ของทั้งผู้คลอดและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care และการสนับสนุน

อย่างต่อเนื่องที่เน้นความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ

ตารางที่ 6 ผลของโปรแกรมต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก

กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ควบคุม	34	61.56 $\pm$ 3.60			
ทดลอง	34	63.68 $\pm$ 3.84	-2.349 (66)	0.022*	0.57

*p < 0.05 แสดงถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 ผลของโปรแกรมต่อประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว

กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ควบคุม	34	57.15 $\pm$ 3.48			
ทดลอง	34	59.97 $\pm$ 3.60	-3.288 (66)	0.002*	0.80

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์แรก

ผลการศึกษาผู้คลอดครรภ์แรกจำนวน 68 คนพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในด้านอายุ อายุครรภ์เมื่อคลอด ระยะเวลาดังแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนคลอด และน้ำหนักรกเกิด ($p > .05$) แสดงถึงความใกล้เคียงของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรรบกวนต่อการประเมินผลของโปรแกรม (Phumonsakul, 2024) โดยอายุครรภ์เฉลี่ยอยู่ในช่วง 38–39 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ครบกำหนดและเหมาะสมต่อการประเมินผลของการแทรกแซง (Weng, 2023)

แม้จะพบความแตกต่างด้านระดับการศึกษาและอาชีพ โดยกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาสูงกว่า แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงว่า การสนับสนุนจากคู่อุปการและครอบครัวมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแล และการลดความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรก (Kabakian-Khasholia, 2017; Versele, 2022; Hoffmann, 2023; Ababneh, 2024)

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนว่า โปรแกรมที่สนับสนุนบทบาทของครอบครัวสามารถช่วยลดผลกระทบจากความแตกต่างด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างได้ในระดับหนึ่ง ทั้งนี้ แม้กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ผลลัพธ์หลักยังแสดงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพเหนือความแตกต่างทางพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้คลอดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (28.07 ± 9.07 ปี; $p = .821$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20–29 ปี มีสัญชาติไทย (63.24%) และมีระดับการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษา (61.76%) ซึ่งสะท้อนลักษณะครอบครัวในบริบทชุมชนชนบทหรือกึ่งเมืองที่มีบทบาทสนับสนุนการคลอดชัดเจน (Deherder, 2022; Weng, 2023) ผู้ช่วยเหลือกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ทำงานหรือไม่มีรายได้ (55.88%) เอื้อให้สามารถอยู่ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด และสอดคล้องกับรายงานว่าการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลเชิงบวกต่อความมั่นใจและ

ประสบการณ์ การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก (Phumonsakul, 2024) โดยผู้ช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นสามีของผู้คลอด (88.24%) และร้อยละ 92.65 ไม่มีประสบการณ์ช่วยคลอดมาก่อน อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรสยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยของผู้คลอด (Nahae, 2024) เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะพื้นฐานของผู้ช่วยเหลือระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > .05$) แสดงถึงความเทียบเท่าของกลุ่มตัวอย่าง และสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

โดยสรุป ลักษณะพื้นฐานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้คลอดทั้งสองกลุ่ม มีความใกล้เคียงกันทุกด้าน ($p > .05$) ส่งผลให้ผลลัพธ์ที่พบสามารถอธิบายได้อย่างมั่นใจว่ามาจากผลของโปรแกรมมากกว่าความแตกต่างของผู้ช่วยเหลือเอง อีกทั้งยังช่วยลดความเอนเอียงในการประเมินความร่วมมือ และประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดในระยะที่ 1

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดระหว่างกลุ่มผู้คลอดครั้งแรกร่วมกับครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นชัดเจนกว่าและมีขนาดอิทธิพลสูงมาก ($d = 1.62$) สะท้อนว่าโปรแกรมที่ผสมผสานการให้ข้อมูลเชิงระบบกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีผู้ช่วยเหลือซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดช่วยลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจ ทำให้ผู้คลอดมีความพร้อมในการรับข้อมูลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลัก Family-Centered Care

และแนวคิดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องของ Adams ที่ชี้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ช่วยเพิ่มการเรียนรู้และการปฏิบัติตนได้ดีขึ้น

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของการให้ข้อมูลที่ถูกต้องควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อเสริมพลังผู้คลอด (WHO, 2018; 2023) รวมทั้งสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้า เช่น Bäckström (2020) และ Deherder (2022) ที่รายงานว่าการเรียนรู้ร่วมครอบครัวช่วยเพิ่มความเข้าใจและส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลร่วมกับครอบครัวช่วยเพิ่มระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดได้อย่างเหมาะสม

การเปรียบเทียบระดับความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรก

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความกลัว-ความวิตกกังวลลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองลดลงมากกว่าอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพสูงในการลดความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้คลอดครั้งแรก ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นบทบาทของผู้สนับสนุนใกล้ชิด การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและการดูแลด้านอารมณ์ในระยะคลอดซึ่งช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล (WHO, 2018; WHO, 2023) รวมถึงงานวิจัยที่รายงานว่าการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวสัมพันธ์กับการลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้สึกควบคุมตนเองของผู้คลอดครั้งแรก (Deherder, 2022; Weng, 2023)

ผลลัพธ์ดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care ซึ่งชี้ว่าการมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการ

ดูแลช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจของผู้คลอด (Gooding, 2016) รวมทั้งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุดที่รายงานว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก คู่สมรสหรือสมาชิกครอบครัวสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวล และส่งเสริมประสบการณ์การคลอดเชิงบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Bohren, 2017; Vermeulen, 2022) ขณะเดียวกันงานวิจัยด้านการเพิ่มความสุขสบายในระยะคลอดยังพบว่า การสนับสนุนทางกายและอารมณ์ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและส่งผลให้ประสบการณ์การคลอดดีขึ้น (Deliktas, 2020)

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรก ระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงในการลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้คลอด และสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทการพยาบาลคลินิกเพื่อส่งเสริมประสบการณ์การคลอดเชิงบวกได้อย่างเหมาะสม

ระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอดครรภ์แรก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความร่วมมือในการปฏิบัติตนระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีบทบาทอย่างเป็นระบบสามารถส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความร่วมมือดังกล่าวครอบคลุมการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร การควบคุมการหายใจ การปรับท่าทาง และการตอบสนองต่อกระบวนการคลอดอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความก้าวหน้าของการคลอดในระยะที่ 1

ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้จากการที่ การมีครอบครัวหรือคู่สมรสอยู่ร่วมดูแลอย่างใกล้ชิดช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้คลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความพร้อมทางอารมณ์และมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและประสบการณ์ของผู้ป่วย (Gooding et al., 2016) รวมทั้งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รายงานว่า การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคคลใกล้ชิดช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของผู้คลอดในระยะคลอด (Bohren et al., 2017; Deherder et al., 2022; Vermeulen et al., 2022)

โดยสรุป โปรแกรมการดูแลผู้คลอดครรภ์แรก ระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้คลอด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลห้องคลอดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและคุณภาพผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างเหมาะสม

ผลของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรกและครอบครัว

1. ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้คลอดในกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถเสริมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจของผู้คลอดได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งระบุว่า การสนับสนุนจากครอบครัวหรือคู่สมรสสามารถลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย และช่วยให้ผู้คลอดปรับตัวต่อ

สถานการณ์คลอได้ดีขึ้น (Ababneh, 2024; Hoffmann, 2023; Versele, 2022)

การมีคนใกล้ชิดอยู่เคียงข้างยังช่วยลดความโดดเดี่ยวทางอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ความเจ็บปวดและประสบการณ์คลอ โดยเฉพาะในผู้คลอครั้งแรกที่มักเผชิญระดับความกลัวสูงกว่ากลุ่มครรภ์หลัง (Ababneh, 2024; Versele, 2022) ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิด Family-Centered Care และ Comfort Theory ที่อธิบายว่าการสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความสบายทางกาย-ใจ และนำไปสู่ประสบการณ์คลอที่ดีขึ้น

2. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวในกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ครอบครัวรู้สึกมีบทบาท มีความหมาย และมีความมั่นใจในการสนับสนุนผู้คลอมากขึ้น ผลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่รายงานว่า การให้ครอบครัวมีบทบาทในกระบวนการคลอช่วยลดความเครียด เพิ่มความผูกพันในครอบครัว และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (AlAmri, 2024; Deliktas, 2020; Gooding, 2016)

การระบุบทบาทของครอบครัวอย่างเป็นระบบตามแนวคิด Family-Centered Care และการสนับสนุนตาม Adams & Bianchi ทำให้ครอบครัวเข้าใจวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในแต่ละช่วงของการคลอ ส่งผลให้ลดความกังวล เพิ่มประสิทธิภาพของการสนับสนุน และสร้างประสบการณ์ร่วมที่มีความหมาย

แม้ว่าผลการวิจัยจะแสดงประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ การใช้แบบสอบถามซึ่งอาจเกิดอคติจากการประเมินตนเอง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่สุ่มที่จำกัดการอ้างอิงทั่วไป และบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด

ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำโปรแกรมไปใช้ในพื้นที่อื่น ข้อจำกัดเหล่านี้ควรคำนึงถึงในการตีความและประยุกต์ใช้ผลลัพธ์

สรุปผลภาพรวม

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง การนำแนวคิด Family-Centered Care ไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่และระดับนโยบายจึงมีศักยภาพสูง โดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนครอบครัวในระยะคลอ การอบรมบุคลากรให้สามารถส่งเสริมบทบาทครอบครัวอย่างเป็นระบบ และการผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ากับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษายืนยันว่าโปรแกรมการดูแลผู้คลอครรภ์แรกระยะที่ 1 ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถเพิ่มระดับความรู้ ลดความกลัว-ความวิตกกังวล ส่งเสริมความร่วมมือ และยกระดับประสบการณ์การคลอของทั้งผู้คลอและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนการประยุกต์ใช้แนวคิด Family-Centered Care ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งสะท้อนศักยภาพของการมีครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนหลักในระยะคลอ สำหรับการศึกษาในอนาคต ควรพิจารณาการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวหลังคลอด รวมถึงการขยายการใช้โปรแกรมไปยังหน่วยบริการระดับต่าง ๆ เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความคงทนของผลลัพธ์ในบริบทที่หลากหลาย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 041/2568

เอกสารอ้างอิง

- Ababneh, AMT., Alrida, N., Abu-Abbas, M., Rayan, A., Abu Sumaqa, Y., Al-Zu'bi, B. (2024). **The lived experience of family support among women during and after childbirth in Jordan: A phenomenological study.** SAGE Open Nursing, 10: 1–10.
- AlAmri, N., AlTawil, D., AlShamari, F. (2024). **Fathers' experiences, views and perspectives of childbirth collaboration : A qualitative study.** Nursing & Health Sciences, 26(3): 435–442.
- Bäckström, C., Matthiessen, C., Hildingsson, I. (2020). **Acknowledging the importance of partner support during childbirth: A systematic review.** Women and Birth, 33(4): 321–332.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A. (2017). **Continuous support for women during childbirth.** Cochrane Database of Systematic Reviews, (7): CD003766.
- Bohren, MA., Vogel, JP., Hunter, EC., Lutsiv, O., Makh, SK., Souza, JP., et al. (2019). **The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review.** PLoS Medicine, 16(6): e1002987.
- Cohen, S., Wills, TA. (1985). **Stress, social support, and the buffering hypothesis.** Psychological Bulletin, 98(2): 310–357.
- Cook, K. (2012). **The impact of choice and control on women's childbirth experience.** Women and Birth, 25(3): 165–172.
- Deherder, E., Delbaere, I., Macedo, A., Nieuwenhuijze, MJ., Beeckman, K. (2022). **Women's view on shared decision making and autonomy in childbirth: A cohort study of Belgian women.** BMC Pregnancy and Childbirth, 22: 551.
- Deliktas, A., Kinas, V. (2020). **The effects of comfort-based interventions on maternal anxiety and labor outcomes.** Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 33(18): 3100–3107.
- Diniz, CSG., d'Orsi, E., Domingues, RMSM., Torres, JA., Dias, MAB., Schneck, CA., et al. (2021). **Implementation of the presence of companions during hospital admission and labor: Results from the “Birth in Brazil” nationwide study.** BMC Pregnancy and Childbirth, 21: 1–12.
- Evans, K., Spiby, H., Jackson, J., Slade, P. (2023). **The effect of continuous support during labour on women's birth**

- experiences: A systematic review and meta-analysis. *Birth*, 50(3): 470–485.
- Gooding, JS., Cooper, LG., Blaine, AI., Franck, LS., Howse, JL., Berns, SD. (2016). **Family-centered care in the NICU: Improving health outcomes for the family.** *Journal of Perinatology*, 36(S1): S2–S8.
- Hoffmann, L., Müller, S., Richter, J. (2023). **Partner support and relationship quality as potential predictors of perinatal outcomes.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23: 582.
- International Confederation of Midwives. (2020). **Essential competencies for midwifery practice.** The Hague: ICM.
- Jaroensook, C., Sirirarunrat, S., Tachasuksri, T. (2018). **Effects of labor support by a female relative on suffering from labor pain, coping with labor pain, and satisfaction with childbirth experiences among primiparous parturients.** *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(2): 67–78.
- Kabakian-Khasholian, T., El-Nemer, A. (2017). **The impact of perceived social support during labor on childbirth outcomes.** *Women and Birth*, 30(2): 154–160.
- Kabakian-Khasholian, T., El-Nemer, A. (2017). **Women's satisfaction and perception of control in childbirth: A cross-sectional study.** *Birth*, 44(3): 266–275.
- Khanna, T. (2023). **Relationship between partner support and psychological outcomes during labour.** *Journal of Advanced Maternal Care Studies*, 5(2): 45–58.
- Kolcaba, K. (2003). **Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research.** New York: Springer Publishing.
- Nahae, J., Moradi, M., Torabi, F. (2024). **Maternal physical condition, emotional support, and intrapartum outcomes: A prospective study.** *Journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine*, 37(4): 1123–1131.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). **Intrapartum care.** London: NICE.
- Phumonsakul, S., Suksanguan, P., Khanobdee, J. (2016). **Development of a scale measuring nurses' labor support behavior.** *Rama Nursing Journal*, 22(3): 247–262.
- Phumonsakul, T., Saengpraw, K., Ratananupan, P. (2024). **Effects of family participation program on**

- intrapartum outcomes among primigravida women in Thailand. *Journal of Nursing and Health Care*, 42(1): 23–35.
- Vermeulen, J., et al. (2022). Partner involvement during labor and its association with maternal anxiety and birth outcomes. *Women and Birth*, 35(4): 379–386.
- Vermeulen, J., et al. (2022). Partner support and maternal cooperation during childbirth. *Women and Birth*, 35(5), e509–e516.
- Versele, V., De Baets, K., Van Hal, G., Temmerman, M. (2022). Association between perceived partner support and maternal health behaviours during early pregnancy. *Frontiers in Public Health*, 10: 892134.
- Versele, V., Degrieck, S., Vangeel, J. (2022). Association between perceived partner support and maternal health behaviours during early pregnancy. *Frontiers in Public Health*, 10: 1032145.
- Weng, M. H. (2023). Women's sense of control during labour and birth with epidural analgesia. *Midwifery*, 123: 103483.
- Weng, MH., Chou, HC., Liaw, JJ. (2023). Women's sense of control during labour and birth with epidural analgesia: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 116: 103496.
- Weng, Y., Liu, H., Zhang, X., Li, X. (2023). Gestational age and intrapartum outcomes among low-risk pregnancies: Implications for clinical maternal care. *Midwifery*, 117: 103567.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Improving quality of care for maternal and newborn health: Evidence and guidelines update*. Geneva: World Health Organization.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน)
อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

The Self-efficacy development model to prevent mental health problems for
working-age people of Ban Pong Din Sub-district Health Promotion Hospital,
Doi Saket District, Chiang Mai Province.

วิทยา สามแสน (Wittaya Samsaen)*

Received: July 19, 2025 | Revised: July 30, 2025 | Accepted: August 19, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เรื่องการศึกษา “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่” มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมทางสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน 2) ศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิต กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน และ 4) สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนวัยทำงาน ที่มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 235 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติวิเคราะห์เชิงอนุมาน และสถิติเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย, สังคม, เศรษฐกิจ และอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 1.44, SD.=0.73) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.42, SD.=0.69) ความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ค่า r = 0.129, 0.320, 0.264 และ 0.215) P-value < 0.01 และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิตกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (r = 0.089) P-value < 0.01 ดังนั้นควรมีการนำเอาผลการศึกษามาดูรวมการกับกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และควรมีการสร้างทีมจิตอาสาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในชุมชน เพื่อร่วมการแก้ปัญหา และเพิ่มเครือข่ายในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต และควรมีกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ควรใช้

พื้นที่หรือชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาด้านสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ประชาชนวัยทำงาน สมรรถนะตนเอง ปัญหาสุขภาพจิต

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล : wittayasamsaen@hotmail.com

*Public Health Professional, Ban Pong Kum (Pong Din) Sub-district Health Promotion Hospital Chiang Mai Provinc. Email: wittayasamsaen@hotmail.com

ABSTRACT

The mixed methods research design was conducted on the study of "The self-efficacy development model to prevent mental health problems for working-age people of Ban Pong Din sub-district health promotion hospital, Doi Saket district, Chiang Mai province. Aimed to study: 1) the level of mental health behaviors among working-age people; 2) the level of self-efficacy perception toward preventing mental health problems among working-age people; 3) the relationship between mental health behaviors and self-efficacy perception toward preventing mental health problems among working-age people, and 4) to develop the self-efficacy development model for preventing mental health problems among working-age people. The sample group consisted of 235 working-age people aged 20-59 years. The tools used were questionnaires and interviews. Data were analyzed using descriptive statistics, inferential analysis, and content analysis.

The study found that mental health behaviors, including physical, social, economic, an emotional and psychological dimensions, had the lowest mean score ($\bar{X}$ =1.44, SD =0.73). Self-efficacy in mental health problem prevention had a high overall mean score ($\bar{X}$ =3.42, SD =0.69). The relationship between personal characteristics and self-efficacy in mental health problem prevention revealed that status, education level, occupation, and income were significantly related to self-efficacy in mental health problem prevention (r = 0.129, 0.320, 0.264, and 0.215) P-value < 0.01 . The relationship between mental health behaviors and self-efficacy in mental health problem prevention revealed a statistically significant relationship between mental health behaviors and self-efficacy in mental health problem prevention (r = 0.089) P-value < 0.01 . Therefore, the study results should be integrated with self-efficacy development activities for people of all ages to enhance their capacity to prevent mental health problems. Furthermore, more mental health volunteer teams should be established in communities to participate in problem-solving and expand networks for mental health care. A community mental health problem management process should be implemented. Areas or communities should be used as a base for community mental health development, so that communities are aware of their ownership of the problem, jointly analyze the problem, and jointly find sustainable solutions.

Key Words : Working-age people, self-efficacy, mental health problems

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) แล้ว ในปี.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี.ศ. 2574 สัดส่วน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม และจากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการดำเนินงานระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่า มีชุมชนที่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 92.00 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 88.70 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.0 และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเปลี่ยนจากกลุ่มติดเตียงเป็นติดบ้าน ร้อยละ 1.4 ในขณะที่ กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย รายงานว่าการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น มีอัตรา 1 : 4 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และจากสถานการณ์ดังกล่าวจึงพบว่าหากละเลยการดูแลกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือประชาชนวัยทำงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต อันได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ซึ่งอาจลุกลามถึงการคิดฆ่าตัวตายในอนาคตของประชาชนกลุ่มนี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nilchaikovit (2002) พบว่า ประชาชนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และต้องรับภาระในบ้าน จะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพนอกบ้าน และผู้ที่

อาชีพไม่มั่นคง เช่น แม่บ้าน รับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรกรรมกรมักมีปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงิน โดยเฉพาะกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยต้องการเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ อีกทั้งระบบครอบครัวและเครือญาติ พบว่า ญาติพี่น้องมีส่วนช่วยเหลือในการให้กำลังใจในการใช้ชีวิต บุคคลนั้น ๆ ก็จะมีแรงในการดูแลตนเองอย่างไม่ต้องพึ่งพิง ทั้งนี้ยังพบว่า การศึกษาภายหลังสถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของ Malihe (2021) ศึกษา อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ที่ระดับรุนแรงมาก ในขณะที่ระดับความเครียดรุนแรง ความสุขของอาการรุนแรงมากของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลคือร้อยละ 54.29 และร้อยละ 97.29 ตามลำดับ ความสุขของความเครียดรุนแรง คือ ร้อยละ 46.61

จากการสำรวจข้อมูลจาก HDC service กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดที่อยู่เขตภาคเหนือตอนบนทั้งสิ้น 115,238 คน โดยเชียงใหม่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดอยู่ที่ 34,692 คน ซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทย รองลงมาคือ เชียงราย 25,189 คน โดยจังหวัดที่มีอัตราส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อประชากร 100,000 คน มากที่สุดคือ ลำพูน 1,754 คน รองลงมาคือ เชียงใหม่ 1,257 คน โดยจาก 10 จังหวัดที่มีอัตราส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อแสนประชากรสูงที่สุดในประเทศไทย พบว่า เป็นจังหวัดที่อยู่ภาคเหนือตอนบนถึง 4 จังหวัด (Ministry of Public Health, 2024) อธิบายว่าตัวเลขของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้นมีตัวเลขแฝง 2 อย่าง คือ มีผู้ป่วยมากขึ้น

จากความเครียดและอาการเจ็บป่วย หรือเพราะเข้ารับบริการและได้รับการวินิจฉัยมากขึ้น เช่น หลังจากโควิด-19 มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น คนตระหนักถึงเรื่องนี้มากขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด19 ซึ่งหมายถึง ภาวะซึมเศร้า (depression) ที่เกิดในผู้ที่มีประวัติ ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทั้ง probable หรือ confirmed case มาแล้ว อย่างน้อย 12 สัปดาห์และอาการหายดีแล้ว ภาวะซึมเศร้าอาจเพิ่งเริ่มเป็นใหม่ (new onset) หลังการฟื้นตัวจากภาวะโควิด-19 หรือเกิดอาการตั้งแต่เริ่มป่วยแล้วคงอยู่ตลอด (persistent) โดยพบว่า ผู้มีประวัติ ติดเชื้อ SARS-CoV-2 มาแล้วอย่างน้อย 12 สัปดาห์ และอาการหายดีแล้ว พบภาวะซึมเศร้า (depression) ได้ตั้งแต่วัยละ 11 ถึง วัยละ 28 และเป็นภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง วัยละ 3 ถึงวัยละ 12 พบมากในผู้หญิงและผู้สูงอายุ (Department of Mental Health, 2022)ประมาณ 80% ของผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และ 50% มีอาการผิดปกติ 2 โรคขึ้นไป และอาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ที่เป็นโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจหรือมะเร็ง สมาชิกในครอบครัวหรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเองมักมีความเข้าใจผิดคิดว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นเพียงปฏิกิริยาตามธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นต่อการเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่อาจเกิดขึ้นเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่คิดว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้เป็นสิ่งที่ต้องรักษา ที่น่ากังวล คือ ผู้สูงอายุเองก็มักจะมีความเชื่อนี้ และไม่ขอความช่วยเหลือ เพราะพวกเขาไม่เข้าใจว่าพวกเขาจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม (Department of Mental Health, 2024) ที่ผ่านมา การวิจัยทางการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิตระดับ

โลก กำลังเข้าสู่ยุคใหม่ที่ปฏิวัติวงการการดูแลสุขภาพจิต ด้วยการผสมผสานการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับเทคโนโลยีล้ำสมัย แนวโน้มการวิจัยปัจจุบันมุ่งเน้นศาสตร์การนำไปใช้ การดูแลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมและนวัตกรรมเทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อตอบสนองความท้าทายด้านสุขภาพจิตสมัยใหม่ ทิศทางการวิจัยในอนาคตจะมุ่งสู่การดูแลเฉพาะบุคคลและการบูรณาการเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์อย่างไร้รอยต่อการพัฒนาการวิจัยทางการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิตอย่างไม่หยุดยั้ง ไม่เพียงแต่เป็นความจำเป็นแต่เป็นพันธกิจเร่งด่วนเพื่อรับมือกับความต้องการสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณในสังคมที่หลากหลาย การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน และยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัวที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ผ่านการวิจัยที่เข้มงวดและมีมาตรฐานสากล การพัฒนานวัตกรรมการบำบัดที่ล้ำหน้า และแนวทางการดูแลแบบบูรณาการที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อระบบบริการสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตประชาชน (WHO, 2020).

อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นอีกแห่งที่ได้รับผลกระทบจากหลังสถานการณ์ของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อีกทั้งพบปัญหาสุขภาพเรื้อรังของประชาชนวัยทำงาน และวัยก่อนสูงอายุที่ผ่านมา พบว่า มีสถิติผู้ป่วยหรือประชาชนที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย จากสถิติประชากรวัยก่อนสูงอายุ และผู้สูงอายุตอนต้น แบ่งเป็นชาย 26,075 คน หญิง 29,821 คน ในปี พ.ศ.2565-2566 พบว่า ในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 12 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.04 และ 0.03 ตามลำดับ ซึ่ง

แม้ว่าจะเป็นจำนวนไม่มาก และยังถือว่าไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้คือ 8 คนต่อแสนประชากร แต่ก็ถือว่าเป็นจำนวนที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งนี้ยังพบอีกว่า ในปี พ.ศ.2567 ได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตีสังคมจำนวน 223 คน ในพื้นที่อำเภอ ดอยสะเก็ด พบว่า มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.69 จากสถิติที่ผ่านมาทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขต้องตระหนักในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดมากขึ้นตามมา ได้แก่ ความคิดในการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข และรับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ถึงแม้ว่าประชาชนวัยทำงานในพื้นที่จะยังไม่พบสถิติในการฆ่าตัวตาย แต่ได้ตระหนักถึงผลกระทบด้านต่างๆ ทั้งโรคระบาด และปัญหาภาวะเศรษฐกิจจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงานพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่” ในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน ทั้งในส่วนของสมรรถนะในการป้องกันสุขภาพจิตตนเองผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ และจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน รวมไปถึงการเตรียม

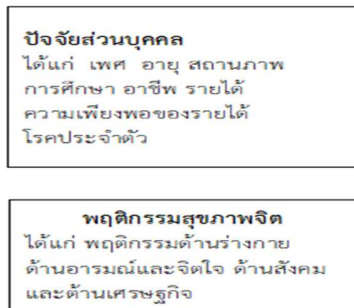
ความพร้อมในการปรับตัวในสังคมที่พัฒนา โดยเฉพาะการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ของกลุ่มประชากรเหล่านี้ ตลอดจนเฝ้าระวังสภาวะจิตใจของประชาชน หากเกิดภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ หรือจากสภาวะของโรคระบาดของโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ (Research Objectives)

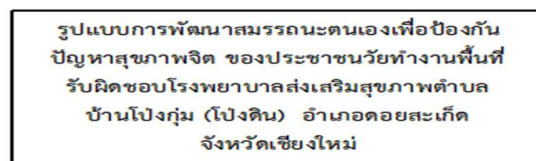
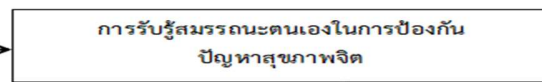
- 1) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมทางสุขภาพจิต ของของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
- 2) เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิต กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่
- 4) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอ ดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mix method) เป็น การวิจัยเพื่อนำผลการศึกษาเชิงปริมาณ และการประชุม กลุ่มจากการศึกษาเชิงคุณภาพ นำข้อมูลทั้งสองระยะไป ประสานกัน เพื่อไปใช้ในการสร้างรูปแบบในการการพัฒนา ความรอบรู้ด้านผลกระทบสุขภาพ

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชน วัยทำงาน ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 599 คน (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัด เข้าของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Krejcie (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน

**การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง / การกำหนดกลุ่ม
ตัวอย่าง**

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง
(Inclusion Criteria)

1. ชายหรือหญิง อายุ 20-59 ปี และ อาศัยอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทย ได้ทั้งการพูดและเขียน
3. ไม่มีอาการป่วยทางกายจนเป็น อุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย หรือได้รับการวินิจฉัย ว่ามีอาการป่วยทางสุขภาพจิต
4. ยินยอมให้ ข้อมูลในการตอบ แบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

1.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง
(Exclusion Criteria)

1. เป็นชาวต่างชาติ หรือกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ คนไทย

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

ของ Krejcie, R.V., and Morgan, D.W. (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 235 คน ตามการแทนค่าในสูตรดังนี้

$$\text{แทนค่าในสูตร: } n = \frac{X^2 Np(1-p)}{(e^2(N-1) + X^2 p(1-p))}$$

เมื่อ: n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

X^2 = ค่า Chi-square ที่ $df=1$ (3.841 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

N = ขนาดของประชากร

p = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา (0.5)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ตารางที่ 1 แสดงประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

หมู่ที่	หมู่บ้าน	ประชากร(คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
3	บ้านแม่หวาน	211	75
4	บ้านโป่งกุ่ม	265	95
6	บ้านโป่งสามัคคี	123	65
	รวม	599	235

2) ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษา “รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่” ผู้วิจัยได้นำ แนวคิดสุขภาพจิตของ Department of Mental Health (2024) และแนวคิดและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura, A. (1977) .ตลอดจนการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย มาใช้ในการศึกษา

3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 การวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้เครื่องมือชุดแบบสอบถาม(ระยะการวิจัยเชิงปริมาณ)

ดังนั้นแทนค่าได้ดังนี้

$N = 599$ (จำนวนประชากร)

$X^2 = 3.841$ (ค่า Chi-square ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$p = 0.5$ (สัดส่วนของประชากร)

$e = 0.05$ (ความคลาดเคลื่อน)

$n = \frac{(3.841 \times 599 \times 0.5 \times 0.5)}{(0.050^2 \times (599 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5)}$

$n = 575.19 / (1.50 + 0.96)$

$n = 575.19 / 2.46$

คิดเป็นจำนวนเต็มได้ = 235 คน แสดงกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแต่ละหมู่บ้านในตารางที่ 1 ดังนี้

1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

แบบสอบถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

2) ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพจิต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

3) ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามตอนที่ 2-3 เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ลักษณะแบบปลายปิด (Close ended Question) โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (Likert, R., 1932)

5 มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมากที่สุด

4 มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านมาก

3 ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านปานกลาง

2 น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านน้อย

1 น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงต่อตัวท่านน้อยที่สุด

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ในการแปลผลระดับความรู้สุขภาพรายด้านและโดยภาพรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง มีระดับความรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง มีระดับความรู้สุขภาพอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง มีระดับความรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง มีระดับความรู้สุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง มีระดับความรู้สุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การวิจัยระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยคัดเลือกตัวแทนประชาชนจากทุกหมู่บ้านผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ที่เกี่ยวข้องในงาน

สุขภาพจิต และผู้บริหารระดับท้องถิ่น จำนวน 10-12 คน โดยการนำเอาข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในระยะที่ 1 มาทำการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมหาแนวทางหรือรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงานพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอต๋อยสะแก จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้ผลการศึกษาจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบ หรือกิจกรรมในการเสริมสร้างศักยภาพในการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงานอีกด้วย

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ตัวแทนคัดเลือกตัวแทนอสม.จากทุกตำบล บุคลากรทางสาธารณสุข ผู้ที่เกี่ยวข้องในงานภาคประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้บริหารระดับท้องถิ่น จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยหรือปฏิบัติงานในอำเภอต๋อยสะแก จังหวัดเชียงใหม่ มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ทั้งการพูดและเขียน และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

2) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยระยะนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาและสร้างสรรค์พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภอต๋อยสะแก จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีการตั้งคำถามกระตุ้นให้เกิดพลัง (Powerful question) ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เสนอพลังความคิด ประสพการณ์มีส่วนร่วม ในการเสนอความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้แก่

2.1 ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น และกิจกรรมที่ท่านต้องการเสริมสร้างสมรรถนะทางสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียดภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย

2.2 ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียดภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย

2.3 กิจกรรมที่ท่านต้องการพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการเสริมสร้างสมรรถนะทางสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียดภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามในการศึกษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ด้านสถิติวิจัย จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency) พิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 นำไปหาค่าความเที่ยงตรงหรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item-objective congruences ; IOC) ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยผลการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพจิต ได้ค่า IOC=0.75 และตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้ค่า IOC=0.82 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

2) การหาความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามในการศึกษาที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนวัยวัยทำงาน รพ.สต.บ้านเทพเสด็จ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ได้ยอมรับได้เท่ากับ 0.86 ถือเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ อธิบายให้กลุ่ม ตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีดำเนินงานวิจัย ข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 8 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ และค่าเฉลี่ย (Mean) ตามลักษณะข้อมูล

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่

ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามลักษณะข้อมูล

4) วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพจิต กับการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

5) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion : FGD) ด้วยสถิติวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

6) เนื่องจากการวิจัยเชิงผสมผสาน มีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความยืดหยุ่นสูง ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และเกิดความไว้วางใจในคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนั้นก่อนการทำการรูปแบบ ผู้วิจัยจึงต้องใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ วิธีหนึ่งที่ได้รับค่านิยมคือ การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยประยุกต์และ

คัดเลือกจำนวน 4 วิธี (จาก 7 วิธี) (Chantawanich, C., 2011)

ผลการศึกษาวิจัย (Results)

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.10 และเพศชาย ร้อยละ 48.90 มีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 63.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.20 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.80 ความเพียงพอของรายได้ เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 56.20 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.10 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 14.90 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 72.80 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติของบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะป่วยทางสุขภาพจิต ร้อยละ 92.80 มีและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 6.80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=235 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	115	48.90
หญิง	120	51.10
อายุ		
20 - 39 ปี	86	36.60
40 - 49 ปี	148	63.00
50 - 59 ปี	1	0.40
(Minimum = 20, Maximum = 61, Mean = 44.28, S.D.= 11.512)		
สถานภาพสมรส		
โสด	73	31.10
สมรส	141	60.00
หม้าย/หย่า/แยก	21	8.90
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	78	33.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	24.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	16.20
อนุปริญญา/ปวส.	16	6.80
ปริญญาตรี	39	16.60
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.60
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	3.80
พ่อบ้าน/แม่บ้าน ทำงานบ้าน	6	2.60
เกษตรกร	21	8.90
รับจ้าง	130	55.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	48	20.40
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	4.70
พนักงานเอกชน	10	4.30
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	20	8.50
5,001-10,000 บาท	124	52.80
10,001 บาท ขึ้นไป	91	38.70
(Minimum = 0, Maximum = 100,000, Mean = 11,551.49, S.D.= 8,347.037)		

ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ และไม่มีหนี้สิน	22	9.40
ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	55	10.60
เพียงพอ และเหลือเก็บ	50	21.30
เพียงพอ และไม่เหลือเก็บ	132	56.20
ต้องพึ่งพาผู้อื่น	6	2.60
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	200	85.10
มีโรคประจำตัว	35	14.90
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	171	72.80
4-5 คน	57	24.30
มากกว่า 6 คนขึ้นไป	7	3.00
ประวัติของบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะป่วยทางสุขภาพจิต		
มี และได้รับการรักษาต่อเนื่อง	16	6.80
มี แต่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง	1	0.40
ไม่มี	218	92.80

2) พฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านสังคม, ด้านเศรษฐกิจ และด้านอารมณ์และจิตใจ (n=235) พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพจิตรวม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.44$, SD.=0.73) โดยพบว่า ด้านร่างกาย อยู่ในระดับน้อยที่สุด

($\bar{X} = 1.37$, SD.=0.60) ด้านสังคม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.32$, SD.=0.56) ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.64$, SD.=1.10) และด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.44$, SD.=0.66) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน (n=235 คน)

พฤติกรรมสุขภาพจิต	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ด้านร่างกาย	1.37	0.60	น้อยที่สุด
ด้านสังคม	1.32	0.56	น้อยที่สุด
ด้านเศรษฐกิจ	1.64	1.10	น้อยที่สุด
ด้านอารมณ์และจิตใจ	1.44	0.66	น้อยที่สุด
รวม	1.44	0.73	น้อยที่สุด

3)การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ใน หัวข้อ “ท่านสามารถยืมที่พักอาศัยเพื่อน คน

รู้จัก คู่คนเคยหรือบุคคลที่ท่านจะต้องไปเกี่ยวข้องกับด้วยทุกครั้ง” ($\bar{X}$ =3.70, SD.=0.67) รองลงมาในหัวข้อ “ท่านสามารถจัดการกับความเครียด ได้โดยไม่มีความคิดในการทำร้ายตนเอง ไม่ว่ากรณีใด ๆ” ($\bar{X}$ =, 3.64 SD.=0.77) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน (n=235 คน)

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1.เมื่อเกิดความเครียดท่านสามารถค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุ ด้วยภูมิปัญญาดั้งเดิมที่พ่อแม่เคยสอนท่าน	3.49	0.76	มาก
2.ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ หรือหาเวลาผ่อนคลาย เช่น การจักสาน การปลูกผักพื้นบ้าน การเดินออกกำลังกายภายในบ้าน หรือในหมู่บ้านของท่าน	3.61	0.65	มาก
3.ท่านสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือร้าย	3.63	0.65	มาก
4.ท่านสามารถจัดการกับความเครียด ได้โดยไม่มีความคิดในการทำร้ายตนเอง ไม่ว่ากรณีใด ๆ	3.64	0.77	มาก
5.ท่านสามารถยืมที่พักอาศัยเพื่อน คนรู้จัก คู่คนเคยหรือบุคคลที่ท่านจะต้องไปเกี่ยวข้องกับด้วยทุกครั้ง	3.70	0.67	มาก
6.ท่านสามารถแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการพูดคุยด้วยตามแนววิถีพื้นบ้าน คือการมีเหตุผลและ ประนีประนอม	3.52	0.65	มาก
7.ท่านสามารถประสานงานหน่วยบริการสาธารณสุข และภาคีอื่น ๆ เพื่อร่วมแก้ปัญหาสุขภาพจิตชุมชน	3.38	0.61	มาก
8.แม้มีเรื่องไม่สบายใจ ท่านสามารถช่วยให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ได้ โดยไม่แยกตัว	3.45	0.67	มาก
9.ท่านสามารถชักชวนให้บุคคลเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ในสังคม หรือเพื่อประโยชน์ต่อคนยุคใหม่ได้	3.44	0.63	มาก
10.ท่านสามารถช่วยให้บุคคล ยอมรับสิ่งที่ผู้อื่นให้ด้วยความเต็มใจ เช่น การให้ความรัก การให้สิ่งของ ความช่วยเหลือ ความผูกมิตร	3.48	0.62	มาก

11.ท่านสามารถจูงใจ ชักชวนให้บุคคลร่วมบริจาคเงิน สิ่งของให้กับผู้ที่เดือดร้อน วัด หรือองค์กรการกุศล ด้วยความเต็มใจ	3.30	0.68	ปานกลาง
12.ท่านสามารถร่วมและชักชวนบุคคลสวดมนต์ ทำสมาธิตามแนวทางพื้นบ้าน ดังเดิมที่พ่อแม่เคยสอนท่านและคิดทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำผ่านมา	3.09	0.76	ปานกลาง
13. ท่านสามารถเป็นแบบอย่างในการส่งเสริมการทำความดี ถือศีลในวันพระ และปฏิบัติเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพจิตที่ดี	3.16	0.75	ปานกลาง
14.ท่านสามารถรับฟังปัญหา และให้ข้อเสนอแนะ หรือแนะนำเมื่อบุคคลอื่นเกิดความไม่สบายใจ	3.34	0.69	ปานกลาง
15.ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ ทำให้ท่านสามารถดูแลงานด้านสุขภาพจิตชุมชนได้ เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช การเข้าถึงปัญหาสุขภาพจิตชุมชน	3.14	0.76	ปานกลาง
รวม	3.42	0.69	มาก

4) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมทางสุขภาพจิต กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน

5) ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

คุณลักษณะส่วนบุคคล		การรับรู้สมรรถนะตนเอง ต่อการป้องกันปัญหา สุขภาพจิต	P-Value
เพศ		0.116	
อายุ		- 0.012	
สถานภาพ		0.129**	
ระดับการศึกษา	ค่าสหสัมพันธ์	0.320**	< 0.01
อาชีพ	(r)	0.264**	
รายได้		0.215**	
ความเพียงพอ		0.036	
โรคประจำตัว		-0.034	

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.7 แสดงความสัมพันธ์ คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ค่า $r = 0.129, 0.320, 0.264$ และ 0.215 P-value < 0.01 ในส่วน เพศ อายุ ความเพียงพอ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิตกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

		การรับรู้สมรรถนะตนเอง ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
พฤติกรรมทางสุขภาพจิต	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	0.089
	P	$< 0.01^{**}$
	ระดับความสัมพันธ์	ระดับสูงมาก

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4.8 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิตกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมทางสุขภาพจิตกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ค่า $r = 0.089$ P-value < 0.01 โดยพบว่าระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับสูงมาก

5) ข้อเสนอแนะต่อการสร้างเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้า นำสู่การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุตอนต้น

ผลการเสนอแนะ สรุปได้ว่า กิจกรรมที่ต้องการพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการเสริมสร้างสมรรถนะทางสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย เช่น การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต การ

อบรมวิธีการคัดกรองและการเข้าถึงผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต เป็นต้น จำแนกเป็นแต่ละหัวข้อได้ดังนี้

1) อบรมคุยกันเรื่องสุขภาพใจ (พูดคุยเป็นกลุ่ม) การนัดประชาชน มาคุยกันบ่อย ๆ ให้คนได้เล่าเรื่องความเครียด ความเหงา แบบไม่ตัดสินมีพี่เลี้ยง/ผู้ให้คำปรึกษามาช่วยชี้แนะวิธีผ่อนคลายง่าย ๆ เช่น หายใจลึก ๆ เดินออกกำลังกายสั้น ๆ

2) สอนวิธีสังเกตเพื่อนบ้านเสี่ยง (คัดกรองแบบบ้าน ๆ) สอนประชาชน ให้รู้วิธีสังเกตสัญญาณง่าย ๆ เช่น นอนน้อย กินข้าวน้อย พูดเบื่อก โลก ถอยตัวออกจากคนอื่น ให้เบอร์/จุดติดต่อในชุมชนที่ช่วยต่อได้ (ผู้นำชุมชน รพ.สต.) และวิธีพูดคุยเบื้องต้นแบบไม่ทำให้เขาอาย

3) กิจกรรมลดเครียดแบบร่วมมือ (คลายเครียดเป็นกลุ่ม) จัดกิจกรรมสั้น ๆ เช่น ออกกำลังกายช้า ๆ เดินตามเพลง เล่นเกมกลุ่ม ทำสวนรวมกัน หรือกิจกรรม

เชิงปฏิบัติการอบรมการทำสมาธิ 10-15 นาที เน้นทำเป็นประจำ ให้คนรู้สึกมีเพื่อนและมีพื้นที่ปลอดภัย

4) กิจกรรมสร้างความมั่นใจ ตระหนักรู้ ตระหนักรับมือภัยไซเบอร์ (อบรมเป็นกลุ่ม) ได้แก่ การจัดการรับมือภัยจากการถูกมิจฉาชีพจากโซเชียล หลอกลวง วิธีรับมือ และแนวทางการขอความช่วยเหลือ

หน่วยงานหรือ ภาครีหรือข่ายที่ท่านคิดว่าควรมาร่วมในการเสริมสร้างสมรรถนะทางสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ให้แก่ท่าน เช่น หมออนามัย ...ทำหน้าที่อบรมทักษะป้องกันตนเอง ต่อความเครียด เป็นต้น

- 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / รพ.สต. - ช่วยอบรม ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิต
- 2) อสม. - ใกล้ชิดชาวบ้าน คอยสังเกต และให้คำแนะนำเบื้องต้น
- 3) ผู้นำชุมชน / อบต. - ประสานงาน จัดกิจกรรม ลดเครียด สร้างพื้นที่พูดคุย
- 4) โรงเรียน / ครู - ดูแลเด็กและวัยรุ่น สอดส่องสัญญาณเครียด ซึมเศร้า
- 5) ตำรวจไซเบอร์ / นักวิชาการคอมพิวเตอร์ - ให้ความรู้และฝึกอบรม การป้องกันภัยจากการถูกมิจฉาชีพจากโซเชียลหลอกลวง วิธีรับมือ และแนวทางการขอความช่วยเหลือ

จากผลการสัมภาษณ์และการศึกษาเชิงคุณภาพผู้วิจัยสามารถสกัดความต้องการ การพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงาน โดยสรุปหลักการและการใช้แนวคิดสำคัญ ได้ดังนี้

- 1) แนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวก (Positive Mental Health Framework) เน้นการเสริมสร้างพลัง

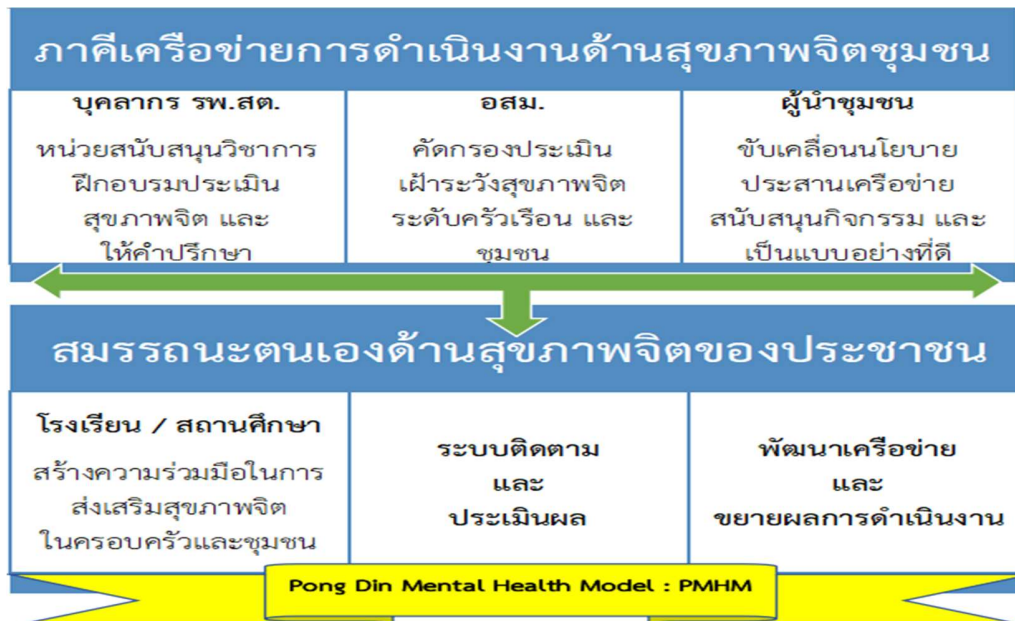
ใจ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) และสมดุลชีวิตการทำงาน-ชีวิตส่วนตัว

2) แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะตนเอง (Self-competency Development) มุ่งให้ประชาชนสามารถประเมินตนเอง รับรู้ปัญหา และมีทักษะจัดการความเครียด ความขัดแย้ง และอารมณ์ได้

3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Action Framework) ใช้พลังของเครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม. โรงเรียน และองค์กรในพื้นที่เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพจิตอย่างยั่งยืน

การตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบเนื่องจากในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ถูกนำมาใช้ในการสังคมศาสตร์ ด้วย การรวบรวมวิธีการใช้ผู้สังเกต (observer) ทฤษฎี (theory) วิธีการ (methods) และข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical material) ที่เข้าซ้อนกัน นักวิจัยหวังว่า จะจัดจุดต่อ หรือ ความลำเอียงภายใน และปัญหาที่เกิดจากการใช้วิธีการอย่างเดียวและการใช้ทฤษฎีเดียวในการศึกษา เนื่องจากการวิจัยเชิงผสมผสาน มีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความยืดหยุ่นสูง ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และเกิดความไว้วางใจในคุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการตรวจสอบสามเส้าทั้ง 4 วิธี มีประเด็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งเชิงทฤษฎี เชิงเนื้อหาของกิจกรรม ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะตนเองเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ของประชาชนวัยทำงานพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งกุ่ม (โป่งดิน) อำเภออดอยสะแกดจังหวัดเชียงใหม่ ในชื่อว่า “โป่งดินสุขภาพจิตดี ชีวิตปลอดภัย ใส่ใจประชาชนทุกคน”



อภิปรายผลการวิจัย

(1) พฤติกรรมสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย, ด้านสังคม, ด้านเศรษฐกิจ และด้านอารมณ์และจิตใจ ($n=235$) พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพจิตรวม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.44$, $SD.=0.73$) โดยพบว่า ด้านร่างกาย อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.37$, $SD.=0.60$) ด้านสังคม อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.32$, $SD.=0.56$) ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.64$, $SD.=1.10$) และด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($\bar{X}=1.44$, $SD.=0.66$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ju (2019) ได้ศึกษาการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผลโดยตรงของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ส่งผลต่อภาวะเครียดและซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนจากครอบครัว สถานะสุขภาพส่วนบุคคล และความหมกหมุ่นทาง ตัวแปรเหล่านี้คิดเป็นร้อยละ 66 ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะ

ซึมเศร้า ความหมกหมุ่นทางมีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม และสถานะสุขภาพส่วนบุคคลมีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่มีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญต่อการสนับสนุนของครอบครัว แต่ในสถานการณ์ที่มีความรุนแรง เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า มีระดับความรุนแรงของความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จนอาจถึงระดับการมีความคิดฆ่าตัวตายในบางครอบครัวได้ สอดคล้องกับ Mata (2023) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอจาง จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงาน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของประชากรวัยทำงาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงาน ซึ่งประกอบอาชีพอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอจาง จังหวัดลำปาง จำนวน 150 คน การวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้รูปแบบการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสำรวจ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะการทำงาน แบบสอบถาม สัมพันธภาพในครอบครัว และแบบทดสอบภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มวัยทำงานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.3 โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ($OR_{adj}=1.67$, $95\%CI=1.11-8.27$) สถานภาพปัจจุบัน ($OR_{adj}=5.57$, $95\%CI=1.72-18.65$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($OR_{adj}=3.92$, $95\%CI=1.03-14.93$) และการออกกำลังกาย ($OR_{adj}=0.36$, $95\%CI=0.14-0.89$) จึงมีความจำเป็นที่ชุมชนควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยทำงานต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยทำงาน หรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมถึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด การออกกำลังกาย และกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

(2) ศึกษาาระดับของการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n=235$) ค่าเฉลี่ยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.42$, $SD=0.69$) อธิบายได้ว่า บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่จะแสดงออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ และถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองและสภาพการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ (Bandura, 1977) สอดคล้องกับThongbanjob (2022) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิต ทางด้านอารมณ์ ด้านลบของ

ประชากรกลุ่มวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถจัดการปัญหาทางจิตกับปัญหาสุขภาพจิต ทางด้านอารมณ์ด้านลบของประชาชนวัยทำงานในชุมชน อำเภองาว จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรวัยทำงาน จำนวน 348คน ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยทำงานมีความชุกทางภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.14 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 33.91 และความเครียด ร้อยละ 10.06 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.47 มีความสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถจัดการปัญหาทางจิต ในภาพรวมกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำมาก เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การรับรู้ปัญหา มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับอารมณ์ด้านลบทั้ง 3 ด้าน ส่วนการจัดการปัญหาที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบอยู่ในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังนั้น การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตของตนเองเมื่อเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต จะนำไปสู่การหาวิธีจัดการปัญหาและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดได้

(3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิต กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนวัยทำงาน พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ค่า $r = 0.129, 0.320, 0.264$ และ 0.215 $P\text{-value} < 0.01$ ในส่วน เพศ อายุ ความเพียงพอ และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางสุขภาพจิตกับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า พฤติกรรมทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ค่า $r = 0.089$ P-value < 0.01 โดยพบว่า ระดับความสัมพันธ์ที่ได้อยู่ในระดับสูงมาก อภิปรายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถส่งผลต่อการป้องกันความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตายได้ เพราะประชาชนจะเกิดความมั่นใจต่อการรับมือในสถานการณ์วิกฤต ต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับ [Jai \(2025\)](#) ได้ศึกษาการวิจัยผานวิธีเพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล มีหนึ่งวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความเข้าใจสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและวิธีการพัฒนาสมรรถนะจากมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการเรียนรู้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองในกลุ่มทดลอง ทำให้มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองและติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออดอยสะเก็ด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภออดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้กำหนดนโยบายการส่งเสริมความรู้สุขภาพด้านสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชนในทุกพื้นที่ ให้เกิดการดูแลสุขภาพจิตตนเองเพื่อป้องกันปัญหาความเครียด และภาวะซึมเศร้า อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยจากความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

2. สามารถบูรณาการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับตำบล ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนอส. มาจำลองใช้ในระดับพื้นที่หรือระดับตำบล โดยให้คณะกรรมการดังกล่าวมีบทบาทในสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนเพื่อขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ดังนั้นควรมีการนำเอาผลการศึกษามาบูรณาการกับกิจกรรมการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองในประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2. ควรมีการสร้างทีมจิตอาสาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในชุมชน เพื่อร่วมการแก้ปัญหา และเพิ่มเครือข่ายในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การดูแลผู้ที่มีความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย ทั้งกลุ่มที่ควบคุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน รวมทั้งขยายจิตอาสาเพื่อไปดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

3. ควรมีกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ควรใช้พื้นที่หรือชุมชนเป็นฐานในการพัฒนาด้านสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงความเป็นเจ้าของปัญหา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

4. สร้างกระบวนการ การมีส่วนร่วมในการทำงานในหลากหลายรูปแบบ โดยเน้นทุกภาคส่วน

เข้ามาร่วมกันพัฒนางานโดยยึดหลัก ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล

5. สร้างภาคีเครือข่ายการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาให้มีความเข้มแข็ง และร่วมมือกันในรูปแบบพหุภาคีแบบไร้รอยต่อ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรประยุกต์โปรแกรมการประยุกต์สมรรถนะตนเองด้านสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในประชาชนวัยทำงานพื้นที่ตำบลแม่คือ อำเภอต๋อยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่

2. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้ ความเสี่ยงต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงอันตรายจากภาวะสุขภาพจิต โดยการให้ความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย

3. ควรทำการศึกษา และสร้างนวัตกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะตนเองในการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดในการฆ่าตัวตาย หรือศึกษาทดลองรูปแบบที่เป็น Intervention ที่ต่างจากการค้นพบครั้งนี้

4. ควรมีการพิจารณานำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเข้าสู่เวทีระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อเสนอและบรรจุให้เป็นการดูแล ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชนในระดับนโยบาย เพื่อสามารถใช้เป็นรูปแบบในภาพรวมทั้งอำเภอต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วิทยา ต้นอารีย์ และอาจารย์ ดร.มูจลินท์ แปงศิริ อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และดร.กานต์ ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่กรุณาให้เกียรติและเสียสละเวลารับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอต๋อยสะเก็ด บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอขอบคุณ ประชาชนผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงผู้ร่วมงานทุกท่าน ที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาเป็นอย่างดี ตลอดจนครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นที่กำลังใจมาโดยตลอด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เสนอโครงร่างและผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย IRBCMRU2025/441.25.08

เอกสารอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Sources of self-efficacy*. New York: W. H. Freeman and Company.

- Chantawanich, C. (2011). **Data analysis in qualitative research** (10th ed). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Health Data Center**. [online]. Retrieved May 1, 2024 from; <https://www.chiangmaihealth.go.th>.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). **Mental Health Check in & E-mail Alert Program**. [online]. Retrieved October 10, 2025 from <https://checkin.dmh.go.th/>
- Department of Mental Health. (2022). **Mental health assessment data for Thai people**. [online]. Retrieved October 10, 2025 from <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01>.
- Department of Mental Health. (2024). **Survey of the mental health situation of Thai people through Mental Health Check In**. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
- Jai Man, B., Lak Wongtree, A., Morakot, T., Ken Buppa, K., Weerchanwivat, K., Buppaphan, N., et al. (2025). **Research integrating methods to promote mental health in the elderly with chronic diseases and depression using a positive psychology program**. Journal of Health and Nursing Education, 31(2): 93-111.
- Ju, H. (2019). **A Study on the Relationship Between the Variables Related to the Health Promoting Behavior of the Elderly**. KoreaScience, 17(2): 243-254.
- Krejcie, RV., Morgan, DW. (1970). **Determinining sample size for research activities. Education and Psychological Measurement**, 30(3): 607-610.
- Likert, R. (1932). **A technique for the measurement of attitude**. Archives of Psychology, 140: 1-55.
- Malihe SM., Amir VA., Golshan M., Farshid RB., Keivan G., Mohamad A.P., et al. (2021). **Depression, Anxiety, and Among Patients with COVID-19 : A Cross-Sectional Study**. Advance in Experimental Medicine and Biology, 1321: 229-236.
- Mata C, Inpan C, Chaiprom P, Promchat P, Rattanathanakorn A. (2023). **Factors Influencing Depression among Working-age Population: A Case Study of a community in Ngao District, Lampang Province**. NJPH, 32(3):187-9.
- Ministry of Public Health. (2022). **HDC Ministry of Public Health**. [online]. Retrieved June 2, 2025 from <https://hdcservice.moph.go.th/>

from;
https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%202019%20NCI.pdf.
Nilchaikovit, T., Sukying, C. and Silpakit, C. (2002).
The General Health Questionnaire.
Bangkok: Ramathibodi Hospital.

Thongbanjob K., Inchaithep S. . (2022). The relationship between the ability to manage mental problems and negative emotional mental health problems of the working-age population in the community, Ngao District, Lampang Province . Health and Education Journal, 2(2): 19–31.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of a Motivation Enhancement Program on Patients' Perception and Self-Care Practices Before and After Cataract Surgery at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province

ยุพิน หมั่นมูล (Yupin Muenmun)*

Received: Sep 24, 2025 | Revised: Dec 01, 2025 | Accepted: Dec 18, 2025

บทคัดย่อ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการมองเห็นลดลงในผู้สูงอายุ การให้ความรู้ที่เป็นระบบมีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตัวและการมาติดตามหลังผ่าตัด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อระดับการรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความสามารถในการจำแนกอาการปกติและอาการผิดปกติ (red flag) และพฤติกรรมการมาพบแพทย์ภายใน 1-7 วันหลังผ่าตัดต้อกระจก

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่พัฒนาตามกรอบ Health Belief Model และ Self-Efficacy Theory ประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการติดตามผล 1-7 วันหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ตามแนวทางปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบเช็คลิสต์ และแบบติดตามพฤติกรรมการมาตามนัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Independent Samples t-test และ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (17.95 ± 1.80 เทียบกับ 12.95 ± 2.00 , $p < .001$, $d = 2.63$) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (9.03 ± 0.97 เทียบกับ 6.65 ± 1.42 , $p < .001$, $d = 1.95$) และความสามารถในการจำแนกอาการหลังผ่าตัด เช่น อาการข้างเคียงทั่วไปที่เฝ้าสังเกตได้ กับอาการผิดปกติ (red flag) ที่ต้องรีบพบแพทย์ทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (7.88 ± 1.34 เทียบกับ 5.50 ± 1.55 , $p < .001$, $d = 1.45$) ส่วนอัตราการมาตามนัดใน 7 วันหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองสูงกว่า (70.00% เทียบกับ 55.00%) แม้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .248$)

คำสำคัญ: ต้อกระจก; โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ; ความรู้ผู้ป่วย; พฤติกรรมการปฏิบัติตัว; อาการเตือน red flag

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่ อีเมล: dokya2@gmail.com

* Registered nurse, Sanpatong Hospital Email: dokya2@gmail.com

Abstract

Cataract is a major cause of visual impairment among older adults. Structured patient education has been shown to influence self-care behaviors and follow-up adherence after surgery. This study aimed to evaluate the effects of a motivation enhancement program on patients' perception, self-care practices, ability to classify normal versus abnormal (red flag) postoperative symptoms, and follow-up behavior within 1–7 days after cataract surgery.

This quasi-experimental study utilized a two-group pretest–posttest design and was conducted among 80 cataract surgery patients, comprising 40 patients in the control group and 40 in the experimental group. The experimental group received a motivation enhancement program developed based on the Health Belief Model and Self-Efficacy Theory, which included video-based education, individual counseling, and postoperative follow-up from day 1 to day 7. The control group received routine preoperative and postoperative education. Research instruments included a questionnaire, behavioral checklist, and follow-up tracking form. Data were analyzed using Independent Samples t-test and Fisher's Exact Test with a significance level of $p < .05$.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher knowledge scores than the control group (17.95 ± 1.80 vs. 12.95 ± 2.00 , $p < .001$, $d = 2.63$). Self-care behavior scores were also significantly higher (9.03 ± 0.97 vs. 6.65 ± 1.42 , $p < .001$, $d = 1.95$). In addition, the experimental group demonstrated significantly greater ability to **classify** postoperative symptoms—such as distinguishing common mild symptoms that can be self-monitored from abnormal (red flag) symptoms requiring immediate medical attention—compared with the control group (7.88 ± 1.34 vs. 5.50 ± 1.55 , $p < .001$, $d = 1.45$). The experimental group also had a higher rate of follow-up attendance within 7 days (70.00% vs. 55.00%), although the difference was not statistically significant ($p = .248$).

Keywords: cataract; motivation enhancement program; patient knowledge; self-care behaviors; red flag symptoms

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการมองเห็นทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ IAPB Vision Atlas (2020) ระบุว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอดที่สามารถป้องกันได้ และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามโครงสร้างประชากรสูงวัย ขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้การระดมทรัพยากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) รายงานว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 20 ล้านคนที่ตาบอดจากโรคต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 51 ของผู้ที่ตาบอดทั้งหมด อีกทั้งรายงานของ Nakhonphan (2024) ระบุว่าภาคเหนือของประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุด ส่งผลให้พบผู้ป่วยต้อกระจกจำนวนมากและยังคงเป็นสาเหตุหลักของภาวะตาบอดที่สามารถป้องกันได้ แม้ว่าการผ่าตัดต้อกระจกจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย แต่ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ความดันตาสูง การอักเสบ หรือการติดเชื้อภายในลูกตา (endophthalmitis) โดยเฉพาะในช่วง 1–7 วันแรกหลังผ่าตัด (Kara-Junior et al., 2022) การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและความสามารถในการจำแนกอาการจึงมีความสำคัญ เช่น การแยก อาการข้างเคียงทั่วไป ได้แก่ เคืองตา น้ำตาไหลเล็กน้อย ออกจาก อาการผิดปกติ (red flag) ได้แก่ ตาปวดรุนแรงร่วมกับปวดศีรษะ ตาแดงมากตามลวม หรือมีหนอง ซึ่งจำเป็นต้องรีบมาพบแพทย์ทันทีเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวร (Lee et al., 2021)

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพิ่มขึ้นต่อเนื่องระหว่างปี 2565–2567 จำนวน 725, 812 และ 1,235 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เช่น ไม่

อาบน้ำสระผมก่อนผ่าตัด, มีความกังวลแต่ไม่แจ้งบุคลากร, ขยี้ตาหรือสัมผัสดวงตาโดยไม่ล้างมือ, ไอ จาม หรือเบ่งถ่ายแรงโดยไม่ป้องกันตา ตลอดจนพบพฤติกรรมมาพบแพทย์หลังผ่าตัดที่ไม่สอดคล้องกับความจำเป็น ได้แก่ การมาพบแพทย์เร็วกว่ากำหนดวันนัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ (Over-triage) และ การมาพบแพทย์ล่าช้าทั้งที่มีอาการเตือน (Under-triage) ซึ่งสะท้อนถึงการไม่สามารถแยกแยะอาการปกติและอาการเตือน (red flag) ได้อย่างถูกต้องหลังผ่าตัด

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ก่อน–หลังผ่าตัดต้อกระจกหลายรูปแบบ เช่น การให้วิดีโอทัศน์ประกอบคำอธิบาย (Zhang et al., 2019), โปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (Kara-Junior et al., 2022) และการให้คำปรึกษาโดยพยาบาล (Kumar et al., 2023) ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้ ลดความกังวล และเสริมทักษะการหยอดยา อย่างไรก็ตาม หลายงานวิจัยยังพบข้อจำกัด ได้แก่ (1) เนื้อหาความรู้เน้นเฉพาะการหยอดยาและการปฏิบัติตัวทั่วไป แต่ยังไม่ครอบคลุมการจำแนกอาการผิดปกติ (red flag) ที่ต้องรีบพบแพทย์ (2) ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เพียงครั้งเดียว ไม่มีระบบติดตามหลังผ่าตัด 1–7 วัน ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงที่สุด และ (3) ยังขาดโปรแกรมที่ออกแบบบนพื้นฐานกรอบทฤษฎีด้านแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงเห็นช่องว่างสำคัญดังกล่าวและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่ครอบคลุมทั้งการรับรู้ พฤติกรรม และการติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนา “โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก” โดยประยุกต์กรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) เพื่อเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และลดอุปสรรคของการปฏิบัติตัว

(Champion & Skinner, 2008) ร่วมกับ Self-Efficacy Theory เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (Bandura, 1997) โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ การให้คำปรึกษารายบุคคล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามผลต่อเนื่องหลังผ่าตัด เพื่อสนับสนุนการแยกแยะอาการปกติและอาการเตือน (red flag) และส่งเสริมการตัดสินใจมาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสม โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถเพิ่มความเข้าใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย (Zhang et al., 2019) และงานวิจัยของ Kumar และคณะ (2023) รายงานว่าความรู้หลังผ่าตัดยังไม่เพียงพอในหลายด้าน เช่น การทำความสะอาดรอบดวงตาและการหยอดยา จึงจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ที่ชัดเจนและเป็นระบบเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการจำแนกอาการปกติและอาการผิดปกติ (red flag) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์จริงภายใน 1-7 วันหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยประเมินจาก

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรคต้อกระจก (Cataract)

ต้อกระจกเกิดจากภาวะเลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้การมองเห็นลดลง โดยพบบ่อยในผู้สูงอายุจากการเสื่อมของเลนส์ตามวัย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น การได้รับรังสีอัลตราไวโอเลต (UV) โรคเบาหวาน การใช้สเตียรอยด์เป็นเวลานาน และการบาดเจ็บที่ตา การรักษามาตรฐานคือการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมแบบ Phacoemulsification ซึ่งมีข้อดี คือ แผลเล็ก พึ่งตัวเร็ว และภาวะแทรกซ้อนต่ำ (Parrak, 2025; Liu, 2019)

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การพัฒนาโปรแกรมในงานนี้อิง Health Belief Model (HBM) และ Self-Efficacy Theory ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.2.1 Health Belief Model (HBM)

แบบจำลองนี้อธิบายว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมที่ถูกต้อง (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) สิ่งกระตุ้นให้ลงมือทำ (Cues to Action) และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy)

งานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่า HBM เหมาะต่อการออกแบบโปรแกรมให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรม ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงบริบทการผ่าตัด (Afenigus, 2024; Champion & Skinner, 2021)

1.2.2 Self-Efficacy Theory

การเกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้จริง การเสริม Self-efficacy ผ่านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การให้คำปรึกษา และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้

ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด (Bandura, 1997)

1.3 บทบาทของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในงานพยาบาล

โปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่มีองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ และแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมคุณภาพชีวิต งานวิจัยของ Devireddy (2025) ระบุว่า การให้ความรู้ที่เป็นระบบรวมกับการติดตามช่วยเพิ่มการใช้ยาหยอดตา การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และอัตราการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดตา

1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด

พฤติกรรมผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากความวิตกกังวล ระดับความรู้ ทักษะ การสนับสนุนจากครอบครัว และโรคร่วม ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลและแรงสนับสนุนอย่างเหมาะสมจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่า และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่า (Zhang et al., 2023; Sharma et al., 2022)

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 งานวิจัยด้านการส่งเสริมการรับรู้และการป้องกันโรค Afenigus (2024) พบว่า การให้ความรู้แบบกลุ่มและรายบุคคลช่วยเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมปฏิบัติตัวในโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ Fang (2025) รายงานว่า ระดับความรู้ที่เพียงพอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้และทัศนคติ ส่งผลให้การจัดโปรแกรม

ให้ความรู้แบบต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก งานวิจัยของ Khowaja et al. (2025) พบว่า structured counseling ช่วยเพิ่มการร่วมมือของผู้ป่วยในการใช้ยาหยอดตา การดูแลความสะอาด และการมาติดตามหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารที่ชัดเจนและต่อเนื่องช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง

2.4 บริบทประเทศไทย Yotkumlue (2023) ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกในไทย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจในคำแนะนำ การสนับสนุนจากผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำชัดเจนและมีผู้ดูแลร่วมสนับสนุนมีแนวโน้มมาตรวจตามนัดและมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนหรือไม่เข้าใจคำแนะนำมีความเสี่ยงเกิดปัญหามากกว่าอย่างชัดเจน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ Health Belief Model (HBM) และ Self-Efficacy Theory เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก เพื่อเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพ การประเมินอาการ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง

1. Health Belief Model (HBM)

โปรแกรมออกแบบเพื่อกระตุ้นองค์ประกอบสำคัญของ HBM ได้แก่

Perceived Susceptibility: ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันตาสูง การติดเชื้อ

Perceived Severity: เข้าใจความรุนแรงของอาการผิดปกติ (red flag) ที่ต้องรีบพบแพทย์

Perceived Benefits: เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การหยอดยา การไม่ขยี้ตา

Perceived Barriers: ลดอุปสรรค เช่น ความกลัว ความเข้าใจผิด

Cues to Action: ใช้สื่อวีดิทัศน์ คำปรึกษาพยาบาล และการติดตามโทรศัพท์เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการลงมือปฏิบัติ

2. Self-Efficacy Theory

โปรแกรมเน้นเสริม ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ผ่านการให้คำปรึกษารายบุคคล การสาธิต-ฝึกปฏิบัติ และการติดตามหลังผ่าตัด 1-7 วัน

3. ความเชื่อมโยงของกรอบแนวคิดกับโปรแกรม

โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่

1. การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เพื่อเสริม perceived susceptibility, severity, benefits

2. การให้คำปรึกษารายบุคคล ในการลด perceived barriers และเพิ่ม self-efficacy

3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจ

4. การติดตามผลทางโทรศัพท์ 1-7 วันหลังผ่าตัด เป็น cues to action และเสริม self-efficacy

4. ผลที่คาดว่าจะเกิดตามกรอบแนวคิด

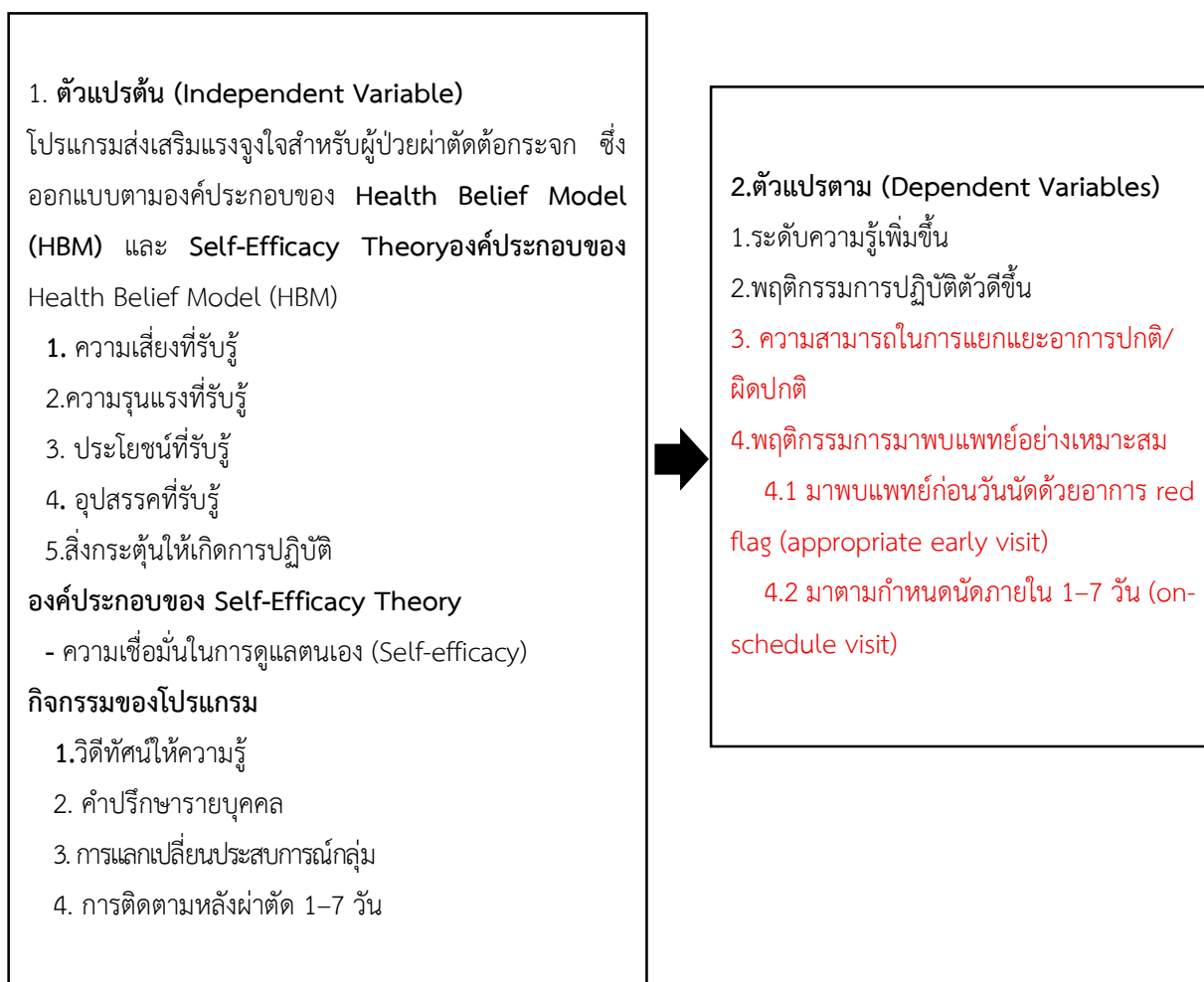
1. ระดับความรู้สูงขึ้น

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีขึ้น

3. ความสามารถจำแนกอาการปกติ-ผิดปกติชัดเจนขึ้น

4. การตัดสินใจมาพบแพทย์เหมาะสมมากขึ้น

5. ลดการมาตรวจก่อนกำหนดโดยไม่จำเป็น (over-triage) และลดการละเลยอาการเตือน (under-triage) (ดังภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา (Research Methodology)

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two-group Pretest-Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้ การจำแนกอาการ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระฉก ในผู้ป่วยหอยผู้ป่วยโสตศอนาสิก จักษุ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวต่อกระบอกในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Sample)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยคัดเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. **กลุ่มควบคุม (Control Group):** ได้รับการให้ความรู้ตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล

2. **กลุ่มทดลอง (Experimental Group):** ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Health Belief Model (HBM) และ Self-Efficacy Theory ครอบคลุมกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยอ้างอิงงานวิจัยของ Phraudom et al. (2024) ซึ่งรายงานค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.013 (large effect size) อย่างไรก็ตาม เพื่อหลีกเลี่ยงการประมาณผลที่อาจ สูงเกินจริง และลดความเอนเอียง (bias) ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (d) อยู่ในระดับปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ 0.60 ในการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.80 ผลการคำนวณพบว่า ต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 36 ราย และเพื่อรองรับการสูญหายของข้อมูลหรือการถอนตัวออกจากการศึกษา (dropout) โดยเผื่ออัตราการสูญหายประมาณ 10% ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 40 ราย รวมทั้งสิ้น 80 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคต้อกระจก และมีแผนเข้ารับการผ่าตัดในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลสันป่าตอง
2. อายุ 40 ปีขึ้นไป
3. สื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจนและเข้าใจได้ดี
4. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถตัดสินใจและตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม (Informed Consent)

6. สามารถเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามผลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนทางตารุนแรง เช่น ต้อหิน ระยะรุนแรง การติดเชื้อในลูกตา (Endophthalmitis) และการอักเสบรุนแรงอื่น ๆ
2. มีโรคหรือภาวะที่ส่งผลต่อการรับรู้ การสื่อสาร หรือการตอบสนอง เช่น สมองเลื่อม พาร์กินสัน หรือโรคจิตเวชรุนแรง
3. มีความบกพร่องด้านการมองเห็นหรือการได้ยินที่ทำให้ ไม่สามารถรับสื่อการเรียนรู้หรือข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
4. ไม่สามารถติดตามผลได้ครบตามเวลาที่กำหนด เช่น ต้องย้ายที่อยู่ หรือมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง
5. เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใน ตาข้างเดียวกัน มาก่อน และเคยได้รับคำแนะนำหรือการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (Patient Demographic Data Form)

ใช้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว วันที่เข้ารับบริการ วันที่ผ่าตัด ตาข้างที่ผ่าตัด และชนิดของเลนส์แก้วตาเทียม

2. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก

พัฒนาจากแนวทางของ American Academy of Ophthalmology (2021) และข้อมูลการปฏิบัติงานจริง เนื้อหาครอบคลุมการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด การใช้ยาหยอดตา และอาการผิดปกติ (red flag) รวม 21 ข้อ (ก่อนผ่าตัด 10 ข้อ หลังผ่าตัด 11 ข้อ)

เป็นคำถามชนิดถูก-ผิด ให้คะแนนถูก 1 คะแนน ผิด 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 21 คะแนน

3. แบบเช็กलिस्टพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ใช้ประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ก่อนและหลังผ่าตัด โดยพยาบาลประเมินจากการสังเกต และข้อมูลประกอบ เช่น การซักถาม เวชระเบียน และบันทึกการหยอดยา แบบประเมินประกอบด้วย 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด (Pre-operative phase) 5 ข้อ และหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย (Post-operative phase) 5 ข้อ โดยมีตัวเลือกการตอบ 2 แบบ ได้แก่ “ทำ” และ “ไม่ทำ”

4. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการรู้จักการปกติและการผิดปกติหลังผ่าตัดต่อกระเจก

ใช้ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับอาการทั่วไปและอาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ ทันที (red flag) ประเมินครั้งเดียวก่อนจำหน่ายหรือในวันติดตามนัด ประกอบด้วย 10 ข้อ แบบตอบ “ใช่/ไม่ใช่”

5. แบบฟอร์ม Checklist ติดตามพฤติกรรม การมาพบแพทย์หลังผ่าตัด (1-7 วันหลังจำหน่าย)

ใช้บันทึกจากเวชระเบียนและการติดตามทาง โทรศัพท์ ครอบครัว 2 ประเด็น

5.1 Early visit ได้แก่ Appropriate early = มีอาการผิดปกติรุนแรง (red flag) และ Inappropriate early / Over-triage = มีเพียงอาการข้างเคียงหรืออาการปกติ

5.2 Follow-up status การมาตามนัด (On-schedule) หรือไม่มาตามนัด (No-show) ภายใน 7 วันหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Validity and Reliability Testing)

ความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ (2) แบบสอบถามความรู้ (3) แบบเช็กलिस्टพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว และ (4) แบบประเมินความสามารถในการจำแนกอาการหลังผ่าตัด ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (จักษุแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง Item-Objective Congruence (IOC) ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทั้งสี่ฉบับมีค่า IOC เท่ากับ 0.97, 0.96, 0.96 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับ ดีมาก (≥ 0.50 ถือว่าผ่านเกณฑ์) และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้จริง

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว รวมถึงแบบประเมินความสามารถในการจำแนกอาการปกติและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ผู้วิจัยได้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 20 ราย และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cronbach's Alpha พบว่าแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมมีค่า 0.94 และแบบประเมินการจำแนกอาการมีค่า 0.89 ซึ่งทั้งสองค่าอยู่ในระดับดีมาก (≥ 0.80) แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเพียงพอและเหมาะสมสำหรับใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย

จัดทำโครงร่างวิจัยและยื่นขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์จากหอผู้ป่วยโสต คอ นาสิก จักษุ ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย รวม 80 ราย

3. อธิบายโครงการและขอความยินยอม

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและลงนามในแบบแสดงความยินยอมจากนั้นทำแบบสอบถามพื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรม

4. การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้เข้าร่วมทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามวัดความรู้แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดและแบบประเมินความสามารถในการแยกแยะอาการเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรม

5. การดำเนินโปรแกรม

กลุ่มควบคุม (Control Group)

ได้รับข้อมูลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาลโดยชมสื่อวีดิทัศน์ความยาว 15 นาที เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจก ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด (การหยอดยา/หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง/อุปกรณ์ป้องกัน) การมาตรวจตามนัด จัดเป็นกลุ่ม 5-10 คน มีพยาบาลคอยตอบคำถามสั้น ๆ ไม่มีการติดตามหรือกิจกรรมส่งเสริมแรงใจเพิ่มเติม

กลุ่มทดลอง (Experimental Group):

ผู้ป่วยและญาติได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงใจที่พัฒนาตาม Health Belief Model (HBM) และ Self-Efficacy Theory ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ส่วน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การชมวีดิทัศน์และถาม-ตอบ (Video Session + Q&A)

รับชมวีดิทัศน์ 15 นาที เนื้อหาเหมือนกลุ่มควบคุม แต่เพิ่มเติมการอธิบายการจำแนกอาการหลังผ่าตัด ได้แก่ 1) อาการเตือน (Red Flag): ตาปวดรุนแรง ตาแดงมาก ตามัวทันที เห็นแสงวาบ จุตลอย มีหนอง ต้องรีบพบแพทย์ และ 2) อาการทั่วไปหลังผ่าตัด: เคืองตา น้ำตาไหลเล็กน้อย สามารถเฝ้าสังเกตได้เอง หลังรับชมมีการถาม-ตอบ 10 นาที เพื่อเสริม Perceived Susceptibility, Severity และ Benefits ตาม HBM

กิจกรรมที่ 2: การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling)

ให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (5-10 นาที) เพื่อลดความกังวล (ลด Perceived Barriers) เสริมความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัว (Self-efficacy) และ ย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด (Cues to Action)

กิจกรรมที่ 3: การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่ม (Group Sharing)

ผู้ป่วยและญาติ 5-8 คู่ ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด (20 นาที) เพื่อสร้างแรงบันดาลใจทางสังคมและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตัว

กิจกรรมที่ 4: การติดตามผลหลังผ่าตัด (Follow-up Calls)

โทรติดตามผู้ป่วยในวันที่ 2 และ 5 หลังจำหน่าย เพื่อตรวจสอบอาการหลังผ่าตัด ประเมินการปฏิบัติตัว เตือนนัดตรวจ (Cues to Action) เสริมความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง (Self-efficacy)

6. การเก็บข้อมูลหลังทดลอง (Post-test)

ประเมินซ้ำด้วยแบบสอบถามเดิม และบันทึกภาวะแทรกซ้อนโดยจักษุแพทย์

7. การติดตามพฤติกรรมมาพบแพทย์หลังผ่าตัด (Follow-up Behavior)

ติดตามและบันทึกพฤติกรรมการมาพบแพทย์ ภายใน 1-7 วันหลังผ่าตัด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินความร่วมมือและ ความสามารถในการแยกแยะอาการ

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกตรวจสอบ ความครบถ้วน ความถูกต้อง และจัดทำรหัสข้อมูล ก่อน นำเข้าสู่โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ตามแผนการ วิเคราะห์ที่กำหนดในหัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดประมวลผลด้วยโปรแกรม SPSS Statistics Version 27 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ $p < .05$ การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติ เจริญพรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และจำนวนกับร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงจัดหมวดหมู่ พร้อมเปรียบเทียบ ลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test, Chi-square test หรือ Fisher's Exact test

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์หลัก โดย เปรียบเทียบระดับการรับรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และ ความสามารถในการแยกแยะอาการปกติ/ผิดปกติหลัง

ผ่าตัด ใช้ Independent Samples t-test และรายงาน Cohen's d เพื่อแสดงขนาดอิทธิพล (Effect Size)

3. พฤติกรรมการมาพบแพทย์ภายใน 1-7 วัน หลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วย Fisher's Exact test เพื่อ เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 71.05 ± 7.97 ปี และ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70.03 ± 7.33 ปี โดยไม่พบ ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(78) = 0.599$, $p = 0.551$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 ซึ่งไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ($p = 1.000$) ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (42.50%, $p = 0.942$) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (55.00%, $p = 0.915$) และร้อยละ 72.50 มีโรค ประจำตัว เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยไม่ แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p = 0.803$) โดยทุกคนได้รับการ ผ่าตัดด้วยวิธี Phacoemulsification ตาข้างที่ผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นตาซ้าย (68.75%, $p = 0.630$)

โดยสรุป กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะ พื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=80) จำนวน (%)	กลุ่มควบคุม (n=40) จำนวน (%)	กลุ่มทดลอง (n=40) จำนวน (%)	p-value
อายุ ($\bar{X} \pm SD$)	70.54 $\pm$ 7.62	71.05 $\pm$ 7.97	70.03 $\pm$ 7.33	0.551
กลุ่มอายุ (ปี)				0.798
<60	7 (8.75)	3 (7.50)	4 (10.00)	
60-69	28 (35.00)	12 (30.00)	16 (40.00)	
70-79	36 (45.00)	20 (50.00)	16 (40.00)	
≥ 80	9 (11.25)	5 (12.50)	4 (10.00)	
เพศ				1.000
ชาย	36 (45.00)	18 (45.00)	18 (45.00)	
หญิง	44 (55.00)	22 (55.00)	22 (55.00)	
ระดับการศึกษา				0.942
ไม่ได้รับการศึกษา	29 (36.25)	13 (32.50)	6 (40.00)	
ประถมศึกษา	34 (42.50)	18 (45.00)	16 (40.00)	
มัธยมศึกษา	9 (11.25)	5 (12.50)	4 (10.00)	
ปริญญาตรี	8 (10.00)	4 (10.00)	4 (10.00)	
อาชีพ				0.915
ไม่มีอาชีพ	17 (21.25)	7 (17.50)	10 (25.00)	
เกษตรกร	44 (55.00)	23 (57.50)	21 (52.50)	
รับจ้าง	11 (13.75)	6 (15.00)	5 (12.50)	
รับราชการ	8 (10.00)	4 (10.00)	4 (10.00)	
โรคประจำตัว				0.803
ไม่มี	22 (27.50)	10 (25.00)	12 (30.00)	
มี	58 (72.50)	30 (75.00)	28 (70.00)	
วิธีผ่าตัด				-
Phacoemulsification	80 (100.00)	40 (100.00)	40 (100.00)	
ตาข้างที่ผ่าตัด				0.630
ขวา (Right Eye)	25 (31.25)	11 (27.50)	14 (35.00)	
ซ้าย (Left Eye)	55 (68.75)	29 (72.50)	26 (65.00)	

การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระเพาะระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า

ก่อนการทดลอง (Pre-test)

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากัน คือ 12.10 ± 1.85 ทั้งสองกลุ่ม โดยผลการทดสอบ Independent Samples t-test พบว่า $t(78) = 0.000$, $p = 1.000$, Cohen's $d = 0.00$

แสดงว่า ก่อนเริ่มโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน-หลังผ่าตัดต่อกระจก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลอง (Post-test)

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 17.95 ± 1.80 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 12.95 ± 2.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(78) = -11.764$, $p < .001$, Cohen's $d = 2.63$ ขนาดอิทธิพลมีระดับ สูงมาก สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ป่วย

สรุปผล ก่อนดำเนินโปรแกรม ทั้งสองกลุ่มเริ่มต้นด้วยระดับความรู้ใกล้เคียงกัน แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างเด่นชัด แสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัดต่อกระเพาะระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
Pre_Total	กลุ่มควบคุม	40	12.10 ± 1.85	0.000 (78)	1.000	0.00
(ก่อนโปรแกรม)	กลุ่มทดลอง	40	12.10 ± 1.85	-	-	-
Post_Total	กลุ่มควบคุม	40	12.95 ± 2.00	-11.764(78)	< 0.001***	2.63
(หลังโปรแกรม)	กลุ่มทดลอง	40	17.95 ± 1.80	-	-	-

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, Cohen's d = ขนาดอิทธิพล (effect size)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระเพาะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเฉลี่ย 9.03 ± 0.97 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 6.65 ± 1.42 โดยผลการทดสอบด้วย Independent Samples t-test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(78) = -8.707$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.95$

ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับ สูงมาก สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและสอดคล้องกับคำแนะนำทางคลินิกมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระเพาะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
กลุ่มควบคุม	40	6.65 $\pm$ 1.42	-8.707(78)	<0.001***	1.95
กลุ่มทดลอง	40	9.03 $\pm$ 0.97			

*p < .001, Cohen's d = ขนาดอิทธิพล (effect size ระดับสูงมาก)

การเปรียบเทียบความสามารถในการจำแนกอาการ หลังผ่าตัดต่อกระจก

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการจำแนกอาการหลังผ่าตัดเฉลี่ย 7.88 $\pm$ 1.34 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 5.50 $\pm$ 1.55 โดยผลการทดสอบด้วย Independent Samples t-test พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ t(78)

= -7.317, p < .001, Cohen's d = 1.45 ขนาดอิทธิพล (effect size) อยู่ในระดับสูงมาก แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการแยกแยะอาการข้างเคียงทั่วไปที่สามารถเฝ้าสังเกตได้เอง ออกจากอาการผิดปกติหรืออาการเตือน (red flag) ที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความสามารถในการจำแนกอาการปกติ/ผิดปกติหลังผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
กลุ่มควบคุม	40	5.50 $\pm$ 1.55	-7.317(78)	<0.001***	1.45
กลุ่มทดลอง	40	7.88 $\pm$ 1.34			

p < 0.001, Cohen's d = ขนาดอิทธิพล (effect size)

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์หลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์หลังผ่าตัดระหว่างสองกลุ่ม สรุปได้ดังนี้

1. การมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (Early visit): พบว่ากลุ่มควบคุมมีผู้มาตรวจก่อนวันนัดจำนวน 15 ราย (37.50%) สูงกว่ากลุ่มทดลองที่มี 10 ราย (25.00%) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.335)
2. ความเหมาะสมของการตัดสินใจมาตรวจในกลุ่มที่ มา พ บ แ พ ท ย ์ ก ่อน วัน น ัด (Early visit appropriateness): พบว่า กลุ่มทดลองมีผู้มาตรวจก่อน

วันนัดด้วยเหตุผลที่สอดคล้องกับอาการเตือน (red flag) จำนวน 7 ราย (70.00%) มากกว่ากลุ่มควบคุม 5 ราย (33.30%) แม้ค่า p = 0.111 จะยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบแนวโน้มที่ดีกว่าอย่างชัดเจน

3. การมาตามกำหนดนัดภายใน 7 วัน (On-schedule follow-up): พบว่า กลุ่มทดลองมาตามนัดภายใน 7 วันจำนวน 28 ราย (70.00%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม 22 ราย (55.00%) แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.248)

สรุปผลการเปรียบเทียบ

แม้ผลการเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีแนวโน้มในการตัดสินใจมาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสมมากกว่า โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการเตือน (red flag) และ

ยังมี อัตราการมาตรวจตามกำหนดภายใน 7 วันสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจอาจช่วยสนับสนุนผู้ป่วยในการประเมินอาการและการติดตามการรักษาหลังผ่าตัดได้ในระดับหนึ่ง ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์ภายใน 1-7 วันหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หมวดการประเมิน	ตัวแปรประเมิน	กลุ่มควบคุม (n = 40)	กลุ่มทดลอง (n = 40)	p-value*
การมาตรวจเร็วกว่ากำหนด (Early Visit)	จำนวนผู้มาตรวจ	15 (37.50%)	10 (25.00%)	0.335
	มาตรวจอย่างเหมาะสม (มี red flag)	5 (33.30%)	7 (70.00%)	0.111
การมาตามกำหนดนัด (ภายใน 7 วัน)	มาตามกำหนดนัด (On-schedule)	22 (55.00%)	28 (70.00%)	0.248

* ใช้ Fisher's Exact Test ในการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่ม

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 70-79 ปี สอดคล้องกับ Chen et al. (2020) และ WHO (2023) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุช่วง 70-79 ปีมีความชุกของต้อกระจกสูงที่สุด และเป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดมากที่สุด ด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wan et al. (2025) ที่รายงานว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดต้อกระจกและเข้ารับการผ่าตัดสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวกว่า และได้รับผลกระทบจากฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการเกิดความขุ่นของเลนส์แก้วตา ส่วนโรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ Klein (2018) และ American Academy of Ophthalmology (2021) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี

ความเสี่ยงเกิดต้อกระจกสูงและควรได้รับการตรวจตาอย่างสม่ำเสมอ

โดยสรุปลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงความ homogeneous ของกลุ่มตัวอย่าง เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรม (Polit & Beck, 2021) เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ก่อนเริ่มโปรแกรม (Pre-test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากันที่ 12.10 ± 1.85 และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้พื้นฐานใกล้เคียงกัน ซึ่งเหมาะสมต่อการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรม

หลังการทดลอง (Post-test) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.95 ± 1.80 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ 12.95 ± 2.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่า Cohen's $d = 2.63$ จัดอยู่ในระดับ very large effect size (Cohen, 1988) สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่มีการให้คำปรึกษารายบุคคลมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำอธิบายเฉพาะรายและสามารถซักถามข้อสงสัยได้โดยตรง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Kim et al. (2023) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลช่วยเพิ่มความรู้และปรับทัศนคติของผู้ป่วยเบาหวานต่อโรคจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ Jang (2020) ที่รายงานว่า การให้ความรู้ผ่านภาพและคำอธิบายที่ชัดเจนช่วยส่งเสริมความเข้าใจและการจดจำของผู้ป่วยได้ดีกว่าการให้คำแนะนำทั่วไป นอกจากนี้ ในประเทศไทย Sunisa (2022) พบว่า การใช้สื่อโสตทัศน เช่น สื่อวิดีโอและสไลด์ PowerPoint มีส่วนช่วยเพิ่มความรู้และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อกระดูก เนื่องจากสื่อภาพมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยหลัก ช่วยให้เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจาก Patel (2018) ที่รายงานว่าผู้ป่วยบางรายยังคงมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนแม้ได้รับการให้ความรู้ ซึ่งอาจเกิดจากระดับการศึกษาและความสามารถในการอ่านเขียนที่แตกต่างกัน ดังนั้น การออกแบบสื่อและวิธีการสื่อสารควรคำนึงถึงบริบทความต้องการ และความสามารถของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพของการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวให้สูงสุด การเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่า Cohen's $d = 1.95$ ซึ่งจัดอยู่ในระดับ very large effect size (Cohen, 1988) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องหลังผ่าตัดต่อกระดูก

ปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งช่วยลดความกังวลและเพิ่มความพร้อมในการรับรู้ข้อมูล ส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kim et al., 2023) การใช้สื่อภาพ เช่น วิดีทัศน์และสไลด์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ช่วยให้เข้าใจง่ายและจดจำได้ดี ขณะที่การติดตามผลทางโทรศัพท์มีบทบาทในการเสริมแรงและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Smith (2020) ที่ระบุว่า การสื่อสารเชิงแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อความร่วมมือในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ Varaporn (2021) ที่พบว่าสื่อโสตทัศนร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องสามารถปรับพฤติกรรม การดูแลในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับ Patel (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยบางรายยังคงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมแม้ได้รับคำแนะนำ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างของระดับการศึกษา ทักษะการอ่านเขียน หรือการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมควรคำนึงถึงบริบทและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้สูงสุด

การเปรียบเทียบความสามารถในการจำแนกอาการปกติและอาการผิดปกติ (red flag) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจำแนกอาการผิดปกติหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการประเมินอาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะอาการข้างเคียงทั่วไป เช่น คลื่นไส้หรือปวดท้องเล็กน้อย ซึ่งสามารถเฝ้าสังเกตได้ ออกจากอาการเตือน (red flag) เช่น ตาปวดยรุนแรง ตาแดงมาก ตามัวเฉียบพลัน หรือมีหนอง ซึ่งต้องรีบมาพบแพทย์ทันที

ผลลัพธ์นี้ เป็นผลมาจากการสื่อสารผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ชัดเจนร่วมกับการอธิบายแบบถาม-ตอบ เพื่อทบทวนความเข้าใจ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Sharma (2022) และ Anderson (2021) ซึ่งรายงานว่าการใช้สื่อภาพและสื่อมัลติมีเดียสามารถเพิ่มความเข้าใจและการจดจำอาการเตือนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับ Siriporn (2022) ที่ระบุว่าความร่วมมือของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ แตกต่างจาก Nguyen (2019) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายยังคงประเมินอาการผิดพลาด แม้ได้รับข้อมูลแล้ว โดยมีปัจจัยด้านระดับการศึกษา ความพร้อมของครอบครัว และบริบททางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้น การออกแบบโปรแกรมจึงควรพิจารณาปรับเนื้อหาและรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการมาพบแพทย์หลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการมาตรวจภายใน 1-7 วันหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (70.00% เทียบกับ 55.00%) แม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.248$) แต่สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจมีแนวโน้มช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาตามนัด โดยเฉพาะในช่วง 7 วันแรก ซึ่งเป็นระยะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการมาตรวจยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วมอื่น เช่น ระยะทาง ความสะดวกด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความสนับสนุนจากครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Zhang (2022)

สำหรับ การมาตรวจก่อนวันนัด (Early visit) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการมาพบแพทย์อย่างเหมาะสมเมื่อมีอาการ red flag สูงกว่ากลุ่มควบคุม (70.00% เทียบกับ 33.30%, $p = 0.111$) สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยพัฒนาทักษะการประเมินอาการและการตัดสินใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยสามารถแยกความแตกต่างระหว่าง อาการปกติหลังผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ น้ำตาไหลเล็กน้อย กับ อาการผิดปกติรุนแรง ที่จำเป็นต้องพบแพทย์ทันที เช่น ปวดตามาก ตาแดงมาก หรือมีหนอง ผลการค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ Wang (2021) และ Zhao et al. (2021) ที่รายงานว่า สื่อภาพ วิดีโอ และการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินอาการหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน กลุ่มควบคุมมีอัตราการมาตรวจโดยไม่มีสัญญาณเตือนสูงกว่า (37.50% เทียบกับ 25.00%) แสดงว่าการให้ความรู้แบบมาตรฐานอาจยังไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วย ตีความอาการเล็กน้อยว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Smith (2020) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีความกังวลสูงมักมาพบ

แพทย์เกินความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานของ Singh (2022) ที่พบว่า การให้ความรู้เพียงครั้งเดียวก็ยิ่งเพิ่มการมาตามนัดได้อย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างอาจเกิดจากบริบทที่ไม่เหมือนกัน เช่น รูปแบบครอบครัว ระบบสนับสนุนชุมชนระยะทาง หรือระบบติดตามหลังผ่าตัดของแต่ละพื้นที่

สรุป: ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และความสามารถในการแยกแยะอาการหลังผ่าตัดต่อกระจก ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสามารถตัดสินใจมาพบแพทย์ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 7 วันแรกซึ่งเป็นระยะสำคัญต่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม อัตราการมาตรวจตามนัดระหว่างกลุ่มยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น ระยะทาง ความสะดวกในการเดินทาง และการสนับสนุนจากญาติที่รับส่งผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ:

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ: ควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น โดยเฉพาะหน่วยบริการที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก เพื่อส่งเสริมการดูแลหลังผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรเสริมระบบติดตามผู้ป่วย เช่น การโทรเตือนนัด การส่งข้อความ SMS reminder ระบบติดตามโดย อสม. เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัดและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนระยะต้น

ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย: ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนที่มีระบบสนับสนุนเข้มแข็งหรือพื้นที่ชนบทห่างไกล รวมทั้งควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เช่น ภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมอย่างครอบคลุม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ SPT REC 009/2568

เอกสารอ้างอิง

- Afenigus, G. (2024). Health education approaches and behavioral change among patients with chronic diseases. *Journal of Health Promotion Research*, 12(2), 45–58.
- American Academy of Ophthalmology. (2021). *Cataract in the adult eye: Preferred practice pattern*. *Ophthalmology*, 128(1), P1–P126. Retrieved from [https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420\(21\)00750-8/fulltext](https://www.aaojournal.org/article/S0161-6420(21)00750-8/fulltext)
- Anderson, B. L., Williams, K., & Lee, A. (2021). Multimedia education to improve patient recognition of postoperative complications: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 789–795.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). *The Health Belief Model*. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65). Jossey-Bass.

- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2021). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 75–94). Jossey-Bass.
- Chen, X., Zhao, Y., Xu, X., & Wang, W. (2020). Prevalence and risk factors of cataract in the aging population: A population-based study. *BMC Ophthalmology*, 20(1), 1–8.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Devireddy, S. (2025). Effects of structured postoperative education on adherence and follow-up in cataract surgery patients. *International Journal of Ophthalmic Nursing*, 18(1), 22–31.
- Fang, L. (2025). Knowledge, perception, and behavioral intention: A study based on health education interventions. *Asian Journal of Behavioral Science*, 9(1), 14–26.
- International Agency for the Prevention of Blindness. (2020). *Vision Atlas*. Retrieved May 8, 2024, from <https://www.iapb.org/vision-atlas>
- Jang, S. Y., Lee, S. Y., & Park, J. H. (2020). Effect of visual education on cataract surgery patients' knowledge and anxiety: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 1051–1057.
- Kara-Junior, N., Santhiago, M. R., Parede, T. R., Espíndola, R. F., & Gomes, B. A. (2022). Postoperative complications in cataract surgery: A clinical review. *International Journal of Ophthalmology*, 15(4), 612–620.
- Khowaja, S., Ahmed, N., & Malik, H. (2025). Structured counseling and postoperative self-care compliance among cataract patients. *Pakistan Journal of Clinical Ophthalmology*, 7(3), 101–109.
- Kim, J., Lee, H., Park, S., & Choi, Y. (2023). Effectiveness of individualized counseling on knowledge and attitudes toward diabetic retinopathy among patients with diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Ophthalmic Nursing & Care*, 12(2), 101–109.
- Klein, B. E., Klein, R., Lee, K. E., & Gangnon, R. E. (2018). Incidence of age-related cataract over a 15-year interval: The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*, 125(4), 583–590.
- Kumar, S., Patel, R., & Shah, A. (2023). Assessment of patient knowledge and postoperative self-care practices following cataract surgery in a tertiary care

- center. Indian Journal of Ophthalmology, 71(2), 512–518.
- Lee, C. S., Kim, A. Y., & Chen, A. (2021). **Recognizing warning signs after cataract surgery: When to seek urgent care.** Journal of Cataract & Refractive Surgery, 47(9), 1234–1241.
- Liu, Y. (2019). **Advances in phacoemulsification and postoperative outcomes.** Ophthalmology Today, 26(4), 233–240.
- Nakhonphan, N. (2024). **Visual outcomes and surgical efficiency in cataract surgery.** Journal of Nakornping Hospital, 35(2), 45–53.
- Nguyen, H. T., Le, A. T., & Pham, T. T. (2019). **Barriers to patient understanding of postoperative instructions after cataract surgery.** International Journal of Ophthalmology, 12(5), 789–795.
- Parrak, T. (2025). **Age-related cataract: Pathophysiology, management, and surgical outcomes.** Ophthalmic Science Review, 31(2), 55–70.
- Patel, D., Tey, A., McDonnell, P., & Zacharias, J. (2018). **The effect of patient education on compliance and outcome in cataract surgery.** British Journal of Ophthalmology, 102(7), 943–947.
- Phrajudom, S., Uppawanich, S., Ariyaphoowong, K., & Phiphatjaturon, N. (2024). **Effectiveness of implementing nursing practice guidelines for cataract surgery patients through a tele-nursing service system.** Journal of Nursing, 38(1), 45–60.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.).** Wolters Kluwer.
- Sharma, P., Gupta, R., & Verma, S. (2022). **Effectiveness of interactive programs with visual media on postoperative symptom recognition among surgical patients.** International Journal of Nursing Studies, 127, 104168.
- Sharma, R., Gupta, M., & Patel, S. (2022). **Factors influencing postoperative self-care among elderly surgical patients.** Journal of Nursing and Health Sciences, 11(3), 89–97.
- Singh, A. (2022). **Visual outcomes after modern cataract surgery: A prospective study.** Scientific Reports, 12, 14315.
- Siriporn, T., Kanokwan, S., & Chalida, P. (2022). **Family involvement and visual media in improving patients' understanding of warning symptoms of eye diseases.** Journal of Nursing Science and Health, 45(3), 33–44. [in Thai]
- Smith, R., Johnson, P., & Lee, M. (2020). **Motivational interviewing and patient-centered communication**

- in ophthalmic care: Improving patient adherence. *Patient Education and Counseling*, 103(3), 510–516.
- Sunisa, C., Sasiwimon, K., & Anchalee, U. (2022). Effects of audiovisual media on knowledge and confidence in self-care practices of cataract surgery patients. *Journal of Nursing Science and Health*, 45(2), 55–67. [in Thai]
- Varaporn, C., Kanyapak, J., Wilailak, P. (2021). Effects of using PowerPoint media and follow-up on self-care behaviors of patients with chronic diseases. *Journal of Nursing Science*, 39(2): 45–56. [in Thai]
- Wan, Y., Liu, B., Chen, X., & Zhang, M. (2025). Global burden of cataract: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 10(1), e20–e31.
- Wang, L., Zhao, Y., & Chen, H. (2021). Effectiveness of interactive visual education on symptom recognition and appropriate healthcare utilization in postoperative patients. *Patient Education and Counseling*, 104(8), 1985–1992.
- World Health Organization. (2023). *Blindness and visual impairment (Fact sheet)*. Retrieved August 10, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
- World Health Organization. (2023). *World report* on vision: Global estimates of blindness and visual impairment. Retrieved May 8, 2024, from <https://www.who.int/publications>
- Yotkumlue, B. (2023). Knowledge, family support, and postoperative self-care among cataract surgery patients in Thailand. *Thai Journal of Nursing Practice*, 39(1), 72–84.
- Zhang, H., Li, Q., & Zhou, Y. (2023). Preoperative counseling and postoperative adherence among cataract patients : A randomized controlled study. *Clinical Ophthalmic Nursing*, 15(1), 33–41.
- Zhang, Y., Liu, Q., & Huang, P. (2022). Social support and health beliefs as predictors of follow-up behavior after cataract surgery. *BMC Ophthalmology*, 22, 134.
- Zhang, Y., Wang, X., & Liu, H. (2019). Effect of video-based education on anxiety and postoperative self-care among patients undergoing cataract surgery. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(4), 45–52.
- Zhao, L., Xu, D., Wang, Y., & Zhang, H. (2021). Multimedia education intervention for improving knowledge and satisfaction in cataract surgery patients: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103929.

การพัฒนาและผลการใช้แนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วย
ติดสารเสพติดโอปิออยด์ต่ออัตราการคงอยู่ในระบบและป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำ
โรงพยาบาลแม่วาง เชียงใหม่

Development of a Nursing Practice Guideline for Opioid Use Disorder :
Effects on Retention and Relapse Prevention

วิภาดา ธรรมศิริ (Vipada Thammasiri)*

Received: Nov 19, 2025 | Revised: Nov 27, 2025 | Accepted: Dec 17, 2025

บทคัดย่อ

การบำบัดเมทาโดนระยะยาวเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ที่มีปัญหาติดสารกลุ่ม โอปิออยด์ สามารถลดการเสพยาเสพติดได้ ประสิทธิภาพของการบำบัดคือการที่ผู้บำบัดคงอยู่ในระบบการบำบัดอย่างต่อเนื่องไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ การวิจัยครั้งนี้มีเพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ 2) ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ากัวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยการมุ่งเน้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวที่โรงพยาบาลแม่วาง ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 - 30 ตุลาคม 2568 โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1.แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2. แบบประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการบำบัด 3. แบบคำถาม Focus group ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีปัญหาติดเมทาโดนระยะยาวก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาว จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 97.27 อายุเฉลี่ย 39.25 ± 15.17 ปี ขนาดยาเมทาโดน ที่ได้รับเฉลี่ย 19.64 ± 6.45 มิลลิกรัมต่อวัน อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 26.36 เป็นร้อยละ 44.55 ($p < 0.001$) และหยุดใช้หยุดเสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 14.55 เป็นร้อยละ 31.82 ($p < 0.001$) สรุปการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวโดยมุ่งเน้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนช่วยเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัด ลดการเสพยาเสพติดได้ ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาใช้จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัดได้ต่อเนื่อง และลดการกลับไปใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ได้

คำสำคัญ : การบำบัดเมทาโดนระยะยาว, กระบวนการพยาบาล, การคงอยู่ในระบบการบำบัด, การกลับไปเสพยาซ้ำ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล vipadaicn@gmail.com

*Registered Nurse Practitioner Maewang Hospital, Chiangmai Province, Email: vipadaicn@gmail.com

Abstract

Opioid addiction is one of the most severe forms of substance addiction due to its high risk of fatal overdose and substantial harm to individuals and communities. Methadone maintenance therapy (MMT) remains the most effective long-term treatment for opioid use disorder. Its effectiveness relies on patients' retention in treatment without relapse. Objectives: (1) To develop a methadone maintenance therapy guideline for patients with opioid use disorder using the five-step nursing process; and (2) To evaluate the effects of the guideline on relapse and retention outcomes. Methods : An action research design integrating the PDCA (Plan–Do–Check–Act) cycle with the five-step nursing process was used. Data were collected from all patients receiving long-term MMT at Mae Wang Hospital from 1 November 2024 to 30 October 2025. Research instruments included a general information form, an outcome evaluation form, and a focus-group discussion guide. Results: A total of 110 patients participated. Most were male (97.27%) with a mean age of 39.25 ± 15.17 years. The average methadone dose was 19.64 ± 6.45 mg/day. After implementing the guidelines, retention rates increased significantly from 26.36% to 44.55% ($p < 0.001$), and the proportion of patients who achieved abstinence increased from 14.55% to 31.82% ($p < 0.001$). Conclusion: The nursing practice guideline based on the five-step nursing process effectively improved retention and reduced relapse among patients receiving long-term MMT. This approach offers a feasible and practical model that can be applied in community hospital settings to strengthen treatment outcomes and continuity of care.

Keywords : *Methadone maintenance therapy*, Nursing process, Retention Rates, Remission Rate Opioid

บทนำ

ปัญหาหายาเสพติดเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกและประเทศไทย โดยรายงาน World Drug Report 2024 ระบุว่าผู้ใช้สารเสพติดกว่า 292 ล้านคนทั่วโลก และกลุ่มโอปิออยด์ยังคงเป็นสารที่ก่ออันตรายสูงสุด ทั้งอัตราการเกิดภาวะผิดปกติจากการใช้สารและการเสียชีวิตจากการใช้ยาเกินขนาด สำหรับประเทศไทย แนวโน้มการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์โดยเฉพาะเฮโรอีนยังคงเพิ่มขึ้น และอัตราการรักษาคืบตามเกณฑ์ยังต่ำ โดยพบว่าเพียงร้อยละ 52–56 สามารถเข้าสู่การบำบัดและรักษาต่อเนื่องได้ครบ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2024; Office of the Narcotics Control Board, 2023)

การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดกลุ่ม

โอปิออยด์สามารถลดการเสพติดโอปิออยด์และเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ เช่นไวรัสตับอักเสบบีและซี และเอชไอวีทางเลือดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (Palayew, 2023) ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวคือการที่ผู้บำบัดสารเสพติดโอปิออยด์คงอยู่ในระบบการบำบัด (retention) อย่างต่อเนื่องโดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งนับเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติด แนวทางการบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยเมทาโดนระยะยาวสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขที่ใช้ในการดำเนินการบำบัดด้วยเมทาโดนอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (Duangrithi, 2021)

สำหรับประเทศไทย การบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy หรือ MMT) ได้มีการปฏิบัติติดต่อกันมานานกว่าหนึ่งทศวรรษ ซึ่งเป็นนโยบายระดับชาติเริ่มใช้มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 โดยมีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ประมาณ 3,000 ราย มีการจัดทำ “มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย” ประกอบด้วย ขั้นตอนการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการบำบัดจนกระทั่งหยุดการบำบัด การปฏิบัติในการให้เมทาโดนระยะยาว วิธีดำเนินการที่จำเป็นสำหรับการใช้เมทาโดนอย่างปลอดภัย รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการกำกับดูแลภายในหน่วยงานและการส่งต่อระหว่างสถานบริการ เมทาโดนระยะยาว (Angkool, 2013) ความแตกต่างดังกล่าวอาจมีผลต่อการเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว โดยส่วนใหญ่แนวทางการบำบัดผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ด้วยเมทาโดนระยะยาวเป็นรูปแบบสำหรับทีมสหวิชาชีพ และมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ (Duangrithi, 2021)

ในบริบทของอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของยาเสพติดเนื่องจากลักษณะภูมิประเทศและเส้นทางลำเลียง ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงฝิ่นและเฮโรอีนสูง แม้โรงพยาบาลแม่วาง จะเริ่มดำเนินการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แต่ยังพบอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดต่ำกว่าตัวชี้วัดระดับประเทศอย่างมาก (เฉลี่ยร้อยละ 33-41 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70) (Ministry of Public Health, 2025) สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

แม้ว่าประเทศไทยจะมี “มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย” ซึ่งกำหนด

แนวทางการดำเนินงานระดับประเทศ (Angkool, 2013) แต่เป็นแนวทางเชิงคลินิกสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพมากกว่าการกำหนดขั้นตอนเฉพาะด้านการพยาบาล ทำให้รูปแบบการปฏิบัติจริงในพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน และอาจไม่ครอบคลุมมิติพฤติกรรม การให้คำปรึกษา หรือปัจจัยสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดอย่างครบถ้วน และแนวทางด้านการพยาบาลที่ครอบคลุมการประเมินปัญหาเฉพาะบุคคล ปัจจัยกระตุ้น ความพร้อมต่อการบำบัด และปัญหาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำยังมีจำกัด งานวิจัยหลายฉบับยืนยันว่า MMT มีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง การสนับสนุนด้านจิตสังคม และการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ (Duangrithi, 2021) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของวิชาชีพการพยาบาล โดยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติวิชาชีพของพยาบาล อาศัยหลักการแก้ปัญหาตามวิธีทางวิทยาศาสตร์ เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยและให้การดูแลแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบ (Warattakarn, 2016; Potter, 2009) การนำกระบวนการนี้ไปประยุกต์ใช้ในงานดูแลผู้ใช้สารเสพติดได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดการกลับมารักษาซ้ำและเพิ่มการคงอยู่ในระบบการบำบัดได้ (Nilabun, 2025) แต่ยังไม่

มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำกระบวนการดังกล่าวมาพัฒนาเป็น “แนวทางการพยาบาลเฉพาะทาง” สำหรับผู้ป่วยที่รับบริการ MMT ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนของไทย ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (Potter, 2009) เพื่อส่งผลต่อผู้เข้ารับการบำบัดไม่

กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาว ผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษา

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

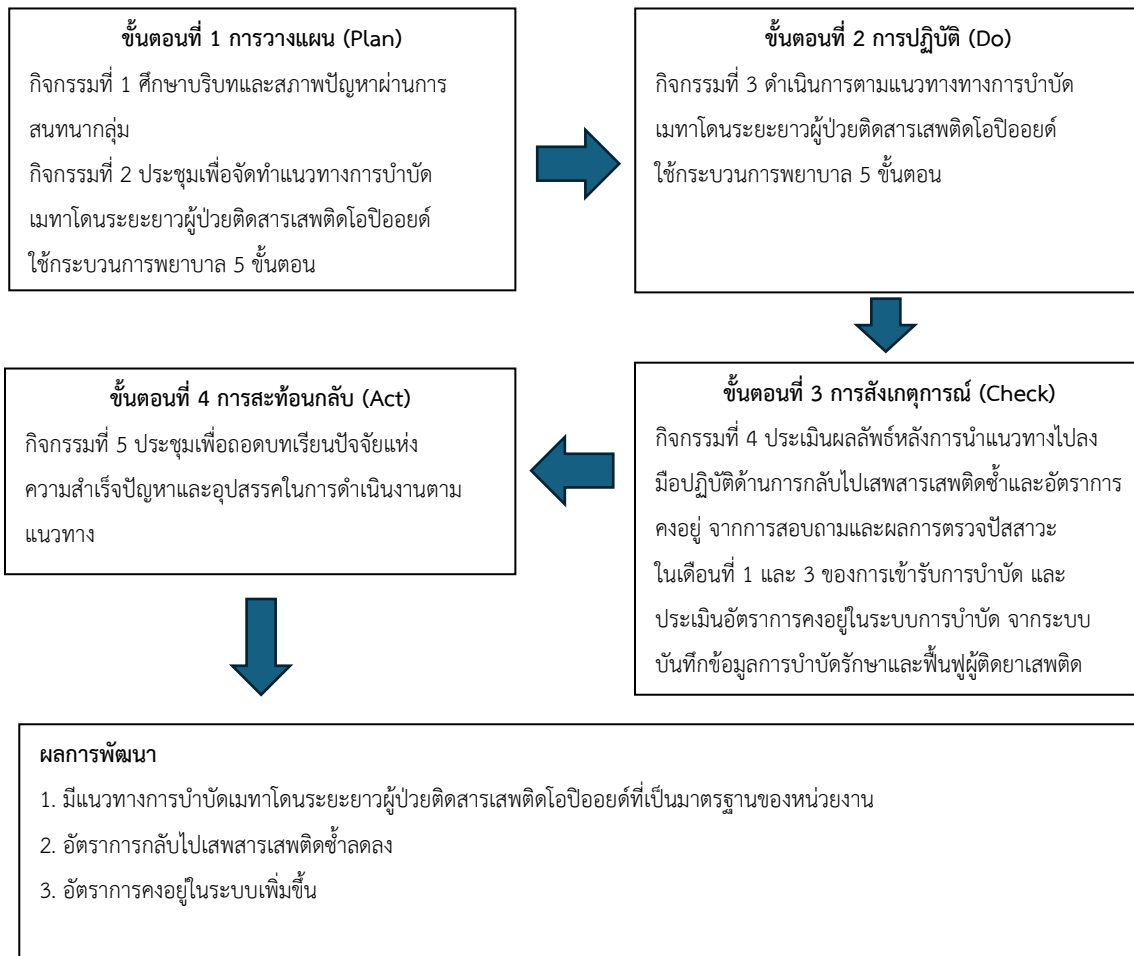
การศึกษาที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์จำเป็นต้องอาศัยการประเมินและการดูแลแบบองค์รวม เนื่องจากกลไกการเสพติดเกี่ยวข้องกับทั้งปัจจัยทางกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่มุ่งให้การดูแลอย่างมีระบบและตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดระบบการแก้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นลำดับ โดยแต่ละขั้นตอนจะมีความสัมพันธ์และอาศัยซึ่งกันและกันในการกำหนดทิศทางหรือเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทำให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ (Warattakarn, 2016; Potter, 2009) และมีงานวิจัยจำนวนมากสนับสนุนว่าการประเมินที่ครอบคลุมตั้งแต่สภาพร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม การใช้สารเสพติดไปจนถึงปัจจัยแวดล้อม สามารถช่วยค้นหาความเสี่ยงของการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และเป็นพื้นฐานของการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Nilabun, 2025; Sawaluk, 2011) ซึ่งการวางแผนการ

พยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและศักยภาพของผู้ป่วย ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการเลิกยา การลดอาการถอน และการคงอยู่ในระบบการบำบัด

ในด้านการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT) หลักฐานทั้งในและต่างประเทศชี้ชัดว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงในการลดการใช้โอปิออยด์ ลดอัตราการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Duangrithi, 2021) อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการบำบัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับยาชนิดเดียวแต่ขึ้นอยู่กับ “การดูแลต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย” ซึ่งเป็นบทบาทหลักของพยาบาล เช่น การติดตามใกล้ชิด การให้คำปรึกษา และการประเมินปัจจัยกระตุ้นการกลับไปใช้สารเสพติด ผลการศึกษาจำนวนหนึ่งยังชี้ให้เห็นว่าการปรับใช้รูปแบบการดูแลแบบรายบุคคล เช่น การให้คำปรึกษา การติดตามสม่ำเสมอ และการประเมินความต้องการแต่ละราย สามารถเพิ่มการคงอยู่ในระบบและลดการกลับไปเสพยาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Pan, 2015; Nguyen, 2023; Degenhardt 2020) สิ่งนี้สอดคล้องกับแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษานำกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มาประยุกต์ใช้ มุ่งเน้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข และมีการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของเดมมิง (Plan-Do-Check-Act) (Deming, 2000)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเดมมิ่ง (Deming) เป็นการผสมผสานแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเข้ากับวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทุกกระดับและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจมาประยุกต์ใช้ มุ่งเน้นกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประชากรกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการประเมินผลของการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์คือผู้ป่วยเสพ

สารเสพติดโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ที่โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มที่ 2 ประชากรกลุ่มที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยคือทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยเสพสารเสพติดโอปิออยด์ที่เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวที่โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด การวิจัยนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Pan (2015) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 คำนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่ม

ตัวอย่างเท่ากับ 92 ราย และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 20 เพื่อป้องกันข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามจำนวนที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในการเข้ารับการรักษา
2. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรือดัดให้ข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 2 ทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ จำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน เภสัชกร 2 ท่าน พยาบาล 3 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน Plan

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน โดยผู้ศึกษาทำการทบทวนแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการพูดคุยแบบสนทนากลุ่ม และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการสนทนากลุ่มในกิจกรรมที่ 2 ต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานวิจัยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดน

ระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์โรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ มากำหนดในแต่ละขั้นตอนของการบำบัดเมทาโดนระยะยาว

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ Do

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแนวทางทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนพัฒนาขึ้นจากกิจกรรมที่ 2 ไปปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยเสพยาเสพติดโอปิออยด์ที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ Check

กิจกรรมที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงาน การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ปริมาณในการเสพยาสามารถลดหรือหยุดการเสพยาเสพติดโอปิออยด์หรือไม่ จากการสอบถามของพยาบาลประจำคลินิกและผลของการตรวจปัสสาวะถ้าผู้ป่วยแจ้งว่ากลับไปเสพยาเสพติดก็จะไม่ได้ตรวจ แต่ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเสพยาเสพติดก็จะทำการตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยัน ในวันที่มารับบริการที่คลินิกบำบัดเมทาโดนระยะยาวในเดือนที่ 1 และ 3 ของการเข้ารับการรักษา และประเมินอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดจากระบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศในระบบ บสต. ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มกลางของกระทรวงสาธารณสุขใช้บันทึกและติดตามข้อมูลผู้ติดยาเสพติด เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการฟื้นฟูสภาพทางสังคม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ Act

กิจกรรมที่ 5 ประชุมเพื่อถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนในการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับการบำบัดสารเสพติดที่เข้ารับบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ การศึกษา
 - 1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว ได้แก่ ชนิดของสารเสพติดโอปิออยด์ (เฮโรอีน ผื่น) ชนิดของสารเสพติดอื่นๆ โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิต ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับ ระยะเวลาของการติดสารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้
2. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาว ผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ข้อมูลของการบำบัดรักษา ได้แก่ การกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำ ปริมาณการเสพ ผลการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ข้อมูลการขาดนัด
3. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วยแบบสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางถูกเก็บจากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในระบบบสต. ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ขนาดยาที่ได้รับ อัตราการคงอยู่ในระบบ ผลการตรวจปัสสาวะ การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการใช้สารเสพติด จะมีการตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันผล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การสนทนากลุ่มมีผู้เข้าร่วมจากทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 8 ท่าน เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย MMT แบบรอบด้าน การสนทนาใช้คำถามกึ่งโครงสร้างโดยเน้นหัวข้อเรื่อง ปัญหาปัจจุบันในการดูแล ปัจจัยที่มีผล ต่อการคงอยู่ในระบบบำบัด ความต้องการการพัฒนา ระบบบริการ และแนวทางการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (focus group) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความครอบคลุมทางด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชนที่รับผิดชอบงานยาเสพติดที่ดูแล ผู้บำบัดเมทาโดนระยะยาว เภสัชกรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดที่ดูแลผู้บำบัดเมทาโดนระยะยาว และพยาบาล ที่เชี่ยวชาญงานยาเสพติดที่ดูแลผู้บำบัดเมทาโดนระยะยาว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคิดเห็นด้านเนื้อหาของแนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Content validity index : CVI) ในทุกข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา Descriptive Statistics เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยติดสารเสพติด โอปิออยด์ โดยการหาค่าเฉลี่ยร้อยละสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มถูกบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim)

transcription) เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าใจบริบทและความหมายที่แท้จริงของข้อมูลอย่างครบถ้วน การวิเคราะห์ดำเนินการตามแนวทางการวิเคราะห์เชิงธีม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 2.1 การเข้ารหัสข้อมูล (Initial Coding): ผู้วิจัยอ่านและทบทวนข้อความหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจกับข้อมูล จากนั้นระบุประเด็นสำคัญที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกำหนดรหัสเบื้องต้น เช่น “ขาดแรงจูงใจ”, “ช่องว่างในการติดตามผู้ป่วย”, “ความจำเป็นของแผนการพยาบาลเฉพาะราย”
- 2.2 การจัดหมวดหมู่ (Categorization): รวบรวมรหัสที่มีความเชื่อมโยงหรือสะท้อนประเด็นเดียวกัน เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างหมวดหมู่ที่มีความหมายชัดเจน เช่น “ปัจจัยด้านผู้ป่วย”, “ช่องว่างของระบบบริการ”, “ความต้องการด้านสมรรถนะพยาบาล”
- 2.3 การสังเคราะห์เป็นธีม (Theme Development): นำหมวดหมู่ที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบและเชื่อมโยงกันเพื่อพัฒนาเป็นธีมที่สะท้อนแก่นของข้อมูล

เช่น “ความท้าทายด้านผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด”, “ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในงาน MMT”, และ “ช่องว่างของระบบบริการที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบบำบัด”

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการกลับไปเสพสารเสพติดซ้ำของผู้ที่เข้ารับการบำบัดเมทาโดนระยะยาว ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ โดยเปรียบเทียบจากค่าร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามด้วย McNemar's Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว โรงพยาบาลแม่วางทั้งหมด 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 97.27) มีอายุเฉลี่ย 39.25 ± 15.17 ปี สารเสพติดโอปิออยด์ที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้ 2 ชนิด ทั้งฝิ่นและเฮโรอีน (ร้อยละ 73.64) ระยะเวลาการใช้โอปิออยด์เฉลี่ย 13.57 ± 6.34 ปี และได้รับยาเมทาโดนเฉลี่ย 19.64 ± 6.45 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่บำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวโรงพยาบาลแม่ว่าง (n=110)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	107	97.27
หญิง	3	2.73
อายุ		
20 ปีหรือต่ำกว่า	7	6.36
21 ถึง 40 ปี	59	53.64
41 ปีขึ้นไป	44	40.00
Mean $\pm$ SD, (Min, Max)	39.25 $\pm$ 15.17, (17, 74)	
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	27	24.54
ประถม/มัธยม	81	73.64
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	1.82
อาชีพ		
เกษตรกร	61	55.45
รับจ้างทั่วไป	32	29.09
ว่างงาน	9	8.19
ค้าขาย	8	7.27
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	54	49.09
5,001-10,000 บาท/เดือน	52	47.27
มากกว่า 10,001/เดือน	3	3.64
ชนิดของสารเสพติดโอปิออยด์ที่ใช้		
ใช้ทั้ง 2 ชนิด	81	73.64
เฮโรइन	27	24.55
ฝิ่น	2	1.82
ปริมาณเมทาโดนที่ได้รับต่อวัน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิกรัม	17	15.45
11-20 มิลลิกรัม	67	60.91
20-30 มิลลิกรัม	22	20.00
มากกว่า 30 มิลลิกรัม	4	3.64

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
Mean $\pm$ SD, (Min, Max)	19.64 $\pm$ 6.45, (5, 35)	
ประวัติดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	34	30.91
ดื่ม	76	69.09
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	62	56.36
สูบ	48	43.64

ตารางที่ 2 กระบวนการพยาบาลในการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยเสพติดโอปิออยด์ 5 ขั้นตอน

กระบวนการ	กิจกรรม
1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment)	- ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป - การตรวจหาภาวะแทรกซ้อน เช่น LFT CXR กรณีผู้ใช้ฉีดเพิ่มการคัดกรอง TB HIV STDs HBV HCV - ชักประวัติประเมินการใช้ยาและสารเสพติดชนิดอื่นร่วม ได้แก่ ชนิดของสารเสพติด ปริมาณ ความถี่ และระยะเวลาในการใช้ - ประเมินภาวะทางกาย จิต สังคม - ประเมินสภาพจิตใจและภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือโรคจิตเวชร่วม ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย - ตรวจสอบสภาวะหาสารเสพติดกลุ่มอนุพันธ์อื่น - ประเมินอาการ/อาการแสดง/ผิดปกติ ดูร่องรอยการใช้เข็ม - ประเมินความเสี่ยงก่อความรุนแรง - ประเมินแรงจูงใจและความพร้อมของผู้ป่วยในการรับการบำบัดรักษา - พิจารณาความเหมาะสมในการเข้ารับโปรแกรมเมทาโดน
2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis)	- ทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา - เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากภาวะเมายา/เฮโรอีน - เสี่ยงต่อการใช้ยา/เฮโรอีนเกินขนาด - เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวเนื่องจากจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม - เสพซ้ำเนื่องจากไม่สามารถจัดการกับตัวกระตุ้นความอยากได้ - ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan)	- เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้มจากภาวะเมายา/เฮโรอีน

	- เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยา/เฮโรอีนเกินขนาด - เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและมีการจัดการอารมณ์เหมาะสม - เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา และสามารถจัดการกับตัวกระตุ้นได้ - เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดภาวะถอนพิษยาสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ
4. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan)	1. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย (Assessment & Screening) - ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป 2. การเริ่มต้นรักษาด้วยเมทาโดน (Initiation Phase) - เฝ้าสังเกตอาการข้างเคียงและภาวะเป็นพิษ - ปรับขนาดยาเมทาโดนเพื่อควบคุมอาการถอนยาและป้องกันการเกิดภาวะได้รับยาเกินขนาด - ประเมินการใช้ยาเมทาโดนต่อเนื่องและการกลับไปเสพยา - ประเมินอาการขาดยา และการใช้ยาเกินขนาด 3. การรักษาต่อเนื่องและติดตาม (Maintenance Phase) - ติดตามอาการทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง - ตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินการใช้สารอื่นร่วมด้วย - ประเมินแรงจูงใจการเลิกใช้สารเสพติด (Stage of change) - ให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้ปรับพฤติกรรมทางสังคม
5. การประเมินผล (Evaluation)	ระยะสั้น 1. ผู้ป่วยปลอดภัย อาการคงที่ ไม่มีอาการถอนพิษยา เมายา หรือ อาการได้รับยาเกินขนาด 2. ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพยา ระยะยาว 1. ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอกและภายใน 2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3. คุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันในครอบครัว และชุมชนได้อย่างปกติ

การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน จำนวน 110 ราย ก่อนและหลังการนำแนวทางไปปฏิบัติพบว่า

อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจาก 29 ราย (ร้อยละ 26.36) เพิ่มขึ้นเป็น 49 ราย (ร้อยละ 44.55) ($p < 0.001$) และสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถหยุดเสพสารเสพติดโอปิออยด์ได้ เพิ่มขึ้น

อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 16 ราย (ร้อยละ 14.55) เป็น 35 ราย (ร้อยละ 31.82) ภายหลังการจัดตั้งศูนย์ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราการคงอยู่ในระบบ และการหยุดใช้สารเสพติดโอปิออยด์ ก่อนและหลังพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์ ($n=110$)

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง		p-value (McNemar's Test)
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	
ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการบำบัด					<0.001
คงอยู่ในระบบ	29	26.36	49	44.55	
ไม่คงอยู่ในระบบ	81	73.64	61	55.45	
การหยุดใช้สารเสพติดโอปิออยด์					<0.001
ลดการใช้สารเสพติด	94	85.45	75	68.18	
หยุดเสพยาเสพติด	16	14.55	35	31.82	

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาว (MMT) ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและการหยุดใช้สารเสพติด โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทาง ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการบำบัดมากขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวที่โรงพยาบาลแม่วาง จำนวน 110 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 97.27) อายุเฉลี่ย 39.25 ± 15.17 ปี จบการศึกษาระดับประถมหรือมัธยม (ร้อยละ 73.64) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ

55.45) และมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 49.09) ส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดโอปิออยด์มากกว่าหนึ่งชนิด โดยใช้ฝิ่นและเฮโรอีนร่วมกัน (ร้อยละ 73.64) และได้รับยาเมทาโดนเฉลี่ย 19.64 ± 6.45 มิลลิกรัมต่อวัน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Mahathep (2018) ซึ่งพบว่าผู้เข้ารับการบำบัดเมทาโดนระยะยาวในภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37 ปี มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท และมีประวัติใช้สารเสพติดนานกว่า 10 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Inpa (2021) ที่พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดเมทาโดนระยะยาวส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Nguyen (2023) รายงานว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเมทาโดนระยะยาวในประเทศเวียดนามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 98.5) อายุเฉลี่ย 42.43 ปี และมีรายได้ต่ำ รวมถึงการศึกษาของ Mattick (2014) ที่ชี้ว่าผู้เข้าร่วมเมทาโดนระยะยาว

ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและมีโอกาสทางการศึกษาน้อย

ภายหลังการพัฒนาและใช้แนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวผู้ป่วยติดสารเสพติดโอปิออยด์โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน อัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.36 เป็นร้อยละ 44.55 และอัตราการหยุดใช้สารเสพติดโอปิออยด์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.55 เป็นร้อยละ 31.82 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการคงอยู่ในระบบและลดการเสพยาเสพติดซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Pan (2015) ที่ทำการทดลองแบบสุ่มพบว่า การให้การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ร่วมกับการบำบัดเมทาโดนระยะยาวช่วยลดการใช้โอปิออยด์และมีแนวโน้มการคงอยู่ในระบบ ซึ่งผลนี้สอดคล้องกับงานของ Nilabun (2025) ที่ชี้ว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ผู้ติดสารเสพติดช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำ และรายงานของกรมการแพทย์ (Department of Medical Services, 2023) ที่ระบุว่า การใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องช่วยลดการออกจากบำบัดได้กว่าร้อยละ 30 ในต่างประเทศจากการศึกษาของ Degenhardt (2020) ชี้ว่าการปรับขนาดยาอย่างเหมาะสมและการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยลดอัตราการหลุดออกจากระบบได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดสารเสพติดได้

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1977) และ ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ของ Orem (2001) ที่ทำให้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา

และการลดการเสพยา การประเมินแบบองค์รวม การให้ข้อมูลและคำปรึกษา การเสริมแรงทางบวก และการติดตาม ที่สม่ำเสมอ ล้วนช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมอาการอยากยาและจัดการปัจจัยกระตุ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Cunningham (2012) ขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการ การดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ ทำให้มีความต้องการพยาบาลในการดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองผ่านการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายและการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับหลักการของ Orem (2001) ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองในภาวะที่บุคคลมีข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากขึ้นต่อการรักษาระยะยาวและการคงอยู่ในระบบบำบัด

การพัฒนาแนวทางการบำบัดเมทาโดนระยะยาวโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัดและลดการใช้สารเสพติดซ้ำ ทั้งยังสอดคล้องกับแนวทางของทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพและพยาบาลมีสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดเมทาโดนระยะยาว ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

- 1) ออกแบบเป็นการศึกษาทั้งทดลอง/ก่อน-หลัง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้กับผลลัพธ์การบำบัดที่เพิ่มขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ แต่เป็นการชี้ถึงความสัมพันธ์ตามช่วงเวลาการศึกษาเท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาออกแบบงานวิจัยแบบไปข้างหน้า และ มีกลุ่มควบคุม รวมทั้งควบคุมปัจจัยรบกวน ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ อาชีพ

ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัจจัยการบำบัด ได้แก่ การได้รับยาเมทาโดนที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย และระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดด้วยเมทาโดนนานพอ(Suwanmajo, 2019; Duangrithi, 2021; Inpa, 202) การบันทึกข้อมูลที่ครบถ้วน เพื่อให้สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้อย่างน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

- 2) การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบก่อนและหลังในกลุ่มเดียว โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงมีข้อจำกัด ในการสรุปเชิงเหตุผลว่าการเพิ่มขึ้นของอัตราการคงอยู่ในระบบการบำบัด และการหยุดใช้สารเสพติด อาจมีปัจจัยร่วม ที่เปลี่ยนแปลงพร้อมกันกับการนำแนวทางไปใช้ (เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบาย บริการ หรือ ประชากรที่มาขอรับบริการ) ที่ไม่ได้ถูกควบคุมโดยตรง

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการและนโยบาย

- 1) ควรนำแนวทางที่พัฒนานี้ไปใช้ในงานประจำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย
- 2) ควรเสริมทักษะพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อที่จะนำมาช่วยในการประเมินพฤติกรรมความเสี่ยง การให้คำปรึกษา และการติดตามเชิงรุก
- 3) ควรพิจารณานำแนวทางนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของ “แนวปฏิบัติมาตรฐานระดับเขตหรือระดับประเทศ” เพื่อให้การดูแลมีความสม่ำเสมอและเป็นระบบมากขึ้น การสนับสนุนด้านบุคลากร การจัดสรรทรัพยากร และการฝึกอบรมพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพระบบบริการ MMT ในภาพรวม

- 4) แนวทางนี้สามารถขยายผลไปยังคลินิกเมทาโดนต่าง ๆ ได้ เนื่องจากไม่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากและสามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำได้ง่าย ซึ่งความยั่งยืนของแนวทางขึ้นอยู่กับ การฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการติดตามประเมินผลสม่ำเสมอ
- 5) ควรมีการประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้แนวทางสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องและรองรับความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและความต้องการของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลในการวิจัย ผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยทุกท่านที่คลินิกบำบัดเมทาโดนระยะยาวโรงพยาบาลแม่วาง ขอขอบคุณ เกสัชกร จิตติพงศ์ ศิริลักษณ์ ผู้ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน และเจ้าหน้าที่ในกลุ่ม งานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือและให้กำลังใจในการทำวิจัยในครั้งนี้

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโครงร่างงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เลขที่ 69/2568

เอกสารอ้างอิง

Angkool, P., Sarayut, B., Thawat, L., Adisak, N., Weerawat, U. (2013). **National standard for long-term methadone maintenance therapy in Thailand.** Bangkok: Chulalongkorn University Press.

- Bandura A. (1977). **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.** Psychological review, 84(2): 191–215.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (2012). **Self-efficacy and substance use outcomes.** Addictive Behaviors, 37(5): 632–635.
- Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B. D., et al. (2020). **Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action.** The Lancet Psychiatry, 7(2): 98–114.
- Deming, W. E. (2000). **Out of the crisis.** Cambridge, MA: MIT Press.
- Department of Medical Services. (2023). **National guideline for methadone maintenance therapy in Thailand.** Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health.
- Duangrithi, J., Wongpakaran, N., Sattabongkot, J. (2021). **Effectiveness of methadone maintenance therapy in Northern Thailand.** Drug and Alcohol Dependence, 223: 108707.
- Inpa C, Sriprasert P. (2021). **Factors affecting treatment completion among drug-addicted patients in Tak Province.** Lanna Public Health Journal, 17(2): 91-100.
- Mahathep, M., Thananarapong, J. (2018). **Factors that affect treatment outcome of opioid use disorder with community participation in Maeteang, Chiang Mai province.** Thammasat University Hospital Journal Online, 3(3): 28-33
- Mattick, RP., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2014). **Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(2): CD002209.
- Ministry of Public Health. (2025). **KPI Template Year 2025.** [online]. Retrieved October 28, 2025 from https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/03/KPI_template_2568_revise.pdf
- Napassorn, R., Aranya, P., Amornrat, C., Natcharin, C. (2022). **Development of evidence-based nursing practice guidelines for caring for patients with amphetamine-induced psychosis.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 36(2): 180–203.
- Nguyen, HTT., Dinh, DX. (2023). **Opioid relapse and its predictors among methadone maintenance patients: a multicenter, cross-sectional study in Vietnam.** Harm reduction journal, 20(1): 136.
- Nilabun, S., Oranya, S., Chayaphichitphand, N., Laemphu, S. (2025). **Development of a nursing model for drug-addicted patients in a home-based setting.**

- Journal of Environmental Medical and Health Studies, 10(1): 99-111.
- Office of the Narcotics Control Board. (2023). **Report of operations prevention on narcotics control 2023**. [online]. Retrieved February 15, 2025 from <https://www.oncb.go.th/result-prevent>.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). **Nursing: Concepts of practice (6th ed.)**. St. Louis: Mosby.
- Palayew, A., Knudtson, K., Purchase, S., Clark, S., Possehl, L., Healy, E., et al. (2023). **HIV risk and prevention among clients of a delivery-based harm reduction service during an HIV outbreak among people who use drugs in northern rural Minnesota, USA**. *Harm reduction journal*, 20(1): 102.
- Pan, S., Jiang, H., Du, J., Chen, H., Li, Z., Ling, W., et al. (2015). **Efficacy of cognitive behavioral therapy on opiate use and retention in methadone maintenance treatment in China: A randomised trial**. *PLoS ONE*, 10(6): e0127598.
- Potter, PA., Perry, AGE., Hall, AE., Stockert, PA. (2009). **Fundamentals of nursing**. St. Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Sanseri, R., Wannakham, R., Mooljantee, T., Upumairat, T. (2024). **Development and implementation of nursing practice guidelines for heroin-dependent patients treated with long-term methadone on quality of life**. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(2), 1-15.
- Sawaluk, Y., Wandee, S. (2011). **Development of nursing practice guidelines for caring for patients with schizophrenia using co-substance in Suansaranrom Hospital, Surat Thani Province**. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(1): 27-41.
- Suwanmajo, S., Duangrithi, D., Komkla, N., Phattanachot, W., & Sathaporn, U. (2019). **Predictors of one-year retention in methadone maintenance therapy at Princess Mother Institute on Drug Abuse Treatment**. *Journal of the Department of Medical Services*, 44: 119-124.
- Warattakarn, A. (2016). **Standards of nursing: The nursing process and professional ethics**. *Public Health Policy and Laws Journal*, 2(3): 393-400.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). **World Drug Report 2024**. [Online]. Retrieved August 10, 2025 from <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2024.htm>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ งานผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

The effect of self-management promotion program on knowledge, self-management behavior and blood pressure level in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, outpatient department, Saraphi Hospital, Chiang Mai Province

นพคุณ บุญสิงห์ (Noppakun Boonsing)*

Received: Dec 04, 2025 | Revised: Dec 09, 2025 | Accepted: Dec 23, 2025

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุข (Burden disease) ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2565 โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีสถิติผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ลดลง กล่าวคือร้อยละ 44.02, 42.44 และ 39.42 ตามลำดับ มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick เรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวคิดดังกล่าวในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยศึกษารูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อายุ 30 – 75 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) เตรียมความพร้อม 2) ทดลองจัดการด้วยตนเอง และ 3) ระยะติดตามประเมินผล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านอาหาร การช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) หลังการทดลอง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง (70.8 ± 5.4) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (56.1 ± 6.3) ($p < 0.001$) และ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ปรับพฤติกรรม และช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง, การจัดการตนเอง, ความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล : noppakunbs@gmail.com

*Registered Nurse Practitioner Saraphi Hospital, Chiangmai Province, Email: noppakunbs@gmail.com

Abstract

Hypertension is a major public health problem and a significant burden of disease. Between 2020 and 2022, the proportion of patients with well-controlled blood pressure at Saraphi Hospital, Chiang Mai Province, continuously declined to 44.02%, 42.44%, and 39.42%, respectively. Previous studies have demonstrated that the self-management concept proposed by Kanfer and Gaelick is effective in modifying health behaviors. Therefore, this study aimed to apply this concept to patients with uncontrolled hypertension. A quasi-experimental, two-group pretest-posttest design was conducted. The sample consisted of patients with uncontrolled hypertension aged 30–75 years, who were equally assigned to an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The intervention was implemented over an eight-week period and consisted of three phases: (1) preparation, (2) self-management implementation, and (3) follow-up evaluation. The self-management promotion program focused on four components: diet, medication adherence, physical activity, and stress management. The objectives were to compare knowledge, self-management behaviors, and blood pressure levels before and after participation in the program, as well as between the experimental and control groups.

The results revealed that the mean knowledge and self-management behavior scores of the experimental group after the intervention were significantly higher than those before the intervention ($p < 0.001$). After the program, the experimental group demonstrated significantly higher self-management behavior scores (70.8 ± 5.4) than the control group (56.1 ± 6.3) ($p < 0.001$). In addition, the mean blood pressure levels of the experimental group significantly decreased following the intervention. These findings indicate that the self-management promotion program was effective in improving knowledge, enhancing self-management behaviors, and reducing blood pressure levels among patients with uncontrolled hypertension. The program can be practically applied in nursing care for hypertensive patients in non-communicable disease (NCD) clinics and primary healthcare settings to strengthen patients' self-care capacity, reduce complications, and support sustainable blood pressure control.

Keywords: self-management promotion program, self-management, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก พบประชากรทั่วโลกที่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจ สมอง และไต เพิ่มขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นจำนวน 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2021) พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 (Data from the Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยจำนวน 9,303 คน คิดเป็นร้อยละ 14.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปีพ.ศ.2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 แสนคน สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเชียงใหม่ปี พ.ศ.2565 - 2567 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 233,670 คน 240,636 คน และ 249,242 คน ตามลำดับ และ ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และรับการรักษาที่โรงพยาบาลสารภี จำนวน 2,815 คน, 4,143 คน และ 5,024 คน ตามลำดับ (Based on data from HDC – Dashboard Service Plan, 2024) จากรายงานผลการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ได้กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (Good control HT) ร้อยละ 60 แต่ผลดำเนินงานจากปีพ.ศ.2563 - 2565 ได้ร้อยละ 44.02, 42.44 และ 39.42 ตามลำดับ โดยแนวโน้มการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีในผู้ป่วยลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ผลกระทบจากที่มีภาวะความดันโลหิตที่สูง

เป็นเวลานาน มีอันตรายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้เสียชีวิต และเกิดปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังซ้ำซ้อน ความพิการถาวร ติดเตียง ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อผู้ป่วย ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Data from the Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017)

แนวทางเวชปฏิบัติความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2567 (Thai Hypertension Society, 2024) ระบุว่า การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเป้าหมายสำหรับประชากรทั่วไปที่ไม่มีโรคร่วม คือ ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท และในผู้สูงอายุ (≥ 65 ปี) อาจพิจารณาควบคุมให้อยู่ที่ ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละราย การไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับความดันโลหิตแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การลดการบริโภคโซเดียม การจัดการความเครียด การงดสูบบุหรี่และงดดื่มสุรา การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Thai Hypertension Society, 2024) ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management) ถือเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากต่อความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลด

ภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และลดภาระค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจทั้งระดับครอบครัวและประเทศ อย่างไรก็ตาม การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองยังพบข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น การขาดความต่อเนื่องของการให้ความรู้ การติดตามประเมินผล และการเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ จึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้อย่างยั่งยืน นอกจากนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงนั้น ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่จะส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนการจัดการตนเองได้นั้นยังค่อนข้างมีข้อจำกัด

การจัดการตนเอง (self-management support) ได้ถูกจัดให้เป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner, 2001) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในองค์กรด้านสุขภาพในปัจจุบัน ภายใต้ความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น โดยตัวผู้เจ็บป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะลงมือกระทำและแก้ปัญหา รวมทั้งขอรับการสนับสนุนช่วยเหลือ จากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้พยาบาลรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ลดความ

รุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับบุคคลเหล่านี้ การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินผล ประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Kanfer, 1991) ซึ่งมีรายละเอียด ต่อไปนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย เป็นความร่วมมือของผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรอง และการตัดสินใจร่วมกัน รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่เป้าหมายในการควบคุมโรค จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อ ให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตได้ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานสำคัญ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การเฝ้าระวังตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรืออาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียม หรือให้ข้อมูลที่สำคัญว่าต้องเฝ้าระวังอาการหรือสังเกตความผิดปกติอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้สังเกต เฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง กล่าวว่าการเฝ้าระวังตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเอง 3) การประเมินผลและประเมินข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการประมวลผล และการประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลไว้ สามารถที่จะประเมินผล และตัดสินใจ

เกี่ยวกับข้อมูลที่ได้เรียนรู้ ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ รวมทั้งพิจารณาเกี่ยวกับปัจจัยในการจัดการกับความเจ็บป่วย โดยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค อาการสำคัญของโรค และ วิธีการสังเกตตนเอง สามารถเรียนรู้ และ ประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว 4) การตัดสินใจ เป็นขั้นตอนสำคัญในการจัดการตนเอง หลังจากผู้ป่วยรวบรวมข้อมูล ประมวลผล และประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแล้ว ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค โดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานโดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน 5) การลงมือปฏิบัติ เป็นการปฏิบัติการจัดการตนเอง ในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมโรค เรื้อรังประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง หรือ พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น หรือ เกิด ภาวะแทรกซ้อนตามมา 6) การสะท้อนตนเองเป็นการประเมินตนเองของบุคคล เกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งการประเมินความต้องการการฝึกทักษะและความชำนาญ เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์ถึงการปฏิบัติจริง หรือต้องฝึกทักษะเพิ่มเติม และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ เป็นการช่วยให้ทักษะการจัดการตนเองคงอยู่ต่อไป ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสะท้อนให้เห็นอย่างสอดคล้องกันว่า กระบวนการจัดการตนเองในหลายมิติ ได้แก่ การเฝ้าระวัง การประเมินข้อมูลสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ต้องการ การลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมให้สามารถประมวลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ นอกจากนี้ การเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลด้านสุขภาพที่ต้องการ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงพบช่องว่างองค์ความรู้ที่สำคัญ คือ การขาดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามแนวคิดดังกล่าว เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ และสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ และยั่งยืนในทางปฏิบัติทางโรงพยาบาล และระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เฉลี่ยเดือนละ 2,490 คน (ไม่รวมผู้ป่วยมาใช้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อ) โดยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปีพ.ศ.2563 - 2565 ดังนี้ จำนวน 205 คน, จำนวน 239 คน และจำนวน 364 คน ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้าและไม่ปรากฏจนกว่าความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้การตรวจพบโรคล่าช้า หรือ จากการมาตรวจรักษาด้วย สาเหตุอื่นแล้วพบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดคือโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักการศึกษาคำนี้ เลือกแนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก (Kanfer, 1991) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสร้างทักษะการคิดแก้ไขปัญหา จัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ตามบริบทและวิถีชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีความรู้ มีการจัดการตนเองที่ดี นำไปสู่การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

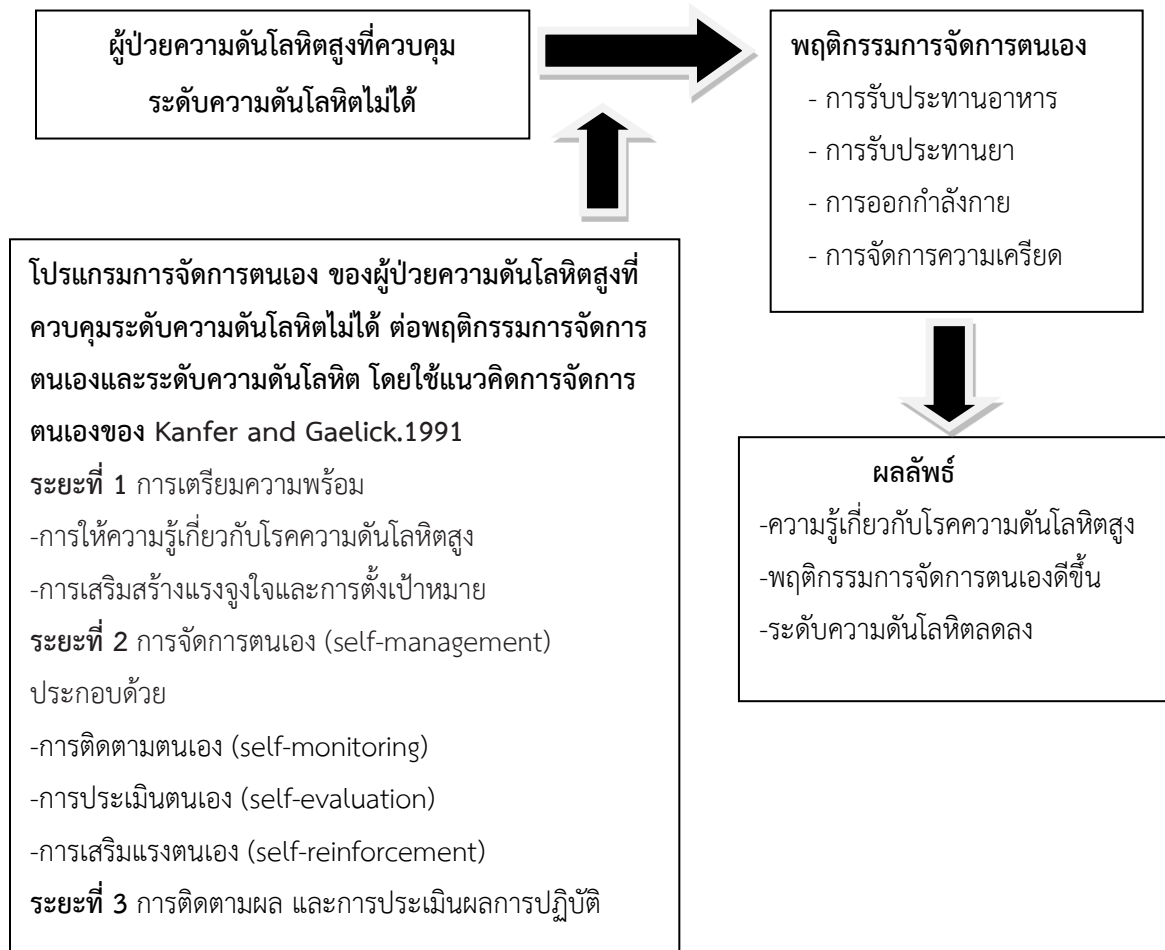
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer และ Gaelick ส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังและประเมินข้อมูลสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้การเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้องนำไปสู่การเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา

อย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด ขณะที่การลงมือปฏิบัติและการเสริมแรงช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและสามารถควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงความเชื่อมโยงระหว่างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านระดับความดันโลหิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-test and post-test design) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีอายุระหว่าง 30-75 ปี ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย 8 สัปดาห์

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสารภี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รับประทานต่อเนื่องเกิน 6 เดือน ความดันโลหิตไม่ลดลง ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567) ที่โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่ม ทดลองจำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง อ้างอิงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการคำนวณพบว่าจำเป็นต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการ

สูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุระหว่าง 30-75 ปี วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง > 6 เดือน
2. ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา แต่มีประวัติการวัดระดับความดันโลหิตสองครั้ง ล่าสุดสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มีโรคร่วม
4. สติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติร่วมทำกิจกรรมได้
6. สามารถใช้สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตได้
7. สนใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีค่าระดับความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท
2. ประเมินด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนมากกว่า 42 คะแนน โดยนำมาใช้จากการทบทวนวรรณกรรมของ Kongpitak (2022)
3. ขอยกเลิกเข้าร่วมกิจกรรม ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตามกำหนด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย้ายภูมิลำเนา เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) ประกอบด้วย

1. แผนการสอนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

3. สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต (Kongpitak 2022; Thai Hypertension Society, 2024)

การวัดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามแนวทางมาตรฐานการวัดความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติชนิดวัดที่ต้นแขน (Automatic digital sphygmomanometer) ซึ่งผ่านการสอบเทียบความเที่ยงตรงตามมาตรฐานทางการแพทย์ และใช้ปลอกแขน (cuff) ที่มีขนาดเหมาะสมกับรอบแขนของผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนการวัดความดันโลหิต ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการแนะนำให้นั่งพักในท่าที่เหมาะสมอย่างน้อย 5 นาที หลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที ก่อนการวัด โดย

จัดให้นั่งในท่าทางสบาย หลังพิงพนัก เท้าวางราบกับพื้น ไม่ไขว่ห้าง และวางแขนระดับเดียวกับหัวใจขณะทำการวัด การวัดความดันโลหิตดำเนินการจำนวน 2 ครั้ง โดยเว้นระยะห่างระหว่างการวัดครั้งละประมาณ 1–2 นาที หากค่าความดันโลหิตทั้งสองครั้งแตกต่างกันมากกว่า 5 มิลลิเมตรปรอท จะทำการวัดเพิ่มอีก 1 ครั้ง จากนั้นนำค่าความดันโลหิตเฉลี่ยของ 2 ครั้งสุดท้ายมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 แผนการสอน คู่มือด้านสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาพยาบาล 1 ท่าน มีประสบการณ์ในการทำงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 3 ปี จากนั้นนำมาปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1

1.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเอง ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.98

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเอง ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 30 ราย ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลยางเนิ้ง วิเคราะห์ค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) ได้ค่า = 0.87

การป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการแยกการให้โปรแกรมอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองตามแผนที่กำหนด ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของคลินิกโดยไม่เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม นอกจากนี้ ได้จัดกิจกรรมกลุ่มและการติดตามเฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้น และขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมวิจัยไม่แลกเปลี่ยนข้อมูลหรือสื่อการเรียนรู้ระหว่างกันตลอดระยะเวลาการศึกษา เพื่อลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนข้อมูลที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การวิจัย

ขั้นตอนการ

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่เกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร่วมกันรับฟังความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ควบคุมความดันโลหิต การปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสม สำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ด้วยวิธีกายบริหาร และฝึกการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

สัปดาห์ที่ 2 - 6 การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation), และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการบันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7 การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation), และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นรายบุคคล ร่วมกับแบบ

บันทึกการปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 4, 7 การติดตามตนเอง (Self-monitoring), การประเมินตนเอง (Self-evaluation), และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ จากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่ม เลือกผู้ที่สามารถแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดขึ้นในการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีการปฏิบัติการจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อให้แรงเสริมทางสังคม

สัปดาห์ที่ 8 การประเมินผลโปรแกรม โดยซักถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มการดำเนินการ โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการวิจัยตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ภายหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยมอบเอกสารในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมแก่กลุ่มทดลองเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยมีการใช้เวลาในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่มอย่างเหมาะสม และไม่เกินเวลา

ผลการวิจัย

1.การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 59.8 ปี (S.D. = 10.2) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือมัธยมศึกษา จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ด้านอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมาคือไม่ได้ทำงานจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และอาชีพเกษตรกรจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรสจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 25.0 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรารวม 53 คน คิดเป็นร้อยละ 88.3 และไม่สูบบุหรี่จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ

93.3 ด้านระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 6.2 ปี (S.D. = 3.8) โดยส่วนใหญ่ป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมาคือป่วยระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 ในด้านแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก

2.ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพใกล้เคียงกัน และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลของโปรแกรมในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 2.50$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีผลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทั้งในเชิงสถิติและเชิงปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	55.4	6.2	55.9	6.0	0.742
หลังเข้าร่วมโปรแกรม					
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	56.1	6.3	70.8	5.4	<0.001

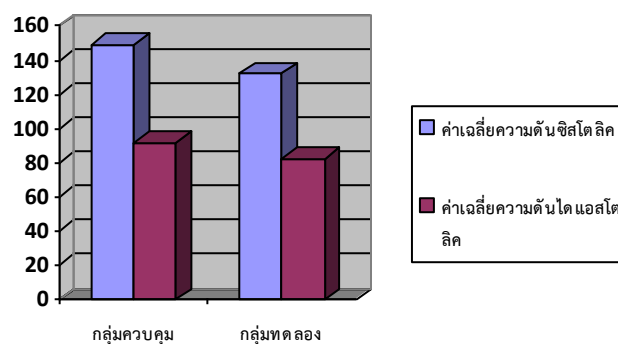
3. ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์สูง และควบคุมได้ไม่ดี โดยมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยเท่ากับ 144/92 มิลลิเมตรปรอท หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 138/78 มิลลิเมตรปรอท และการเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองพบว่าค่าความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก โดยกลุ่มทดลองมีค่าความ

ดันซิสโตลิกเฉลี่ย 132.4 มม.ปรอท ($SD = 7.5$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 148.9 มม.ปรอท ($SD = 9.0$) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลสูงมาก (Cohen's $d = 1.99$) ในทำนองเดียวกัน ค่าความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 82.3 มม.ปรอท ($SD = 5.7$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ย 91.5 มม.ปรอท ($SD = 6.4$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d = 1.52$) ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญและมีขนาดผลลัพธ์ที่ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	56.1	6.3	70.8	5.4	<0.001
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	148.9	9.0	132.4	7.5	<0.001
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	91.5	6.4	82.3	5.7	<0.001

กราฟแสดงการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 30 คน ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมนี้นี้สร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) โดยเน้น 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยจัดการสุขภาพตนเอง และการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะ การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติในโปรแกรมนี้นี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถประมวลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kongpitak (2022) ที่พบว่าการประมวลและประเมินข้อมูลสุขภาพตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น และสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีทักษะในการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้องสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของ Pongcharoen (2021) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีทักษะในการ

ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ สามารถระดับความดันโลหิต และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ การเสริมสร้างความรู้ และทักษะด้านการจัดการตนเอง ยังช่วยให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย รับประทานยาตามแผนการรักษา และจัดการความเครียด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Kamhaeng (2023) ที่พบว่าการเสริมสร้างทักษะและความรู้ที่เพียงพอส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า การลดลงของระดับความดันโลหิตเกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามแผน และจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนเหล่านี้สอดคล้องกับผลการวิจัยจากทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่พบว่าการประมวลข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง และการเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 105.29, SD = 6.23, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการ

จัดการตนเองช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นในหลายด้าน เช่น การรับประทานอาหารสุขภาพ ออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตาม แผนการใช้ยา และการจัดการความเครียด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kongpitak (2022) ที่พบว่า การประมวลและประเมินข้อมูลสุขภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วย ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น Pongcharoen (2021) ที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยที่มีทักษะการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ต้องการ สามารถลดระดับความดันโลหิต เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และการเสริมสร้างทักษะความรู้ที่เพียงพอ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลงมือปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสม Kamhaeng (2023) นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับงานของ Mahawong (2025) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึก “การสะท้อนตนเอง” (Self-reflection) อย่างสม่ำเสมอ สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ชัดเจนขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ผลการวิจัยดังกล่าว พบว่าผู้ป่วยที่ ฝึกทักษะการสะท้อนตนเอง มีความสามารถในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง

อย่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฝึกทักษะดังกล่าว ข้อค้นพบนี้ช่วยสนับสนุนผลการศึกษาล่าสุดว่า การเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ และการประเมินตนเองเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นต้องปรับปรุง และสามารถลงมือปฏิบัติได้จริงอย่างต่อเนื่อง เมื่อผนวกกับองค์ประกอบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ทำให้เกิดผลเชิงบวกทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเอง และช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษายังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การออกแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่ได้ใช้การสุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจเกิดความเอนเอียงของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น ทำให้ไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจน และการดำเนินการศึกษาในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดการอ้างอิงผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่น การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การออกแบบแบบสุ่มควบคุม ติดตามผลในระยะยาว และขยายพื้นที่ศึกษาเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความครอบคลุมของผลการวิจัย เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยต่างประเทศ พบว่าผลการศึกษา มีความสอดคล้องกับหลักฐานระดับสากลที่ชี้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองซึ่งเน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามตนเอง และการสะท้อนผลลัพธ์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ทั้งในประเทศตะวันตกและประเทศในเอเชีย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยต่างประเทศจำนวนมากมีการออกแบบการศึกษาและการติดตามผลที่เข้มแข็งกว่า ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา

ครั้งต่อไปในบริบทประเทศไทย ในด้านนี้สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามผล และการเสริมแรงทางบวก ซึ่งสามารถนำไปใช้ในคลินิกผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคเรื้อรังได้อย่างเป็นรูปธรรม สำหรับนัยสำคัญเชิงนโยบาย ผลการศึกษานับสนับสนุนให้มีการบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองเข้าสู่ระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่า การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่เน้นทั้งการเรียนรู้ การฝึกทักษะ และการสะท้อนตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างครอบคลุม ทำให้ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.บุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการให้สุศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง และความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.หน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ สามารถนำโปรแกรมห้กล่าวไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการเข้ากับระบบบริการ

ปกติ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และสนับสนุนการควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาว

3.เพื่อความยั่งยืนของโปรแกรม ควรดำเนินงานในลักษณะทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลทำหน้าที่หลักในการประเมิน ให้ความรู้ และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่สนับสนุนและเสริมแรงในชุมชน และครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

4. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนและขยายผลโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในระดับอำเภอหรือจังหวัด เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดภาระภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลของโปรแกรมต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมจัดการตนเอง และการควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

2.ควรนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทอื่น เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคไขมันในเลือดสูง เพื่อประเมินความเหมาะสม และศักยภาพในการนำไปใช้ทั่วไปในระบบบริการสุขภาพ

3.ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขในกระบวนการดูแล เพื่อเสริมแรงและสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในบริบทชุมชน

4.ควรพัฒนาสื่อการให้ความรู้ และการติดตามผลในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น สื่อดิจิทัล คู่มือ หรือกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบท และความแตกต่างของแต่ละบุคคล รวมทั้ง

สนับสนุนการขยายผลของโปรแกรมในระดับอำเภอและจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ REC No. CM 60/2568

เอกสารอ้างอิง

Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). HDC database – Service Plan dashboard, Chiang Mai Province. [online]. Retrieved June 9, 2025 from <https://hdcservice.moph.go.th>

Department of Health. (2023). Thailand non-communicable disease situation report 2023. Ministry of Public Health. [online]. Retrieved June 9, 2025 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>

Kaeosing, S., Kanchanakitsakul, C. (2022). Effects of a self-management program on self-management behaviors among hypertensive patients. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 26(1): 92–101.

Kanfer, FH., Gaelick, L. (1991). Self-management methods. *Helping people change: A textbook of methods*. Oxford: Pergamon Press.

Ministry of Public Health. (2022). Report of the government inspection. Strategy and

Planning Division. [Online]. Retrieved June 9, 2025 from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy%202565.pdf.

Ministry of Public Health. (2023). National strategic plan for non-communicable disease prevention and control (2023–2027). Department of Disease Control. [online]. Retrieved July 10, 2025 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/public/1625920241004031950.pdf>.

Saraphi Hospital. (2024). Hypertension patient report according to the Service Plan, fiscal year 2024 (Internal hospital report). Chiangmai: Saraphi Hospital.

Srikham, B. (2024). Application of self-management concepts to promote health behaviors among patients with non-communicable diseases. *Journal of Nursing Science*, 42(2): 57–68.

Srisombat, T. (2021). Factors associated with self-management behaviors among hypertensive patients in urban areas. *Journal of Public Health Research*, 34(2): 89–100.

Srithong, K. (2022). Development of a self-management model for patients with hypertension in rural communities of Northern Thailand. *Journal of Public Health*, 51(3): 201–214.

Sukprasert, Nopporn. (2023). Health behaviors and blood pressure control among

- hypertensive patients in chronic disease clinics. *Journal of Community Health*, 47(1): 45–56.
- The Hypertension Society of Thailand. (2024). Thai hypertension guidelines 2024. [online]. Retrieved June 5, 2025 from <https://thaihypertension.org/2024guideline>.
- World Health Organization. (2021). Health literacy and health behavior. [online]. Retrieved June 5, 2025 from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en>.
- World Health Organization. (2023). Hypertension fact sheet. [online]. Retrieved June 5, 2025 From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hype>

