



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

BCNNON Health Science Research Journal

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567
Vol.18 No.2 May - August 2024

ISSN 2985-2501 (Print)
ISSN 3027-6659 (Online)

www.bcnnon.ac.th

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2567)

รศ.ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ
ผศ.ดร.กฤษมา ศรียากุล
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.จันทร์เพ็ญ นิลวัชรมณี
ดร.จันทร์รัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์
รศ.ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
ผศ.ดร.จิระพร ชะโน
ผศ.ดร.จีราภรณ์ กรรรมบุตร
ผศ.ดร.พว.ดวงเนตร ธรรมกุล
รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.ธนกมล ลีศรี
ดร.นฤมล เหล่าโกสิน
รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา
ดร.นันทาท วิทยโชคกิตติคุณ
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พุณณานันวัฒน์กุล
ดร.ผ่องพรรณ ภาโว
น.อ.ดร.พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ
ผศ.ดร.พนิดา ศกุนตนา
ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ผศ.ดร.เพ็ญนภา ศรีหรั่ง

ผศ.ดร.ฟูชัย หะยี
รศ.ดร.ภัทราวดี มากมี
รศ.ดร.มารุต พัฒนา
ดร.เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทร์
ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์
ผศ.ดร.วรรณวดี ฤกษ์
ผศ.ดร.ศิริพันธ์ ตรีมงคลทิพย์
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน ไร่แมน
ผศ.ดร.สาโรจน์ เพชรมณี
น.ท.หญิง ผศ.ดร.สุปรานี พลชนะ
รศ.ดร.โสเพ็ญ ชูवाल
ผศ.ดร.อรทัย เจริญสิทธิ์
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย
ดร.อัจฉรา มีนาสันติรักษ์
รศ.ดร.อัครา ประเสริฐสิน
ผศ.ดร.อัสนี วันชัย
ผศ.ดร.อุมภรณ์ กัวลิตี
ผศ.ดร.อุไร นิโรจน์นท์

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา
ในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสาร
ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสาร หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
(BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำโดยวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข
และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก		
ที่ปรึกษาโครงการ	รศ.ดร.โยธิน	แสงวดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จิตระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอตคำดำ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
บรรณาธิการ	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ผศ.ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ดร.สุกฤษณ์	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.ธัญญวลัย	ชัยรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.วรรณรอง	เนลสัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	Prof. Dr. (Med) Benno	Von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.ดร.สุขมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลือบุญธวัชชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	น.อ.หญิง ดร.พ.ว.ธนพร	แย้มสุตา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า จันทบุรี
	รศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสากร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะเพณินมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.ภก.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ภญ.ดร.กมลนัทธ์	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาลัย	โชคศิริจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
กองบรรณาธิการด้านการตรวจภาษาอังกฤษ			
	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
ฝ่ายจัดการ	นายบุรีศรี	ทองแท้	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 4 เดือน		

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการในสาขาการพยาบาลการศึกษาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่ตีพิมพ์ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาลและการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ประชาชนทั่วไปและผู้สนใจ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (TCI) โดยวารสารฉบับนี้ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 2 มีการนำเสนอบทความทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 14 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของวารสารและกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการตีพิมพ์เผยแพร่ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสาร ที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่ บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ journalbcnnon@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร

บรรณาธิการ

สารบัญ		CONTENTS
นิพนธ์ ดันฉบับ		Original Articles
การพัฒนาวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย ธีรพล ผังดี อติศร ปล้องไหม	1	The development of web-based learning innovations and the implementation of health education initiatives to prevent COVID-19 infection among students at the university Theerapon Phungdee Adisorn Plongmai
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการ พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ปิยาภรณ์ นาไวย์ อัมภิกา นาไวย์	13	Development of a clinical nursing practice guideline for the care of acute stroke patients in the Department of Accident, Emergency, and Forensic Nursing, Mae Taeng Hospital, Chiang Mai Province Piyaporn Nawai Ampicha Nawai
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่ หยุด และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุณ ตะสิงห์ ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์	25	Factors influencing metabolic syndrome, binge eating disorder, and depression among students of a university in Phranakhon Si Ayutthaya province, Thailand Oun Tasing Chonvipa Sulakkananurak
ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขต ชุมชนกึ่งเมือง ภัทรนัย ไชยพรม ชิสัพพัชร์ ชูทอง ฉัตรสุดา มาทา ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์	37	Prevalence and factors affecting breast self- examination behavior among Thai women in area of a semi-urban community Pattaranai Chaiprom Chisapath Choothong Chatsuda Mata Siriphan Homkaenchan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ผลของโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางต่อการลดความเครียดของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชน ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ อนุสรณ์ แนนอุดร รัชพร ไร่รูปทอง	49	Effects of program of high-arm brisk walking techniques at a moderate intensity level on reducing stress among adult people in the community Yodrawin Jomburom Phatcharaphan Chaiyasung Anusorn Nanudorn Rutshaporn Chaitoophong
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ศศิพัชร พูลสวัสดิ์ ฤดี ปุ่งบางกะดี เอ็มพร รตินธร	60	Factors influencing maternal health literacy of adolescent pregnant Sasipach Poonsawat Rudee Pungbangkadee Ameporn Ratinthorn
ขนาดยาซัลแบกแทมในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> โดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล ฐิติณัฏฐ์ เต็ดแก้ว ภูริ เจริญสุข พีรพัฒน์ ทรัพย์พฤทธิกุล วีรยุทธ์ แซ่ลิ้ม วรพิสิฐ ธีราทร นิชกานต์ ศุภกิจวนิชกุล	72	The dose of sulbactam in pediatric patients with <i>Acinetobacter baumannii</i> infection using Monte Carlo simulation Thitinat Dedkaew Phuri Charoensuk Pheeraphat Sarppreuttikun Weerayuth Saelim Worapisit Thirathorn Nichakarn Supakitwanichakul
สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ธัญญา คมพยัคฆ์ ประจักษ์ บัวผัน นพรัตน์ เสนาฮาด ชนาพร ปิ่นสุวรรณ	83	Leadership soft skills and key success factors affecting the risk management of registered nurses in community hospitals, Nakhon Ratchasima province Thananya Kompayuk Prachak Bouphan Nopparat Senahad Chanaporn Pinsuwan

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
ปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร เยาวดี สุวรรณาคะ พัดชา ไชยสำแดง	95	Predictive factors of nursing problem-solving skills among nursing students during their first fundamental nursing practicum at a university in Bangkok Yoavadee Suwannaka Patcha Chaisamdaeng
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ธัญวรรณ เกิดดอนทราย นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส ณัฐศศิ จิตติภาสวัจน์	107	The factors influenced the service quality received by patients at an acupuncture clinic at a hospital in Bangkok Thanyawan Kerddonsai Nopparote Wongpatcharajarus Natthasasi Thitipassawaj
การพัฒนารูปแบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา วิสิรา แก้วกระเศษฐ	119	The development of a food care model for uncontrolled diabetic patients of the primary care unit network in Songkhla Hospital Ravisara Kaewkraset
การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี ปรากฏผล พรทิพย์ สำนิตเปี่ยม กนกพร แก้วโยธา กนกพร เทียนคำศรี จำรัส สารขวัญศิริพร ครุฑทากาศ กฤตพัทธ์ ผีภณ ประกาศ เปล่งพานิชย์ สุภาพรรณ บุญสืบชาติ	131	Policy recommendation development for the health service system for patients with chronic diseases in sub-district health-promoting hospitals transferred to the provincial administrative organizations Padthayawad Pragodpol Pornthip Sumridpeam Kanokporn Kaewyota Kanokporn Thiankumsri Jamras Sarakwan Siriporn Kruttakart Krittapat Fukfon Praguard Plengpanichaya Supaphan Boonsuebchat

สารบัญ	หน้า	CONTENTS
นิพนธ์ ต้นฉบับ	PAGE	Original Articles
กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน ผุสดี เหนียวพึ่ง ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	143	Integrative psychological strategies for enhancing work burnout immunity of in-patient nurses in private hospitals Pusadee Neawpung Prasarn Malakul Na Ayudhya Pongpan Kirdpitak
การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ชุตินา มาลัย สิริภาพ โตเสม อรนุช นุ่นละอง	155	Development of the project-based learning and extra-curricular activities program on life skills of nursing students Chutima Malai Siraphob Tosem Oranoot Nonla-ong

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

- ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
- ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
- ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
- กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
- กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน ทำเป็น 1 คอลัมน์
- พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาว 12-15 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
- ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
- การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล

5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/Home>

6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี

ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี

ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในระยยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

7. การรับเรื่องต้นฉบับ

7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม

7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

7.3 หลังจากบทความผ่านกระบวนการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยโอนค่าธรรมเนียมเข้าบัญชีเงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 หลังจากผู้นิพนธ์ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์มายัง bcnnonjournal@bcnnon.ac.th และทางวารสารจะดำเนินการส่งใบเสร็จค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่ทำขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC
ขนาดตัวอักษร 16 pt.

1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา
ดังนี้

1.3.1 บทนำ เขียนโดยย่อ

1.3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.3 วิธีดำเนินการวิจัย: แบบวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้

1.3.4 ผลการวิจัย

1.3.5 สรุปผล

1.3.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.4 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ
(Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

2.2 ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.

2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย

2.4 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

2.4.1 Background

2.4.2 Objectives

2.4.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis

2.4.4 Results

2.4.5 Conclusions

2.4.6 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

2.5 ต่อจาก Keywords ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิด

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย

3.6 อภิปรายผล

3.7 สรุปและข้อเสนอแนะ (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)

3.8 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

3.9 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.

- 1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ
- 1.4 โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
- 1.5 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- 1.6 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- 2.2 ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- 2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- 2.5 ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็นภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม E-mail address ต่อจาก Keywords

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

1. การอ้างอิง ในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

1.1 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²

1.2 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กากำจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai)

ตัวอย่าง

Khwanyuen N, Sansiriphun S, Supavititpatana B. Factors predicting fear of childbirth among pregnant women. Nursing Journal. 2017;44(4):24-35. (in Thai).

3. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

Frederico M, Arnaldo C, Michielsen K, Decat P. Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. Reprod Health. 2019;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12978-019-0809-3.

ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. ตัวอย่าง

Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Taameeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary outpatient settings. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:199-204. doi: 10.2147/NDT.S184585.

ค. ชื่อบทความ บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด

ง. ชื่อวารสาร ถ้าเป็น วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation

of Title of Publications หรือ search หาคำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่

ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น

ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (**Articles in Journals**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ. เลข doi:

ตัวอย่าง

AshaRani PV, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2020;1(212):108060. doi: 10.1016/j.drugalcdp.2020.08060.

ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkin; 2017.

ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013.

ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

ก. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

Phanprom K. Development of measurement instrument, casual model, and guidelines for stem teacher preparation: cross-classified multilevel models analysis [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (in Thai).

ข. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี];

เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editor welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Browallia UPC 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3, ..
2. Manuscripts are limited to 12 pages of content, including Tables, Figures, images, and references, (abstract to reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to URL:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>

Research article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Background
 - 1.2 Objectives
 - 1.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
 - 1.4 Results
 - 1.5 Conclusions
 - 1.6 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
3. **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
4. **Discussion**
5. **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
6. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
7. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. Reference list must not exceed 25 items **except** Systematic review or Meta-analysis, or literature review must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Academic Article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Introduction (or background), objectives
 - 1.2 Conclusions: summary of important results or implications
 - 1.3 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives

2. **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews,
Analysis critical review

3. **Conclusions:** summary of important results or implications

4. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).

5. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. Reference list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ ร่วมกับการประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกัน การติดเชื้อโควิด 19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย

ธีรพล ผังดี* อติศร ปล้องใหม่**

บทคัดย่อ

บทนำ : พฤติกรรมการป้องกันเชื้อโควิด 19 และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนานวัตกรรม โดยยกร่าง และประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และ 2) การทดลองใช้นวัตกรรม ศึกษาแบบกึ่งทดลอง วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย นวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ และแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Repeated measure ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัย : นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายของนวัตกรรม หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ นวัตกรรมฯ การประยุกต์ใช้ และเครื่องมือวัดและประเมินผล และรวมถึง 3 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยนวัตกรรมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก และผลของการใช้นวัตกรรม พบว่า กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกัน การรับรู้ความสามารถในการป้องกัน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : นวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการประยุกต์ใช้กลวิธีทางสุขศึกษาที่พัฒนามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ กลวิธีทางสุขศึกษา การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19

* ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** กลุ่มงานรังสีวิทยาวินิจฉัย โรงพยาบาลหาดใหญ่

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ธีรพล ผังดี, E-mail: theerapon.phu@ku.th

The development of web-based learning innovations and the implementation of health education initiatives to prevent COVID-19 infection among students at the university

Theerapon Phungdee* Adisorn Plongmai**

Abstract

Background: Behaviors that prevent COVID-19 from entering the body and avoidance of risk factors for infection are important to prevent the spread of pathogens.

Objectives: To develop and investigate the effects of web-based learning innovations and the implementation of health education initiatives to prevent COVID-19 infection in university students.

Methods: This research and development study is divided into two phases: 1) developing the innovation by elaborating and evaluating the quality with input from five experts and 2) testing the innovation with a quasi-experimental study. Before and after the experiment and a 1-month follow-up period, two groups totaling 76 people were measured, divided into an experimental group and a comparison group of 38 people each. The research tools consisted of web-based learning innovations and questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics, repeated measure ANOVA, and independent t-test.

Results: The developed innovation consisted of seven components: principles of behavior change, innovation goals, relevant agencies and personnel, learning activities, application of innovation, and measurement and evaluation tools, including three learning activities. The innovation is of very good quality. The results of the application of the innovation showed that the experimental group significantly improved perceived severity, perceived vulnerability, expectation of response effectiveness, perceived self-efficacy, and behaviors to prevent COVID-19 infection in the post-experiment period and the 1-month follow-up period, compared to the pre-experiment period and were significantly better than the comparison group at a statistically significant level of .05.

Conclusions: The development of web-based learning innovations and the implementation of health education initiatives have improved COVID-19 infection prevention.

Keywords: web-based learning, health education initiatives, prevention of COVID-19 infection

* Department of Physical Education, Faculty of Education, Kasetsart University

** Department of Diagnostic Radiology, Hatyai Hospital

Corresponding Author: Theerapon Phungdee, E-mail: theerapon.phu@ku.th

บทนำ

โรคติดเชื้อโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus)¹ จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด 19 วันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกสะสม จำนวน 289,275,765 ราย เสียชีวิตสะสม คิดเป็นร้อยละ 1.88 ส่วนประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 สะสมจำนวน 2,229,558 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 21,720 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.97 สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.58 โดยเฉพาะกลุ่มนิสิตนักศึกษาที่อยู่ในรั้วมหาวิทยาลัย² เนื่องจากต้องเรียนกันเป็นกลุ่มและมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคจากคนรอบข้างมากที่สุด หากติดเชื้อโควิด 19 จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ชีวิต มีอาการป่วย ต้องขาดเรียน ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล³ สำหรับแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพ คือ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการปัจจัยเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยการป้องกันเชื้อโควิด 19 เข้าสู่ร่างกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค^{4,5} ปัจจุบันการเปลี่ยนผ่านการระบาดของโรคโควิด 19 สู่การเป็นโรคประจำถิ่นจึงทำให้นิสิตนักศึกษาจะเลิกการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ ไม่ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ก่อนหยิบสิ่งของ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกัน และการรับรู้ความสามารถของตน⁵⁻⁷ โดยปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับองค์ประกอบของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ หากพัฒนานวัตกรรมในการจัดการเรียนรู้ให้บุคคลมีการประเมินภาวะคุกคาม

และประเมินการเผชิญสิ่งคุกคามจะทำให้เกิดแรงจูงใจและนำมาสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ได้⁷⁻⁸

สำหรับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้หลักฐานจากข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบและมีความเป็นตรรกะสูง คือ แนวคิดกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping; IM) ซึ่งจะช่วยให้การออกแบบโปรแกรมหรือนวัตกรรมทางสุขภาพมีคุณภาพดี⁹ โดยนวัตกรรมการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มนิสิตนักศึกษาจะใช้เว็บไซต์เป็นสื่อกลางในการเรียนการสอนที่อยู่ในลักษณะของบทเรียนประกอบด้วย เนื้อหา รูปภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว และห้องเรียนออนไลน์ ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนสามารถอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านเว็บไซต์ได้ และเป็นแนวทางการเรียนรู้ที่ทันสมัย¹⁰ ส่วนกลวิธีทางสุขศึกษาเป็นกระบวนการที่วางแผนไว้อย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคลสามารถคิดหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งเลือกตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่เหมาะสม จากการศึกษาในต่างประเทศที่มีการจัดการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์รวมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา ทำให้ผู้เรียนมีการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่ดีขึ้น^{1,11} เป็นการดำเนินงานที่แตกต่างจากรูปแบบเดิมในประเทศไทยที่เป็นเพียงการจัดอบรมในสถานที่นั้น ๆ ซึ่งมีความยืดหยุ่นทางเวลาและสถานที่ มีการใช้เทคโนโลยีในกระบวนการเรียนรู้ และประหยัดทรัพยากร¹¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์รวมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ในรูปแบบออนไลน์ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

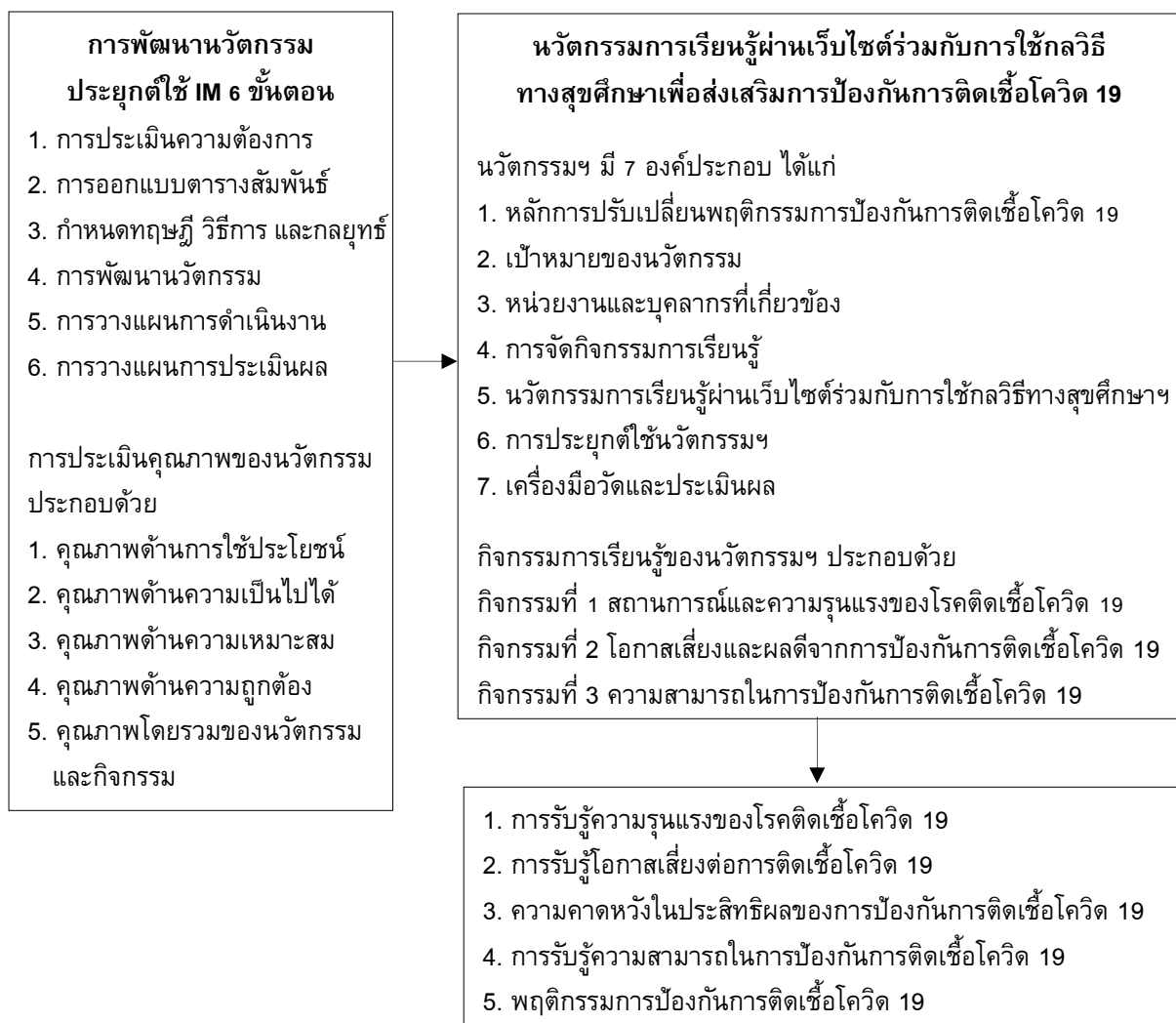
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย

2. เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาในการส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ของนิสิตมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนานวัตกรรมการใช้แนวคิด Intervention Mapping (IM)^๑ ในการพัฒนานวัตกรรมให้มีคุณภาพ จึงทำให้ได้องค์ประกอบของนวัตกรรม และกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค^๒ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม และระยะที่ 2 การทดลองใช้นวัตกรรม ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Intervention Mapping; IM)⁹ ในการยกร่างนวัตกรรม และประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอน ที่ 1 การยกร่างนวัตกรรม โดยใช้ IM 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินความต้องการ 2) การออกแบบตารางสัมพันธ์ 3) กำหนดทฤษฎี วิธีการ และกลยุทธ์ 4) การพัฒนานวัตกรรม 5) การวางแผนการดำเนินงาน 6) การวางแผนการประเมินผล และขั้นตอนที่ 2 การประเมินคุณภาพของนวัตกรรมฯ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินคุณภาพของนวัตกรรมฯ ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้ประโยชน์ 2) ด้านความเป็นไปได้ 3) ด้านความเหมาะสม และ 4) ด้านความถูกต้อง รวมทั้งคุณภาพโดยรวมของนวัตกรรมฯ และกิจกรรม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก คุณภาพดี คุณภาพปานกลาง คุณภาพพอใช้ และคุณภาพควรปรับปรุง ตามแนวคิดการประเมินทางการศึกษาของสตัฟเฟิลบีม¹² ที่ได้กำหนดมาตรฐานการประเมินสำหรับใช้เป็นกรอบในการตรวจสอบคุณภาพ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้

การวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้นวัตกรรม เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบวัดก่อน-หลัง การทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ที่มีรายชื่อศึกษาในปีการศึกษา 2566 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เขตบางเขน จำนวน 32,802 คน

ตัวอย่าง คือ กลุ่มประชากรที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสมาร์ทโฟน แท็บเล็ตหรืออุปกรณ์สื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณสำหรับการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกึ่งทดลองสองกลุ่มอิสระต่อกัน¹³ ได้จำนวน 76 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 76 คน และจับคู่อาสาสมัครให้มีคุณลักษณะของเพศ และระดับชั้นปีที่ใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม แล้วจึงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรม การเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้นเป็นการจัดการเรียนรู้ทางห้องเรียนออนไลน์บนเว็บไซต์ ดังนี้

1.1 องค์ประกอบของนวัตกรรมฯ มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) เป้าหมายของนวัตกรรม 3) หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 5) นวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา 6) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมฯ และ 7) เครื่องมือวัดและประเมินผล

1.2 กิจกรรมการเรียนรู้ของนวัตกรรมฯ มี 3 แผนการจัดการเรียนรู้ คือ กิจกรรมที่ 1: “สถานการณ์และความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19” เป็นการศึกษาค้นคว้า ชมวิดีโอทัศน์ และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19

กิจกรรมที่ 2: “โอกาสเสี่ยงและผลดีจากการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19” เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 การชั่งน้ำหนัก การระดมสมอง และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลของการป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 3: “ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19” เป็นการบรรยายวิธีการป้องกันโรค การชั่งน้ำหนักต้นแบบการป้องกันโรค การประเมินความสามารถของตนเอง การฝึกปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมาย และมีการกระตุ้นติดตามการปฏิบัติในกลุ่มไลน์ 2 สัปดาห์/ครั้ง ซึ่งการจัดการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา เพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ดำเนินกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และมีการกระตุ้นติดตามการปฏิบัติในกลุ่มไลน์ 2 สัปดาห์/ครั้ง จนครบ 3 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 มีจำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ให้ตัวอย่างตอบตามความเป็นจริงที่ปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นวัตกรรมฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีคุณภาพอยู่ใน

ระดับดีมาก ($M=4.66$, $SD=0.04$) ส่วนแบบสอบถามทั้ง 6 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หรือค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 หรือมีความเชื่อถือได้สูงมาก

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ COA66/043 ลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ.2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มอย่างง่ายด้วยคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ระยะก่อนการทดลองผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด ขอคำยินยอมอาสาสมัคร และให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

3. ระยะการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้ทำกิจกรรมของนวัตกรรมฯ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และให้ปฏิบัติด้วยตนเองโดยจะมีการติดตามในกลุ่มไลน์ 2 สัปดาห์/ครั้ง จนครบ 3 เดือน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำและแผนพับให้ความรู้ทางออนไลน์ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

4. เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแล้วเป็นเวลา 3 เดือน จึงให้ตอบแบบสอบถามหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล 1 เดือน นับจากระยะหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 คุณภาพของนวัตกรรมฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิจัยระยะที่ 2 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และก่อนการทดสอบค่าที่ได้ทำการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ตัวอย่างสุมจากประชากร จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) เป้าหมายของนวัตกรรม 3) หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 5) นวัตกรรมฯ 6) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมฯ และ 7) เครื่องมือวัดและประเมินผล โดยนวัตกรรมฯ ได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ประโยชน์มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.70$, $SD=0.20$) ด้านความเป็นไปได้มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.65$, $SD=0.10$) ด้านความเหมาะสมมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.75$, $SD=0.19$) ด้านความถูกต้องมีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.55$, $SD=0.19$) และคุณภาพโดยรวมของนวัตกรรมฯ และกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.66$, $SD=0.04$)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาผลของ

นวัตกรรมฯ พบว่า ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 มีอายุเฉลี่ย 19.52 ปี และเป็นนิสิตระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 36.80 ศึกษาในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 50.00 และมีประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 71.10 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.20 มีอายุเฉลี่ย 19.55 ปี และเป็นนิสิตระดับชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 31.60 ศึกษาในกลุ่มสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 50.00 และมีประวัติการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 71.10

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า ผลของนวัตกรรมฯ แต่ละช่วงเวลาในการวัด มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างด้วย Bonferroni method ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การเปรียบเทียบระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ

มีคะแนนเฉลี่ยของทุกตัวแปรทั้งในระยะก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ

ระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (N=76)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=38)		
	Mean Difference	SE	p-value	Mean Difference	SE	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19						
ก่อนทดลองกับหลังทดลอง	11.0526*	1.449	<.001*	1.0000	1.701	1.000
ก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	10.7368*	1.449	<.001*	.3947	1.701	1.000
หลังทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	.3158	1.449	1.000	1.3947	1.701	1.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19						
ก่อนทดลองกับหลังทดลอง	11.2105*	1.482	<.001*	.0000	1.712	1.000
ก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	10.6579*	1.482	<.001*	.6579	1.712	1.000
หลังทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	.5526	1.482	1.000	.6579	1.712	1.000
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโควิด 19						
ก่อนทดลองกับหลังทดลอง	9.0526*	1.446	<.001*	.6842	1.729	1.000
ก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	8.1316*	1.446	<.001*	1.2368	1.729	1.000
หลังทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	.9211	1.446	1.000	.5526	1.729	1.000
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันโควิด 19						
ก่อนทดลองกับหลังทดลอง	12.9474*	1.391	<.001*	.8947	1.707	1.000
ก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	12.0263*	1.391	<.001*	1.8421	1.707	.849
หลังทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	.9211	1.391	1.000	.9474	1.707	1.000
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19						
ก่อนทดลองกับหลังทดลอง	5.1842*	.960	<.001*	.2895	1.131	1.000
ก่อนทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	4.8947*	.960	<.001*	.6316	1.131	1.000
หลังทดลองกับระยะติดตาม 1 เดือน	.2895	.960	1.000	.3421	1.131	1.000

*p<.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ

ติดเชื้อโควิด 19 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง

9 วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 : พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดง
มีคะแนนเฉลี่ยของทุกตัวแปร สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง
หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (N=76)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19							
ก่อนการทดลอง	30.26	6.85	30.21	7.01	.033	74	.974
หลังการทดลอง	41.31	6.04	31.21	7.66	6.381	74	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	41.00	6.01	31.60	7.55	5.997	74	<.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19							
ก่อนการทดลอง	31.63	7.91	32.31	7.50	-.387	74	.700
หลังการทดลอง	42.84	5.66	32.31	7.67	6.800	74	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	42.28	5.52	32.97	7.19	6.330	74	<.001*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโควิด 19							
ก่อนการทดลอง	34.47	7.89	34.36	7.40	.060	74	.952
หลังการทดลอง	43.52	5.35	33.68	7.82	6.397	74	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	42.60	5.30	33.13	7.37	6.429	74	<.001*
การรับรู้ความสามารถในการป้องกันโควิด 19							
ก่อนการทดลอง	29.78	7.03	30.42	7.76	-.372	74	.711
หลังการทดลอง	42.73	5.66	31.31	7.53	7.471	74	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	41.81	5.36	32.26	7.00	6.673	74	<.001*
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19							
ก่อนการทดลอง	19.50	5.36	19.86	5.08	-.307	74	.760
หลังการทดลอง	24.68	3.51	20.15	4.95	4.593	74	<.001*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	24.39	3.38	20.50	4.75	4.113	74	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

1. การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้ผ่าน
เว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุศึกษาได้ผล
การประเมินผลคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ใน
ระดับดีมาก เนื่องจากการพัฒนานวัตกรรมได้ใช้
แนวคิดกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมในการยกย่องนวัตกรรม ซึ่งเป็น

แบบจำลองเกี่ยวกับหลักตรรกะของการวางแผน
และออกแบบกระบวนการในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ¹⁴ โดยมีการ
ประเมินความต้องการ การออกแบบตารางสัมพันธ
กำหนดทฤษฎี วิธีการ และกลยุทธ์ การพัฒนา
นวัตกรรม การวางแผนการดำเนินการ และการ
ประเมินผล⁹ จึงทำให้ผลการประเมินคุณภาพ

จากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพดีมาก และสามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม^{6,15}

2. ผลของการทดลองใช้นวัตกรรม โดยนวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์รวมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษามีการกำหนดเนื้อหาสาระให้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษา ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้ทำกิจกรรมศึกษาค้นคว้าสถานการณ์ รับชมวิดีโอ อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรค จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 สูงขึ้น เนื่องจากการประเมินภาวะคุกคามต่อสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากข้อมูลสถานการณ์ปัญหา สื่อวิดีโอ ที่นำเสนอผลกระทบของโรค และการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยตนเองจะทำให้การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคสูงขึ้น⁷⁻⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการให้สืบค้นข้อมูลผลกระทบของโรค และประเมินความเสี่ยงต่อโรค พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม¹

นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับชมวิดีโอร่วมระดมสมอง และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 รวมทั้งรับฟังการบรรยาย การได้เห็นต้นแบบการป้องกันโรคผ่านวิดีโอ การประเมินความสามารถ การฝึกปฏิบัติให้สำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อให้มีความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยการเรียนรู้ผ่าน

เว็บไซต์และห้องเรียนออนไลน์ นอกจากนั้นยังมีการกระตุ้นติดตามการปฏิบัติด้วยตนเองทางไลน์ จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สูงขึ้น¹ เนื่องจากการประเมินการเผชิญสิ่งคุกคาม ที่ได้รับอิทธิพลจากกิจกรรมที่ทำให้เห็นผลดีของการป้องกันโรค และการให้ประเมินความสามารถของตนเอง และฝึกปฏิบัติให้สำเร็จจะทำให้ความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลดีของพฤติกรรม การกำหนดเป้าหมาย การปฏิบัติให้สำเร็จ และการกระตุ้นติดตามการปฏิบัติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของพฤติกรรม และการรับรู้ความสามารถสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม^{1,16}

ภายหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับคำแนะนำและแผนพับให้ความรู้ตามปกติ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับนวัตกรรมที่มุ่งเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในตัวบุคคลด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จึงทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ¹⁸ นอกจากนั้นกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากมีความคงทนของการปฏิบัติ จึงทำให้พฤติกรรมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ

การศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจะทำให้เกิดความกลัวต่อโรค รวมทั้งกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผล และความสามารถในการป้องกันโรค จะทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติได้สูง ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ดีขึ้น^{1,16}

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

นวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษามีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก และการใช้นวัตกรรมทำให้นิสิตนักศึกษา มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกัน การติดเชื้อโควิด 19 การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. นวัตกรรมการเรียนรู้ผ่านเว็บไซต์ ร่วมกับการใช้กลวิธีทางสุขศึกษามีผลต่อ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่ดีขึ้น บุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรทางสุขภาพ ในมหาวิทยาลัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ให้กับนิสิตนักศึกษาได้

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการติดตาม ความคงทนของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ โควิด 19 ในระยะยาว โดยออกแบบกิจกรรม การติดตามในการปฏิบัติเดือนละครั้ง

References

1. Sayed SH, Al-Mohaithef M, Elgzar WT. Effect of digital-based self-learned educational intervention about COVID-19 using protection motivation theory on non-health students' knowledge and self-protective behaviors at Saudi Electronic University. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14626. doi: 10.3390/ijerph192214626.
2. Ministry of Public Health. Report on the situation of coronavirus disease 2019. [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 10]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no730-020165.pdf>. (in Thai).
3. Kingsawad K, Duangchinda I. Quality of life of undergraduate students during the epidemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Health Science*. 2023;32(3):393-9. (in Thai).
4. Sirinawin S. COVID-19 knowledge to wisdom, practice development. Nonthaburi: National Health Commission Office (NHCO); 2020. (in Thai).
5. Ezati Rad R, Mohseni S, Kamalzadeh Takhti H, Hassani Azad M, Shahabi N, Aghamolaei T, et al. Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):466. doi: 10.1186/s12889-021-10500-w.
6. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al.

- Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the protection motivation theory. *J Hosp Infect.* 2020;105(3):430-3. doi: 10.1016/j.jhin.2020.04.035.
7. Pratumwan P, Vatanasomboon P, Pekalee A. Applying the protection motivation theory in predicting motivation for COVID-19 preventive behaviors among Thai people in health region 3. *Thai Journal of Public Health.* 2022;52(3):294-308. (in Thai).
 8. Kowalski RM, Black KJ. Protection motivation and the COVID-19 virus. *Health Commun.* 2021;36(1):15-22. doi: 10.1080/10410236.2020.1847448.
 9. Ponrachom C, Sukolpuk M, Guiedthatree S. Designing program for health behavior modification: intervention mapping. *Journal of Health and Nursing Research.* 2022; 38(2):1-10. (in Thai).
 10. Alshurideh MT, Abuanzeh A, Kurdi BA, Akour I, Alhamad A. The effect of teaching methods on university students' intention to use online learning: Technology Acceptance Model (TAM) validation and testing. *International Journal of Data and Network Science.* 2023;7(1):235-50.
 11. Lopez-Ventoso M, Pisano Gonzalez M, Fernández García C, Díez Valcarce I, Rey Hidalgo I, Rodríguez Nachon MJ, et al. Understanding COVID: collaborative government campaign for citizen digital health literacy in the COVID-19 pandemic. *Life (Basel).* 2023;13(2):589. doi: 10.3390/life13020589.
 12. Siriyanon S, Klaharn R. Meta-evaluation and the application of meta-evaluation. *Journal of Educational Measurement.* 2021;38(104):197-208. (in Thai).
 13. Kongsuk T. Sample size calculation. [internet]. 2018 [cited 2023 May 30]; Available from: <https://www.thaidepression.com/www/doc585.Sample%20size%202.pdf>. (in Thai).
 14. Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, Kok G. Intervention mapping: theory- and evidence-based health promotion program planning: perspective and examples. *Front Public Health.* 2019;7:209. doi: 10.3389/fpubh.2019.00209.
 15. Guiedthatree S, Ponrachom C. The application of intervention mapping in developing an alcohol consumption behavior modification program among village health volunteer for a sub-district health promoting hospital. *Journal of Safety and Health.* 2021;14(2):74-88. (in Thai).
 16. Elgzar WT, Al-Qahtani AM, Elfeki NK, Ibrahim HA. COVID-19 outbreak: effect of an educational intervention based on health belief model on nursing students' awareness and health beliefs at Najran University, Kingdom of Saudi Arabia. *Afr J Reprod Health.* 2020;24(s1):78-86. doi: 10.29063/ajrh2020/v24i2s.12

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

ปิยาภรณ์ นาไวย์* อัมภิกา นาไวย์**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและส่งต่ออย่างทันท่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยและพัฒนาใช้กรอบแนวคิดของ Soukup ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ปัญหา 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ทดลองใช้ และ 4) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไปใช้จริง ตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาล 9 คน และผู้ป่วย 26 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แนวคำถามสนทนากลุ่ม 2) แบบบันทึกเวลา Door to refer time 3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง นานาที 1-5 2) การดูแลตามแนวทาง Stroke fast track นานาที 6-10 และ 3) เตรียมการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ นานาที 11-30 หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Stroke fast track ($M=8.15$, $SD=3.90$) ระยะเวลาที่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับถึงส่งต่อ ($M=29.31$, $SD=6.88$) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ($M=5.50$, $SD= 3.36$) ไม่มีความแตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐาน และความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD=0.41$)

สรุปผล : แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

* งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: อัมภิกา นาไวย์, E-mail: ampicha@bcnc.ac.th

Development of a clinical nursing practice guideline for the care of acute stroke patients in the Department of Accident, Emergency, and Forensic Nursing, Mae Taeng Hospital, Chiang Mai Province

Piyaporn Nawai* Ampicha Nawai**

Abstract

Background: Acute stroke is a medical emergency requiring timely treatment and patient referral.

Objectives: To develop and evaluate the outcomes of a nursing practice guideline for patients with acute stroke in the Accident, Emergency, and Forensic Nursing Department at Mae Taeng Hospital.

Methods: The research and development study followed Soukup's (2000) conceptual framework, which consisted of four steps: 1) problem analysis, 2) evidence-based research, 3) pilot testing, and 4) implementation of the nursing guideline. A purposive sample was selected, including 9 nurses and 26 patients. The research instruments included the development of a nursing practice guideline for patients with acute stroke. The data collection tools included 1) a focus group discussion guide for problem analysis, 2) a door-to-refer time recording form, 3) a general information recording form, and 4) a questionnaire on nurses' satisfaction with the nursing practice guideline.

Results: The nursing practice guideline consisted of 1) screening (minutes 1-5), 2) care according to the Stroke Fast Track protocol (minutes 6-10), and 3) preparation for referral to the central hospital (minutes 11-30). After implementing the nursing practice guidelines, it was found that the time patients received care according to the Stroke fast track protocol ($M=8.15$, $SD=3.90$) and the time from initial care to referral ($M=29.31$, $SD=6.88$) were significantly shorter than the standard criteria ($p<.01$). The time taken for patient screening ($M=5.50$, $SD=3.36$) showed no significant difference to the standard criteria. Nurses' overall satisfaction with the guideline was at the highest level ($M=4.73$, $SD=0.41$).

Conclusions: This clinical nursing practice guideline can help ensure patients receive prompt and more efficient care.

Keywords: clinical nursing practice guideline, patients with acute stroke, department of accident emergency and forensic nursing

* Department of Accident, Emergency, and Forensic Nursing, Mae Taeng hospital, Chiang Mai Province

** Boromarojnanani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Ampicha Nawai, E-mail: ampicha@bcnc.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease/Stroke) คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจาก หลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน หรือเส้นเลือดปริแตก จนทำให้เลือดออกในสมอง พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ปัจจุบันทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 101 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 รายในทุก 3 วินาที¹ สำหรับในประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่า 300,000 คน และเสียชีวิตมากกว่าปีละ 30,000 คน² โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) เกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดตีบหรืออุดตัน พบได้บ่อยที่สุด ประมาณ 80-85% และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากหลอดเลือดในสมองแตกทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง พบได้ประมาณ 15-20%^{1,3} ทั้งสองชนิดนี้มีสาเหตุ อาการ และการรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย³

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ฉีดยาละลายลิ่มเลือดสามารถรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรักษาผู้ป่วยด้วยการให้ Intravenous Thrombolysis โดยใช้ยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) สามารถละลายลิ่มเลือด และส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ลดความพิการที่เกิดจากเซลล์สมองตายจากขาดเลือดได้⁴ ซึ่งผลการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการดีขึ้นทันทีหรือสามารถดีขึ้นได้ใน 3-6 เดือนหลังจากอาการเตือนของหลอดเลือดสมอง^{3,4} การให้ยา rt-PA เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการน้อยกว่า 4.5 ชั่วโมง ถือเป็นมาตรฐานในปัจจุบัน เพื่อลดภาวะ

ทุพพลภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น⁵ ดังนั้นเวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการรักษา รวมถึงต้องมีระบบบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วขึ้น⁶

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันด้วยยา rt-PA ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการรักษา จึงต้องมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการ Stroke Fast Track ในโรงพยาบาล⁷ ในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการเพื่อเข้าถึงการบริการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับยา rt-PA ได้ภายใน 270 นาที (Door to needle time) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการรับรู้การเตือนของโรค และช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็วเมื่อมาถึงโรงพยาบาล 3) การส่งต่ออย่างรวดเร็ว (Door to refer) 4) ผู้ป่วยได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและอ่านผลโดยรังสีแพทย์ 5) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาทีเมื่อถึงโรงพยาบาล 6) การดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยเฉพาะ⁷ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องทำกับระยะเวลาทุกขั้นตอน เพื่อไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา

โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 เตียง จากสถิติผู้ป่วย 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2561-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้ารับบริการแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชจำนวน 135, 96, 122, 106 และ 98 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์

(Door to refer) ในระยะเวลา 1 ชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2561-2567 คิดเป็นร้อยละ 100, 100, 100, 82.22 และ 85.50 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงใน 2 ปีหลัง และเฉลี่ย Door to refer ใน 5 ปีย้อนหลังอยู่ที่ 45.50 นาที⁸ จากการปฏิบัติงานพบว่า งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ยังไม่สามารถรักษาโดยการให้ยา rt-PA ได้ จึงต้องเน้น Door to refer เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับยา rt-PA อย่าง รวดเร็วภายใน 270 นาที ในคนไข้ที่มีข้อบ่งชี้และ พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ชัดเจนและการ ประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลยังไม่ สม่่าเสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและ ประเมินผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการ พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง เพื่อให้การรักษาพยาบาลและ การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้ อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีการฟื้นฟูสภาพที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

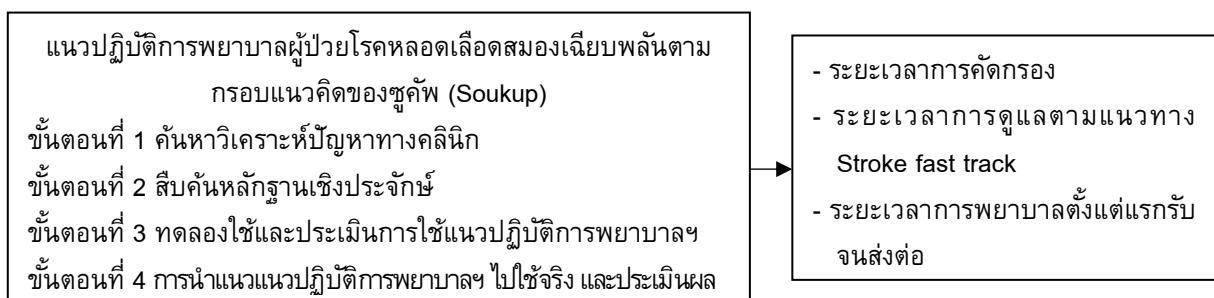
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการ

พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง

2. เพื่อประเมินผลของแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ประกอบด้วย ระยะเวลาการคัดกรอง ระยะเวลาการ ดูแลตามแนวทาง Stroke fast track ระยะเวลา ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อ และความพึงพอใจของ พยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาตามรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกาของ Soukup⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาวิเคราะห์ปัญหา ทางคลินิก (Evidence triggered phase) ขั้นตอนที่ 2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉียบพลัน (Evidence observed phase) และขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้จริงและ ประเมินผล (Evidence based phase) โดยมี เป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับคัดกรอง การดูแลตาม แนวทาง Stroke fast track และการพยาบาลตั้งแต่ แรกรับจนส่งต่อ (Door to refer) ภายใน 30 นาที ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้กรอบแนวคิด การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์การ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup)⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง 2) การดูแลตามแนวทาง Stroke fast track และ 3) การเตรียมความพร้อมเพื่อส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์ แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัย ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 2 หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติฯ นี้ ไปทดลองใช้เป็น ระยะเวลา 2 สัปดาห์กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความ ชัดเจนด้านเนื้อหา และเกิดความเข้าใจตรงกันในทุก ประเด็นก่อนนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แนวคำถามสนทนากลุ่ม ที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาจาก การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไร ต่อสถานการณ์การดูแลและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง และ 2) ท่านคิดว่าปัจจัยที่ส่งผล

ต่อความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลัน เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง ได้แก่อะไรบ้าง ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสนทนากลุ่ม ที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบคุณภาพความชัดเจน ด้านเนื้อหา ก่อนนำไปใช้จริงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97

2.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับความรู้สึกรู้ตัวและ อาการและ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล

2.3 แบบบันทึกเวลา Door to refer time โดยมีการบันทึกเวลาตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินและ คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการ เวลาที่มาถึง โรงพยาบาล เวลาซักประวัติ เวลาประเมินอาการ เวลาปฏิบัติการพยาบาล เวลาการประสานส่งต่อ และเวลาที่รถส่งต่อส่งตัวผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลศูนย์ แบบบันทึกนี้ผ่านการ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา เท่ากับ .97

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของ พยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่ามาตราลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจ น้อยที่สุด โดยมีการเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 4.2-5.0 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา เท่ากับ .97

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ปฏิบัติงาน ณ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลาเรียน และลาคลอดระหว่างดำเนินการวิจัย และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษา ณ ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2567 โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 26 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตั้งแต่เริ่มมีอาการจนมาถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 3 ชั่วโมง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เสียชีวิตระหว่างเข้ารับการรักษา 2) ไม่สมัครใจอยู่ในการรักษา และ 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ NKP No.168/66 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แตงและแพทย์เจ้าของไข้ ทีมผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยมีการชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และจะนำผลการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup)⁹ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก (Evidence trigger phase) จากการปฏิบัติงานและแหล่งเรียนรู้ แยกเป็นประเด็น ดังนี้ 1) ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ (Practice trigger) โดยกำหนดค้นหาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จากการสนทนากลุ่มจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 9 คน มีการระบุประเด็นปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้อย่างชัดเจนตั้งแต่แรกที่มาถึงทั้งอาการป่วยและเวลาป่วยที่แน่ชัด ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตต้องให้การช่วยเหลือด้วยหัตถการยากลำบากและต้องใช้เวลามากและเจ้าหน้าที่พยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ และด้านระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า โรงพยาบาลแม่แตงยังไม่สามารถรักษาโดยการให้ยา rt-PA ได้ จึงต้องเน้น Door to refer เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับยา rt-PA อย่างรวดเร็วภายใน 270 นาที และ 2) ตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ (Knowledge triggers) โดยการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เกณฑ์การประเมินด้านความรวดเร็ว Door to refer

ตามมาตรฐานเวลาของ American Heart Association¹⁰ และสถาบันประสาทวิทยา¹¹ คือ ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-support phase) โดยกำหนดการสืบค้นตามกรอบ PICO ดังนี้
P (Population): ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, I (Intervention): แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน, C (Comparison): การดูแลปกติเปรียบเทียบกับให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และ O (Outcome): การลดระยะเวลา Door to refer น้อยกว่า 30 นาที กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ “A Clinical Nursing Practice Guideline, Evidence-Based Practice, Ischemic Stroke, Cerebral Ischemia, Cerebral Infarction, Ischemic Infarction, Emergency Nursing Care” โดยสืบค้นจากบทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ในระบบฐานข้อมูล ได้แก่ ThaiJO, Google Scholar, PubMed, Medline, CINAHL ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพและจัดอันดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์จาก The Joanna Briggs Institute Guides¹² ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 9 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิจัยที่มีการออกแบบวิจัยเชิงทดลองจำนวน 2 เรื่อง (level 1c) และบทความวิจัยที่มีการออกแบบวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 7 เรื่อง (level 2c) หลังจากนั้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้มาพัฒนาเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) โดยผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินผลการปฏิบัติ และความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence-based phase) โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริงเป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้มีการดำเนินการดังนี้ 1) จัดประชุมหน่วยงานเพื่อนำเสนอแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ นี้แก่ทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน 2) อบรมพยาบาลผู้ปฏิบัติการเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 3) นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ 4.1) ระยะเวลาการส่งต่อ (Door to refer) ภายใน 30 นาที เทียบมาตรฐานเวลาของ American Heart Association¹⁰ และสถาบันประสาทวิทยา¹¹ และ 4.2) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลังจากนั้นนำผลประเมินที่ได้นำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อจัดทำเป็นมาตรฐานการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของโรงพยาบาล ตลอดจนมีการติดตามดูแลกำกับ นิเทศ อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. ข้อมูลแบบบันทึกเวลา Door to refer วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูล บันทึกเวลา Door to refer กับเกณฑ์มาตรฐานของ American Heart Association¹⁰ และสถาบันประสาทวิทยา¹¹ โดยใช้สถิติ One sample t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ข้อมูลแบบสัมภาษณ์จากการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง

พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง ระหว่างวันที่ 1 ถึงวันที่ 30 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

วันที่ 1-5 การคัดกรอง ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1) ชักประวัติเบื้องต้น ประกอบด้วยอาการที่เข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่เกิดอาการที่เข้าได้กับโรค

หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน รวมถึงประวัติโรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ 2) รายงานแพทย์ทันที และ 3) ตรวจร่างกายเบื้องต้น รวมถึงประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามหลัก ABCD ได้แก่ Airway: ประเมินทางเดินหายใจ การพูด การกลืน Breathing: ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอด และวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด Circulation: ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความดันโลหิต และ Disability: ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Score (GCS) และตรวจระดับน้ำตาลในเลือด

วันที่ 6-10 การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง Stroke Fast Track ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) ประเมินอาการและวินิจฉัย 2) เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปรับการตรวจ CT scan โดยส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจเอกซเรย์ทรวงอก และ 3) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยเปิดเส้นข้างที่ไม่มีอาการอ่อนแรง

วันที่ 11-30 การเตรียมความพร้อมในการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1) ประสานญาติพบแพทย์ เพื่อรับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และแนวทางการรักษา 2) ประสานส่งต่อข้อมูลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ตามแนวทาง Stroke fast track 3) เตรียมเอกสารส่งต่อ ประสานสิทธิการรักษา 4) ประเมินอาการทั่วไป ตรวจประเมิน N/S, V/S ทุก 15 นาที ระหว่างรอรถพยาบาล ก่อนนำส่งผู้ป่วย และ 5) บันทึกอาการและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

2 ผลลัพธ์การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ที่เข้า

รับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ร้อยละ 100 (n=9) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ช่วง 21-30 ปี มากที่สุดร้อยละ 66.67 (n=6) อายุเฉลี่ย 31 ปี (SD=8.42) กลุ่มตัวอย่างพยาบาล ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานในห้องฉุกเฉินอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 66.67 (n=6) เฉลี่ย 5.33 ปี (SD=4.38) และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.69 อายุเฉลี่ย 63.42 (SD=11.06) ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว มี Glasgow Coma Score (GCS) 13-15 คะแนน ซึ่งมากที่สุด ร้อยละ 61.54 รองลงมาผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว GCS 9-12 คะแนน และ GCS 3-8 คะแนน ในสัดส่วนร้อยละที่เท่ากันเท่ากับ 19.23 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งโดยไม่มีอาการอย่างอื่นร่วม ร้อยละ 23.08 ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งโดยมีอาการอย่างอื่นร่วม เช่น มีอาการเดินเซ พูดไม่ชัด พูดไม่ได้

หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใดมากที่สุด ปวดศีรษะรุนแรง มุมปากตก ร้อยละ 76.92 และได้รับการส่งต่อ ร้อยละ 100

2.2 เปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง ตามเกณฑ์มาตรฐาน

พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Stroke fast track พบว่าระยะเวลาการคัดกรองมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.50 นาที (SD=3.36) เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ 5 นาที ส่วนการดูแลตามแนวทาง Stroke fast track มีระยะเวลาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 นาที (SD=3.90) เวล่าน้อยกว่าระยะเวลาตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ 10 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.31 นาที (SD=6.88) น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ภายใน 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน งานการพยาบาล
ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง ตามเกณฑ์มาตรฐาน (n=26)

กิจกรรม	ระยะเวลา ตามมาตรฐาน	ระยะเวลาที่ใช้ (นาที)		df	t	p-value
		Mean	SD			
การคัดกรอง	ภายใน 5 นาที	5.50	3.36	25	0.76	.24
การดูแลตามแนวทาง Stroke fast track	ภายใน 10 นาที	8.15	3.90	25	-2.42	.01*
การพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนส่งต่อ (Door to refer)	ภายใน 30 นาที	29.31	6.88	25	14.31	<.001*

*p-value<.05

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเฉียบพลัน งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่แตง

พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD=0.41$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถสื่อสารได้ง่าย ชัดเจน, แนวปฏิบัติสั้น กระชับและครอบคลุม และสะดวกในการใช้งาน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากัน ($M=4.78$, $SD=0.44$) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมา ได้แก่ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดเท่ากัน ($M=4.67$, $SD=0.50$)

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันนี้ประสบความสำเร็จเนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาจากรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกาของ Soukup⁹ ซึ่งมีแนวคิดว่าปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาเกิดจากการกระตุ้น 2 ทาง ได้แก่ ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ และตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ โดยตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ผู้วิจัยได้มีการสนทนากลุ่มร่วมกันกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานถึงปัญหาทางคลินิกที่พบ ได้แก่ ระยะเวลาการส่งต่อ (Door to refer) เกินเวลามาตรฐานเวลาของ American Heart Association¹⁰ และสถาบันประสาทวิทยา¹¹ ซึ่งกำหนดไว้ภายใน 30 นาที ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และร่วมกันแสดงความคิดเห็นต่อการ

เปลี่ยนแปลงให้เกิดพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการที่ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมถือเป็นปัจจัยสำเร็จทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน และมีส่วนได้ส่วนเสียที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร่วมกันคิดค้น ทดสอบ และประเมินผล การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติจึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงาน ส่งผลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น^{7,12} นอกจากนี้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้พัฒนาจากตัวกระตุ้นจากแหล่งเรียนรู้ โดยทีมผู้วิจัยมีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์บทความวิจัยและบทความวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติและนานาชาติ และผู้วิจัยได้ประชุมร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินคุณภาพและจัดอันดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้ The Joanna Briggs Institute Guides¹³ เป็นเกณฑ์ประเมินระดับความน่าเชื่อถือ และเป็นกระบวนการบูรณาการ ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้พยาบาลมีทัศนคติทางบวกเป็นผลต่อความตั้งใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ และเป็นการสร้างความยอมรับและการเปลี่ยนแปลงให้กับพยาบาลในการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล^{12, 14} โดยผลการวิจัยนี้ยังพบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันนี้ พบว่า

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง Stroke fast track น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) เนื่องจากแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และพร้อมปฏิบัติได้จริง และได้มีการอบรมพยาบาลถึงแนวทางการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแต่ละขั้นตอน ช่วยให้พยาบาลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล และสามารถทำงานเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน¹⁴ ดังนั้นความรวดเร็วในแต่ละกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ โดยกระบวนการนี้พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเริ่มคัดกรองผู้ป่วยภายใน 5 นาที การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง Stroke fast track ในนาทีที่ 6-10 และการประสานงานในการส่งต่อกับโรงพยาบาลศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์ Door to refer ภายใน 30 นาที ซึ่งทำให้ผลการวิจัยนี้พบว่าให้การพยาบาลด้วยเวลารวดเร็วตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองไม่มีความแตกต่างจากเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ 5 นาที เนื่องจากพบว่าการประเมินผู้ป่วยแรกรับ ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีความซับซ้อน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้ประวัติได้อย่างชัดเจนตั้งแต่แรกที่มาถึง ทั้งอาการป่วยและเวลาป่วยที่แน่ชัด ทำให้ต้องเสียเวลาในการซักประวัตินานหรือต้องรอญาติที่อยู่ในเหตุการณ์มาให้ประวัติเพิ่มเติม ดังนั้นจึงควรส่งเสริมพยาบาลที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ให้มีความรู้ความชำนาญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในห้องฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง แต่ละระยะเวลาการคัดกรองให้เป็นไป

ตามเกณฑ์มาตรฐาน และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทาง Stroke fast track ได้เร็วขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับโรงพยาบาลทุติยภูมิ โดยผลลัพธ์ที่ได้จากการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อ (Door to refer) น้อยกว่า 30 นาทีตามเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นแนวปฏิบัตินี้จึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการกำหนดนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาลในการส่งเสริมให้พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีการพัฒนาความรู้ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29. doi: 10.1177/17474930211065917.
2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Number and mortality rate of 5 non-communicable diseases. [internet]. 2023 [cited 2023 Dec 1]; Available from: <http://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>. (in Thai).

3. Hollist M, Morgan L, Cabatbat R, Au K, Kirmani MF, Kirmani BF. Acute stroke management: overview and recent updates. *Aging Dis.* 2021;12(4):1000-9. doi: 10.14336/AD.2021.0311.
4. Grotta JC. Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2023;29(2):425-42. doi: 10.1212/CON.0000000000001207.
5. Wang X, You S, Sato S, Yang J, Carcel C, Zheng D, et al. Current status of intravenous tissue plasminogen activator dosage for acute ischaemic stroke: an updated systematic review. *Stroke Vasc Neurol.* 2018;3(1):28-33. doi: 10.1136/svn-2017-000112.
6. Lorking N, Wood AD, Tiamkao S, Clark AB, Kongbunkiat K, Bettencourt-Silva JH, et al. Seasonality of stroke: winter admissions and mortality excess: a Thailand national stroke population database study. *Clin Neurol Neurosurg.* 2020;199:106261. doi: 10.1016/j.clineuro.2020.106261.
7. Boontongto S, Vibulchai N, Buthbankhow A. Development of fast-track service system for patients with stroke Wapipathum Hospital and service network. *Mahasarakham Hospital Journal.* 2017;14(3):100-13. (in Thai).
8. Medical Records, Mae Taeng Hospital. Statistics of access to emergency department 2018-2022. Chiang Mai: Medical Records, Mae Taeng Hospital; 2023. (in Thai).
9. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidenced based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am.* 2000;35(2):301-9.
10. ECC Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation.* 2005;112(24 Suppl):IV1-203. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.166550.
11. Institute of Neurology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for stroke patient care for general nurses. Bangkok: Institute of Neurology; 2011. (in Thai).
12. Sritip P, Nantsupawat A, Thungjaroenkul P. Factors related to the intention to implement evidence-based practice by nurses in university hospitals. *Journal of Nursing and Public Health Research.* 2024;4(1):e265928. (in Thai).
13. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs institute reviewers' manual: 2014 edition. [internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2014. [cited 2023 Dec 1]. Available from: <http://joannabriggs.org/assets/docs/summary/ReviewersManual-2014.pdf>.
14. Guo R, Berkshire SD, Fulton LV, Hermanson PM. Predicting intention to use evidence-based management among U.S. healthcare administrators: application of the theory of planned behavior and structural equation modeling. *Int J Healthc Manag.* 2019;12(1):25-32. doi: 10.1080/20479700.2017.1336856.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

อุณ ทะสิงห์* ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษามีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยส่วนบุคคลและด้าน
ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย : ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าใน
นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย : รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional
analytical study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ชั้นปีที่ 1-4
จำนวน 366 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินอาการโรคกินไม่หยุด และแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า (9Q) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน
เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ
(Multiple binomial logistic regression)

ผลการวิจัย : นักศึกษาไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 60.9 และปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ได้แก่ ปัจจัยความเพียงพอของรายได้ ความรู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง
และอาการโรคกินไม่หยุด แต่ไม่พบอิทธิพลของภาวะอ้วนลงพุงต่อภาวะซึมเศร้า

สรุปผล : มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและดูแลสุขภาพของนักศึกษา เช่น การ
จัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียดและภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา
ส่งเสริมให้นักศึกษามีรายได้หรือลดรายจ่าย การส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง ไม่สนับสนุนการล้อเลียนผู้อื่น
การป้องกันและจัดการอาการโรคกินไม่หยุด

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า โรคกินไม่หยุด ภาวะอ้วนลงพุง นักศึกษา

* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

** สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์, E-mail: chonvipa.sulukana@gmail.com

**Factors influencing metabolic syndrome, binge eating disorder,
and depression among students of a university in
Phranakhon Si Ayutthaya province, Thailand**

Oun Tasing* Chonvipa Sulakkananurak**

Abstract

Background: A variety of factors contribute to depression among university students. Individual characteristics, especially health factors, are significant causal factors.

Objectives: To investigate the factors influencing metabolic syndrome, binge eating disorder, and depression among students at a university in Phranakhon Si Ayutthaya Province.

Methods: A cross-sectional analytical study was conducted with 366 students from years 1-4 at a university in Phranakhon Si Ayutthaya province, Thailand. Data were collected between September 2023 and January 2024 using questionnaires, binge eating disorder symptoms assessment, and depression assessment (9Q) and analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics to test the factors influencing depression by analyzing multiple binomial logistic regression.

Results: Most students did not suffer from depression 60.9%. Factors influencing depression in university students at a statistically significant level of .05 included adequate income, stress from teasing about body shape, and symptoms of binge eating disorder. However, no influence was found between metabolic syndrome and depression.

Conclusions: The university and related agencies should promote and care for students' health, such as providing counseling services to solve mental health problems, managing stress and depression in students, encouraging students to earn more income or reduce expenses, promoting self-confidence and not encouraging the parody of others, and preventing and managing symptoms of binge eating disorder.

Keywords: depression, binge eating disorder, metabolic syndrome, college students

* Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

** Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

Corresponding Author: Chonvipa Sulakkananurak, E-mail: chonvipa.sulukana@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าในประชากรโลกเพิ่มมากขึ้นข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่า ประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรโลกประสบกับการป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ความชุกของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ในเพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4 และในเพศหญิงร้อยละ 6¹ ข้อมูลของศูนย์โรคซึมเศร้าไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยจำนวน 100 คน สามารถเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้น และทำให้คนไทยประมาณร้อยละ 70 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทาง MENTAL HEALTH CHECK-IN ของกรมสุขภาพจิตมีผู้ตอบแบบประเมินการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 5.5 ล้านคน พบภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 9.10 รองลงมาคือ มีเครียดสูง ร้อยละ 7.75 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.17³ เมื่อพิจารณาเชิงพื้นที่ของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเขตภาคกลางมีความชุกมากกว่าภาคอื่น และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาสะสมทั้งหมด 17,858 คน คิดเป็นความชุกของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.56⁴ ทั้งนี้ในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าสูง จากรายงานวิจัยในนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตภาคกลางตอนบน พบว่ามีภาวะซึมเศร้า ถึงร้อยละ 24.00⁵ องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ว้าวุ่นเปล่า พวกเขาอาจรู้สึกสูญเสียความสุขหรือ

ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ โดยอารมณ์ซึมเศร้ามักจะอยู่เกือบตลอดเวลาเกือบทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และอาจจะมีอารมณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น รู้สึกสิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคต คิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตาย มีปัญหาการนอนหลับที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป การเปลี่ยนแปลงความอยากอาหารหรือน้ำหนัก รู้สึกเหนื่อยกระสับกระส่ายเป็นต้น⁶ ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลต่อผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป ทั้งอาการและระดับความรุนแรง ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านเพศ อายุ และระดับความรุนแรงของโรค อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวัง เศร้าหมอง โดดเดี่ยว หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล หรือรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง และอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยหนึ่งในสัญญาณสำคัญที่สามารถสังเกตได้ คือ การเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ จึงส่งผลให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลงหรือเบื่ออาหาร ผู้ป่วยบางรายอาจเศร้าจนไม่ยอมรับประทานอาหารเลย แต่ในทางกลับกัน ผู้ป่วยซึมเศร้าบางรายกลับมีความอยากอาหารมากขึ้นอย่างผิดปกติหรือเรียกว่า "โรคกินไม่หยุด" เนื่องจากการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลหรือไขมันสูง ช่วยกระตุ้นสารเคมีในสมองให้รู้สึกอิ่มและมีความสุข การกินอาหารจึงเป็นการตอบสนองต่ออาการซึมเศร้าจนอาจนำไปสู่ภาวะน้ำหนักตัวเพิ่ม⁷

ปัญหาภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทยโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะ อายุ 19 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอ้วนมาก

ขึ้น จากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² มากถึง ร้อยละ 45.6 ในปี 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.2 ในปี 2564 และร้อยละ 46.6 ในปี 2565⁸ ซึ่งการป่วยด้วยโรคอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง โรคหัวใจ และไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นต้น นอกจากนี้ปัญหาที่มักพบในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารมากเกินไปหรือโรคกินไม่หยุด (Binge Eating Disorder: BED) ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพได้⁹

โรคกินไม่หยุด (Binge Eating Disorder: BED) เป็นชื่อที่ใช้เรียกโรคที่มีอาการรับประทานอาหารมากผิดปกติโดยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ที่เป็นโรคนี้จะรับประทานอาหารในปริมาณมากแม้ไม่รู้สึกลึกซึ้งโดยจะรับประทานอาหารจนอึดแน่นท้องจนไม่สามารถรับประทานอาหารต่อได้ เมื่อรับประทานอาหารเสร็จแล้วจะรู้สึกง่วงหรือโกรธตัวเอง ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเจน แต่คาดว่าเกิดจากหลายปัจจัย และโรคนี้สามารถเกิดได้กับคนทุกช่วงวัย ที่พบบ่อยสุด คือ วัยรุ่นตอนปลายหรือช่วงอายุ 20 ตอนต้น ทั้งนี้การรับประทานอาหารปริมาณมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาการของโรค BED ได้แก่ การรับประทานอาหารมากกว่าปกติโดยไม่สามารถควบคุมตนเองให้หยุดรับประทานได้ แม้จะอิ่มหรือไม่รู้สึกหิวแล้ว สามารถรับประทานอาหารปริมาณมาก ๆ อย่างรวดเร็วในระยะเวลาไม่นาน อาจจะมีพฤติกรรมที่กักตุนอาหารไว้ในที่ต่าง ๆ ใกล้เคียง¹⁰ ข้อมูลจากการวิจัยพบสัดส่วนที่

สำคัญของการมีโรคร่วมระหว่างโรคอ้วนและโรคที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ผิดปกติ โดยเฉพาะโรค BED มากถึงร้อยละ 5–15¹⁰ และอาจพบอาการของโรค BED มากถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเพื่อลดความอ้วน¹¹ ในปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุที่แท้จริงของโรค BED แต่คาดว่ามีความหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรค เช่น โรคอ้วน ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น⁹

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาจะสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ป้องกันแก้ไขปัญหามาภาวะอ้วนลงพุง โรค BED และปัญหาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวน้อยมาก และยังไม่เคยมีการศึกษาในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีสถาบันอุดมศึกษาหลายแห่ง มีนักศึกษาในพื้นที่จำนวนมาก และอาจมีความแตกต่างในบริบทของสังคม ดังนั้นคณะวิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด รวมทั้งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อให้ทราบระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาและอิทธิพลของภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด ต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

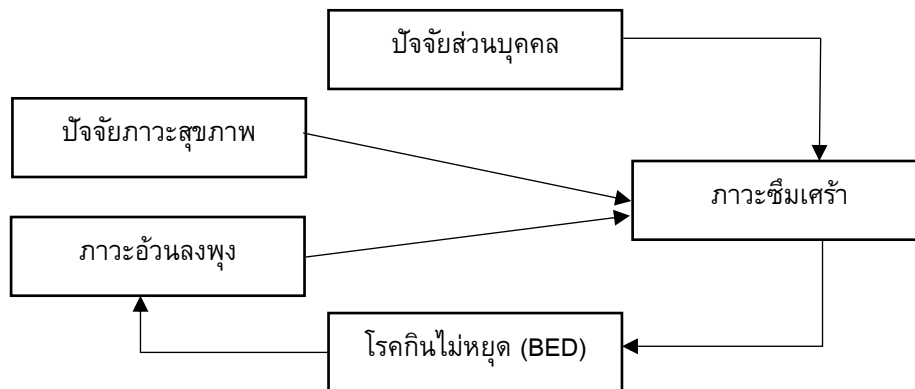
1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วนลงพุงและโรคกินไม่หยุด (BED) ในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้รวบรวมแนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วนลงพุง และโรคกินไม่หยุด ปัจจัยส่วนบุคคล

และปัจจัยภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก⁶ กรมสุขภาพจิต^{7,9} และกรมควบคุมโรค⁸ เขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับปริญญาตรี จำนวนทั้งสิ้น 3,925 คน ประกอบด้วยนักศึกษาทั้งหมด 4 คณะ¹²

ตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับปริญญาตรี คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของทาโรยามาเน (Taro Yamane)¹³ ได้ขนาดของตัวอย่างทั้งสิ้น 366 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

$\pm 5\%$ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์การตัดเข้า-ตัดออก ดังนี้

เกณฑ์ตัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย (1) เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่คณะวิจัยสนใจศึกษา ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 (2) มีความสนใจและสมัครใจเข้ารับการเก็บตัวอย่างเพื่อศึกษาวิจัย

เกณฑ์การตัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ไม่อยู่ในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบประเมิน

อาการโรคกินไม่หยุด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต โดยเครื่องมือ 3 ส่วนแรกเป็นเครื่องมือที่คณะจัดสร้างขึ้น ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1 เฉลี่ย 0.87 และผ่านการประเมินความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หนังสือรับรองเลขที่ COA NO.045/2566 ลงวันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยงานวิจัยคำนึงถึงหลักการเคารพในตัวบุคคล ให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วนมีการชี้แจงและการยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม (รูปแบบออนไลน์) ให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผ่านการสแกน QR code ที่ผู้ช่วยวิจัยเดินประชาสัมพันธ์ตามคณะและจุดต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย เก็บข้อมูลจนครบจำนวนตามที่กำหนดขนาดตัวอย่างไว้ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วนลงพุง

และโรคกินไม่หยุด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติอนุมาน ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ (Multiple binomial logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.1 พักอาศัยอยู่หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 40.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70.2 ส่วนใหญ่เคยถูกล้อเลียนรูปร่าง ร้อยละ 52.7 และรู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนรูปร่าง ร้อยละ 32.2

2. ข้อมูลปัจจัยภาวะสุขภาพ ตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติสมส่วน ร้อยละ 44.8 ทั้งนี้พบว่า มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 16.1 มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 18.9 มีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 6.6 และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 23.0 ส่วนใหญ่มีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 79.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.5 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางโอกาส ร้อยละ 50.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ระดับภาวะซึมเศร้า ตัวอย่างส่วนใหญ่ 'ไม่มีภาวะซึมเศร้า' ร้อยละ 60.9 รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 27.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.6 และระดับรุนแรง ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยภาวะสุขภาพ ภาวะอ้วนลงพุง โรคกินไม่หยุด และภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา
กลุ่มตัวอย่าง (n=366)

ปัจจัยภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดัชนีมวลกาย (BMI)		
- ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	50	13.7
- ปกติ สมส่วน (BMI 18.5-22.9)	164	44.8
- น้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9)	59	16.1
- อ้วนระดับที่ 1 (BMI 25-29.9)	69	18.9
- อ้วนระดับที่ 2 (BMI ≥ 30)	24	6.6
ภาวะอ้วนลงพุง		
- ไม่อ้วนลงพุง	282	77.0
- อ้วนลงพุง (ชาย > 90 cm. หญิง > 80 cm)	84	23.0
อาการของโรคกินไม่หยุด (BED)		
- ไม่มีอาการของโรคกินไม่หยุด	26	7.1
- มีอาการของโรคกินไม่หยุดระดับเล็กน้อย (1 -11 คะแนน)	289	79.0
- มีอาการของโรคกินไม่หยุดระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	34	9.3
- มีอาการของโรคกินไม่หยุด ระดับมาก (16 - 20 คะแนน)	17	4.6
ระดับภาวะซึมเศร้า		
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 7 คะแนน)	223	60.9
- มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (7 – 12 คะแนน)	102	27.9
- มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	24	6.6
- มีภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	17	4.6
การสูบบุหรี่		
- ไม่สูบ	280	76.5
- เคยสูบแต่เลิกแล้ว	43	11.7
- สูบอยู่	43	11.7
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
- ไม่ดื่ม	157	42.9
- ดื่มบ้างเป็นบางโอกาส	185	50.5
- ดื่มประจำ	24	6.6

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ผลการศึกษาโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวินามแบบพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้

(95%CI=1.08-4.77) รู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง (95%CI=1.45-7.78) และอาการของโรคกินไม่หยุด (BED) (95 % CI=1.19-6.50) แต่ไม่พบอิทธิพลของภาวะอ้วนลงพุงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาด้วยเทคนิคการวิเคราะห์การถดถอย
โลจิสติกพหุคูณแบบพหุ (Multiple binomial logistic regression) (N=366)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ของนักศึกษา	มีภาวะ ซึมเศร้า	ไม่มี ภาวะซึมเศร้า	Adjusted OR (95% CI)	p-value
เพศ				0.593
ชาย	12	134	1	
หญิง	32	188	1.27 (0.53-3.07)	
ความพอเพียงของรายได้				0.030*
เพียงพอ	23	234	1	
ไม่เพียงพอ	21	88	2.27 (1.08-4.77)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)				0.936
ไม่อ้วน (BMI < 25)	33	247	1	
อ้วน (BMI 25 ขึ้นไป)	11	75	0.96 (0.34-2.68)	
ภาวะอ้วนลงพุง				0.735
ไม่อ้วนลงพุง	34	248	1	
อ้วนลงพุง	10	74	0.84 (0.30-2.32)	
การนอนหลับ				0.257
นอนมากกว่า 4 ชั่วโมง	35	278	1	
นอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง	9	44	1.77 (0.66-4.74)	
การสูบบุหรี่				0.458
ไม่สูบ	38	243	1	
สูบบุหรี่	6	79	0.66 (0.22-1.98)	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				0.174
ไม่ดื่ม	14	143	1	
ดื่ม	30	179	1.74 (0.78-3.86)	
การออกกำลังกาย				0.300
ปกติไม่ออกกำลังกาย	21	177	1	
ออกกำลังกาย 1 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป	23	145	1.50 (0.70-3.20)	
รู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเรื่องรูปร่าง				0.005*
ไม่เครียด	19	229	1	
เครียด	25	93	3.36 (1.45-7.78)	
อาการของโรคกินไม่หยุด				0.018*
ไม่มี หรือ มีอาการระดับน้อย	30	285	1	
มีอาการระดับปานกลางขึ้นไป	14	37	2.78 (1.19-6.50)	

*p<.05

อภิปรายผล

1. จากการระดับภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วนลงพุงและโรคกินไม่หยุด (BED) ในนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กาญจนสุวรรณ, ชนัญญา จิระพรกุล และ เนาวรัตน์ มณีนิล¹⁴ ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา สาขาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาหนึ่งของประเทศไทย พบว่านักศึกษามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 45.3 (95% CI = 37.99-52.91) นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 23.0 สอดคล้องกับการศึกษาของภัทราพร ชูตร และ ภัทระ แสนไชยสุริยา¹⁵ ที่ทำการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในวัยทำงาน (15-59 ปี) จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 22.16 และนักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.3 และมีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับมาก ร้อยละ 4.6 ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของ Chengzhi และ Sheyue¹⁶ จากมหาวิทยาลัยแห่งรัฐแอริโซนา (Arizona State University) สหรัฐอเมริกา ที่ระบุว่าความชุกของความผิดปกติเกี่ยวกับการกินอาหาร (Eating disorder) ในวัยรุ่นหญิงมีประมาณ 3-6% ขณะที่ผู้ชายพบประมาณ 3% ซึ่งอาการของโรคกินไม่หยุดที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ การรับประทานอาหารปริมาณมากในเวลารวดเร็ว ร้อยละ 74.6 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารแม้ว่าจะอิ่มแล้วหรือไม่หิว ร้อยละ 72.4 ซึ่งสอดคล้องกับบทความของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า บางรายอาจมีความอยากอาหารมากขึ้นอย่างผิดปกติ เนื่องจากการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลหรือไขมันสูง ช่วยกระตุ้นสารเคมีในสมองให้รู้สึกอิ่มและมีความสุข⁷ ทั้งนี้ผู้ที่

มีภาวะซึมเศร้ามีความบกพร่องในการจัดการกับอารมณ์เชิงลบจึงใช้การกินอาหารเป็นวิธีในการหนีหรือบรรเทาหรือระงับอารมณ์เชิงลบ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ รู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง และอาการของโรคกินไม่หยุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี สุรวรรณ¹⁷ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง (adjusted OR = 1.97, 95% CI = 1.09-3.57) รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (adjusted OR = 2.15, 95% CI = 1.18-3.92) และมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป (adjusted OR = 7.70, 95% CI = 4.52-13.12) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Konttinen และคณะ¹⁷ ที่พบความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกันระหว่างภาวะซึมเศร้าและการรับประทานอาหารตามอารมณ์ การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนลงพุงกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Konttinen และคณะ¹⁸ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

ความเพียงพอของรายได้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดทางสังคม (Social Stress Theory)¹⁹ ซึ่งอธิบายว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมสามารถก่อให้เกิดความเครียดที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ การมีรายได้ไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความกังวล ความรู้สึกไร้อำนาจ และความเครียดเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัย Richardson and Maguire²⁰ พบว่า

ความยากจนและความไม่มั่นคงทางการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า

ด้านความรู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนรูปร่างกับภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีความเครียดของ Hans Selye²¹ ซึ่งระบุว่า การถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติเนื่องจากลักษณะทางกายภาพสามารถนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต การถูกล้อเลียนรูปร่างอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และภาพลักษณ์ทางร่างกาย (Body image) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกินไม่หยุดและภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence)²² โดยโรคกินไม่หยุดอาจเป็นกลไกในการจัดการกับอารมณ์ทางลบ แต่ในขณะเดียวกันก็อาจนำไปสู่ความรู้สึกผิด ความอับอาย และภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลต่อกันและกันได้ กล่าวคือ อาการของโรคกินไม่หยุด ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าอาจนำไปสู่ปัญหาของโรคกินไม่หยุด

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านภาวะสุขภาพอื่นๆ ไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานร่วมกันของปัจจัยป้องกันหลายอย่าง เช่น ความยืดหยุ่นทางจิตใจ การปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อภาวะสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงได้²²

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบอิทธิพลของความพึงพอใจของรายได้ อาการของโรคกินไม่หยุด และความรู้สึกเครียดจากการถูกล้อเลียนรูปร่าง มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของสภาวะดังกล่าวอาจส่งผลต่อสุขภาพกายและ

สุขภาพจิตของนักศึกษา เช่น ปัญหาโรคเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า ปัญหาด้านการเรียน เป็นต้น จึงควรมีแนวทางในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาภาวะซึมเศร้าหรือโรคกินไม่หยุดที่อาจเกิดขึ้นกับนักศึกษาในอนาคต

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 39.1 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 23.0 มีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 79.0 มีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.3 และมีอาการของโรคกินไม่หยุดในระดับมาก ร้อยละ 4.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษา ได้แก่ ความพึงพอใจของรายได้ ความรู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่าง และอาการของโรคกินไม่หยุด ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของซึมเศร้าที่มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและแก้ไข แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนลงพุงกับภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและดูแลให้คำปรึกษานักศึกษาในการแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยความพึงพอใจของรายได้ควรแก้ไขโดยส่งเสริมให้นักศึกษามีรายได้ ลดรายจ่ายของนักศึกษา ให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และสอนให้นักศึกษาประหยัดอดออม ปัจจัยความรู้สึกเครียดเมื่อถูกล้อเลียนเรื่องรูปร่างควรแก้ไขโดยให้คำแนะนำการจัดการความเครียด ส่งเสริมความมั่นใจในตนเอง และการไม่สนับสนุนการล้อเลียนผู้อื่น ส่วนปัจจัยอาการโรคกินไม่หยุด

และปัญหาอ้วนลงพุง ควรแก้ไขโดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้นักศึกษาบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การจัดการอารมณ์ที่ดี และการออกกำลังกาย ตามหลัก 3อ.

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟู แก้ไขปัญหา ภาวะซึมเศร้า ภาวะอ้วนลงพุง และโรคกินไม่หยุด ในนักศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัย ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้

References

1. World Health Organizations. Depression. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Department of Mental Health, Thailand. Depression in Thailand. [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>. (in Thai).
3. Hfocus. Depression trends in Thailand. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 6]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27358>. (in Thai).
4. Ayutthaya Provincial Health Office. Annual report 2023. [internet]. 2024 [cited 2024 Jan 5]. Available from: https://ayo.moph.go.th/main/file_upload/subblocks/รายงานประจำปี%202566.pdf. (in Thai).
5. Meuangkha P, Klongdee K, Chaniang S. Depression among Thai undergraduate students: The critical role of higher educational institutions. Journal of Nursing Siam University. 2020;21(41):104-16. (in Thai).
6. World Health Organizations. Symptoms of depression. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
7. Department of Mental Health, Thailand. Depression and BED. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 6]. Available from: <https://dmh.moph.go.th/news-dmh/view.asp?id=30874>. (in Thai).
8. Department of Disease Control, Thailand. Obesity. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 7]. Available from: <https://www.pobpad.com.https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32470&deptcode=brc>. (in Thai).
9. Department of Mental Health, Thailand. BED: Being an eating disorder. [internet]. 2021 [cited 2024 Jan 7]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30874>. (in Thai).
10. Kaur J, Dang AB, Gan J, An Z, Krug I. Night eating syndrome in patients with obesity and binge eating disorder: A systematic review. Frontiers in Psychology. 2022;5(12):766827. doi: 10.3389/fpsyg.2021.766827.
11. Succurro E, Segura-Garcia C, Ruffo M, Caroleo M, Rania M, Alois M, et al.

- Obese patients with a binge eating disorder have an unfavorable metabolic and inflammatory profile. *Medicine*. 2015;94(52):e2098. doi: 10.1097/MD.0000000000002098.
12. Educational services, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat university. Number of Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat university students. [e-document]. 2023. (in Thai).
 13. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd edition. New York: Harper and Row; 1967.
 14. Kanchanasuwan K, Jirapornkul C, Maneenin N. Depression among students of a Health Science-Major in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2020;65(4):343-54. (in Thai).
 15. Choosom P, Sanchaisuriya P. Prevalence and factors related to obesity among working age (15-59 years) in Kud Chap District, Udonthani Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 2020;13(2):26-35. (in Thai).
 16. Chengzhi H, Sheyue X. Eating Disorder: The causes and effects. [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 6]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/371361220_Eating_Disorder_The_Causes_and_Effects.
 17. Surawan W. Prevalence and factor relating to depression of junior high school students in Nam Phong District Khon Kaen province. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2021;66(4):403-16. (in Thai).
 18. Kontinen H, Van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: A population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2019;16(28):1-11. doi: 10.1186/s12966-019-0791-8.
 19. Pearlin L. The sociological study of stress. In: Horwitz AV, Scheid TL, editors. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
 20. Richardson T, Maguire N. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*. 2020;370(6522). doi: 10.1126/science.aay0214.
 21. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill; 1976.
 22. Goleman D. *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. 10th edition. New York: Bantam Books; 1998.

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง

ภัทรนัย ไชยพรม* ชีสาพัชร์ ชูทอง* ฉัตรสุดา มาทา* ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้หญิงไทยโดยเฉพาะในเขตชุมชนกึ่งเมือง การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการป้องกันและค้นหาความผิดปกติของมะเร็งตั้งแต่ระยะแรก แต่พบว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอยังมีน้อยซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือหญิงไทยที่อยู่ในเขตพื้นที่ชุมชนกึ่งเมือง 295 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว และแบบตัวแปรเชิงพหุ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย : พบว่า ความชุกพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 96.30 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ อายุมากกว่า 40 ปี ได้รับการศึกษา รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลางและระดับสูง ทรัพยากรที่เอื้อ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง

สรุปผล : ผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดหาทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจ และให้แรงสนับสนุนกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เชิงรุกให้แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

คำสำคัญ : มะเร็งเต้านม พฤติกรรมป้องกัน ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

* สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

** ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ภัทรนัย ไชยพรม, E-mail: pattaranai.cha@gmail.com

Prevalence and factors affecting breast self-examination behavior among Thai women in area of a semi-urban community

Pattaranai Chaiprom* Chisapath Choothong* Chatsuda Mata* Siriphan Homkaenchan**

Abstract

Background: Breast cancer is the most common cause of cancer-related deaths among Thai women. Breast self-examination (BSE) is a method prevention and detection of early-stage cancer abnormalities, but there are still fewer regular examinations, which may be caused by many factors that affect BSE.

Objectives: This study aimed to investigate the prevalence and factors affecting BSE behavior among Thai women in a semi-urban community.

Methods: A cross-sectional study was conducted. The sample consisted of 295 women who lived in a semi-urban community. Data were collected using questionnaires that included general data, predisposing factors, facilitating factors, reinforcing factors, and BSE behavior. The data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis with univariate and multivariate analysis at a statistically significant level of 0.05.

Results: In terms of the prevalence of BSE, most of the samples last year had BSE in (96.30%). Factors that significantly influent BSE behavior ($p < 0.05$) included being over 40 years old, educated, having an income of more than 5,000 baht per month, having knowledge about breast cancer at intermediate-level, having knowledge about breast cancer at high-level, having resources that facilitate BSE at a high level, and having high-level social support related to knowledge and BSE.

Conclusions: The responsible organization should promote knowledge and behaviors regarding BSE, provide resources that facilitate BSE, and provide social support to stimulate BSE on a regular basis, and BSE protection campaigns for target groups in the community.

Keywords: breast cancer, protective behavior, breast self-examination

* Department of Community Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University

** Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

Corresponding Author: Pattaranai Chaiprom, E-mail: pattaranai.cha@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2020 ทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19,292,789 ราย คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 20.44 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิตด้วยมะเร็ง จำนวน 99,581,133 ราย คิดเป็นอัตราตาย เท่ากับ 10.67 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมพบเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 11.7 เมื่อเทียบกับมะเร็งทั้งหมด¹ จากข้อมูลสถิติการเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 ประเทศไทย โรคมะเร็งมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดเท่ากับ 128.3, 128.2, 129.5 128.5 และ 127.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ² และมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดในเพศชายคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนในเพศหญิงพบมะเร็งเต้านม² จึงเห็นได้ว่าโรคมะเร็งเต้านมพบมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากโรคมะเร็งในผู้หญิง และมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของมะเร็งเต้านมล้วนมีหลักฐานการยืนยันว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเต้านมได้ เช่น ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว การได้รับฮอร์โมน การรับประทานยาคุมกำเนิด การมีประจำเดือนเร็ว การหมดประจำเดือนช้า การไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย การมีบุตรขณะที่อายุมาก การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น^{4,6} อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งเต้านมสามารถคัดกรองและค้นหาความผิดปกติด้วยตนเองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และหากป่วยและเริ่มรักษาเร็วในระยะแรกสามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-exam) เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยค้นหามะเร็งเต้านมในระยะแรกได้ด้วยตนเอง ซึ่งแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็งมีตัวชี้วัดที่สำคัญในเรื่องการคัดกรองมะเร็งเต้านม

โดยมีเกณฑ์ คือ ร้อยละ 80 ของผู้หญิงอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้นและช่วยค้นพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหากพบความผิดปกติของเต้านมสามารถมาพบแพทย์เพื่อทำการตรวจยืนยันและรักษาได้เร็วขึ้นและยังส่งผลต่อการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถพยากรณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนผู้หญิงที่มีสถานภาพโสด หม้าย มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมต่ำกว่าผู้หญิงที่มีสถานภาพสมรส และผู้หญิงที่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมการตรวจเต้านมสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษา⁸ ผู้หญิงที่ทำงานที่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมที่ต่ำกว่าผู้หญิงไม่ทำงาน⁹ บุคคลในครอบครัวมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านมมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม¹⁰ นอกจากนั้นปัจจัยด้านของความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม¹¹⁻¹² การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹² การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹² การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹³ การมีทรัพยากรเอื้อต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง^{11,14} และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹¹⁻¹² เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของผู้หญิง

จากข้อมูลชุมชนกึ่งเมืองในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง¹⁵ พบว่ามีแนวโน้มพบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่เพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งเต้านมสามารถค้นหาและป้องกันได้โดยการคัดกรองเบื้องต้นแต่ยังมีการตรวจเต้านม

ด้วยตนเองน้อย ซึ่งในเขตชุมชนกึ่งเมืองมีบริบททางกายภาพ สังคม วัฒนธรรมที่มีความเฉพาะและแตกต่างจากชุมชนชนบทเนื่องจากว่าประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองหรือในเขตชุมชนเมือง มีปัจจัยหลายอย่างที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงมีโอกาเข้าถึงและได้รับการศึกษาได้ง่ายกว่าชุมชนชนบท รวมทั้งรายได้ สื่อความรู้ที่ได้รับสะดวกและมีแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายมากกว่าชุมชนชนบท ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของชุมชนกึ่งเมืองอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลซึ่งสามารถเชื่อมต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อได้ทันทีทำให้การเข้าถึงทรัพยากรดีกว่าชุมชนชนบท ประกอบกับเป็นสังคมกึ่งเมืองที่วิถีชีวิตอาจจะต้องมีการเร่งรีบทำให้ขาดความใส่ใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งในปัจจุบันชุมชนต่าง ๆ จะเป็นชุมชนกึ่งเมือง หรือเทศบาลตำบล หรือเทศบาลเมืองมากขึ้นจากการเจริญเติบโตและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ มากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง ข้อมูลที่ได้รับสามารถนำมาใช้

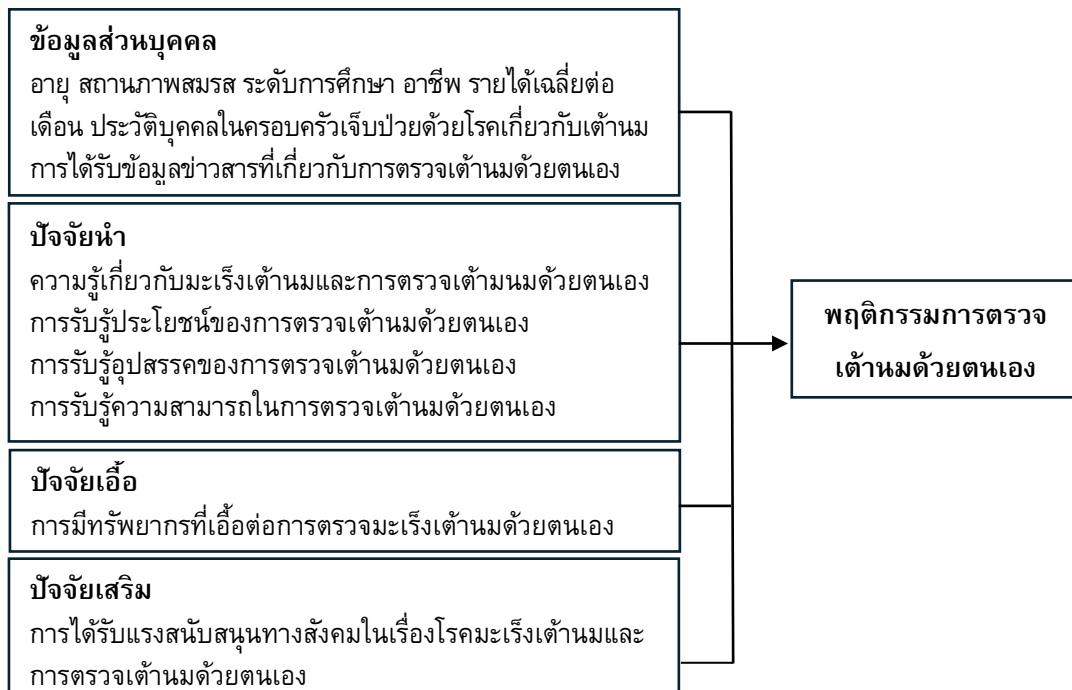
เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในพื้นที่ให้ดีขึ้นรวมทั้งขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อป้องกันและค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในระยะแรก และนำไปสู่การจัดการและการส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเพื่อลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐและผลกระทบด้านอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED Model¹⁶ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อย 1 เดือนต่อครั้งหรือมากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน ดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัย
แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)
ดำเนินเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนเมษายน -
พฤษภาคม 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ หญิงไทย อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มีภูมิลำเนา อยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งสิ้น 633 คน

ตัวอย่าง คือ หญิงไทย อายุระหว่าง 30-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตชุมชนกึ่งเมืองในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดลำปาง กำหนดขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 245 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เท่ากับ 50 คน ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 295 คน หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แต่ละชุมชนตามสัดส่วนประชากร และได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละชุมชนแล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนให้ครบตามจำนวนแต่ละชุมชน โดยมีการเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตฉับพลัน ได้แก่ ไตฉับพลันเรื้อรังเรื้อรัง มะเร็งไตฉับพลัน เป็นต้น และ 2) มีความรู้สึกตัวดี อ่าน เขียนและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือตอบได้ไม่ครบถ้วน หรือมีการเจ็บป่วยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป
ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติบุคคลในครอบครัว เจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเติมคำลงในช่องว่างที่ระบุและแบบตรวจสอบรายการ

2. บัณฑิตนำ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูกและผิด 2) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ และ 4) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งโดยแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

3. ปัจจัยอื่น ได้แก่ การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจประเมินด้านด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบมี และไม่มี
โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบเคย และไม่เคย โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ

5. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะเวลา 1 ปี ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบเคย และไม่เคย หากตอบเคย ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเหตุผลในการตรวจ อายุเมื่อเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งแรก ทำคลำเต้านมด้วยตนเองที่ตรวจบ่อยสุด ทำที่ใช้ในการตรวจ และความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC โดยรวมทั้งหมด เท่ากับ 0.90 นำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR20) ของความรู้ได้เท่ากับ 0.81 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เท่ากับ 0.88, 0.88, 0.93, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2566-052 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งที่ได้รับผิดชอบดูแลพื้นที่ชุมชนกึ่งเมือง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

2. ผู้วิจัยและทีมวิจัยดำเนินการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่คัดเลือกและลงพื้นที่เก็บ

รวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้ตัวอย่างได้รับทราบ

3. เมื่อเก็บแบบสอบถามจากตัวอย่างแล้วทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดียว แล้วนำตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ เข้าสู่การวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงพหุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 50.20 อายุเฉลี่ย 48.41 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.30 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 79.30 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.90 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 51.50 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม ร้อยละ 97.29 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 98.31 และช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 51.38

2. ความชุกพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ร้อยละ 96.30 ของตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เหตุผลในการตรวจส่วนใหญ่ คือ แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้ตรวจ ร้อยละ 54.93 อายุเฉลี่ยตรวจเต้านมด้วยตนเองครั้งแรก อายุ 31.64 ปี วิธีตรวจคลำเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ คือ คลำเต้านมขณะอาบน้ำ ร้อยละ 46.13 ความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบปีที่ผ่านส่วนใหญ่ คือ ตรวจ 1 ครั้ง/เดือน หรือมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 55.63 ส่วนตัวอย่างที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีเพียงร้อยละ 3.70 ซึ่งให้เหตุผลที่ไม่ตรวจส่วนใหญ่เนื่องจากไม่มีเวลาตรวจ ร้อยละ 72.73

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมืองพื้นที่รับผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่ง จังหวัดลำปาง

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 40 ปี 2) ได้รับการศึกษา 3) รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 4) มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลาง 5) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง ซึ่งเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับปานกลางขึ้นไป 6) การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง 7) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับต่ำ 8) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง 9) การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระดับสูง ได้แก่ การมีห้องที่มีแดด การมีกระจกเงาขนาดเหมาะสมเพื่อดูลักษณะเต้านม และ 10) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) (n=295)

ปัจจัย	COR (95% CI)	p-value
อายุมากกว่า 40 ปี	2.65 (1.40-5.04)	0.003*
สถานภาพโสด	0.819 (0.35-1.88)	0.639
ได้รับการศึกษา	12.08 (3.55-41.00)	<0.001*
ประกอบอาชีพ	0.95 (0.36-2.50)	0.931
รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	1.63 (1.03-2.60)	0.037*
มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านม	2.55 (0.50-12.87)	0.256
ได้รับรู้ข่าวสารการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1.82 (0.30-11.05)	0.511
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลาง	3.47 (1.29-9.32)	0.013*
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง	11.90 (2.71-30.08)	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์การตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	2.82 (1.65-4.83)	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับต่ำ	2.03 (1.27-3.24)	0.003*
การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	1.65 (1.02-2.66)	0.038*
การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	3.13 (1.38-7.11)	0.006*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	3.09 (1.78-5.33)	<0.001*

* p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบเชิงพหุ (Multivariate analysis) โดยคัดเลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว (Univariate analysis) ที่มีค่า p-value <0.05 นำเข้าวิเคราะห์แบบเชิงพหุ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุมากกว่า 40 ปี ($AOR = 2.81$, $95\%CI = 1.29-6.14$) ได้รับการศึกษา ($AOR = 19.30$, $95\%CI = 5.23-71.19$) รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($AOR = 2.04$, $95\%CI = 1.11-3.74$) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม

ระดับปานกลาง ($AOR = 4.69$, $95\%CI = 1.58-13.93$) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง ($AOR = 10.97$, $95\%CI = 3.98-30.21$) ซึ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับปานกลางขึ้นไปที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระดับสูง ($AOR = 2.81$, $95\%CI = 1.03-7.67$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง ($AOR = 4.55$, $95\%CI = 2.26-9.15$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบเชิงพหุ (Multivariate analysis)

ปัจจัย	AOR (95% CI)	p-value
อายุมากกว่า 40 ปี	2.81 (1.29-6.14)	0.009
ได้รับการศึกษา	19.30 (5.23-71.19)	<0.001
รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	2.04 (1.11-3.74)	0.021
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับปานกลาง	4.69 (1.58-13.93)	0.005
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมระดับสูง	10.97 (3.98-30.21)	<0.001
การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	2.81 (1.03-7.67)	0.043
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับสูง	4.55 (2.26-9.15)	<0.001

อภิปรายผล

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในเขตชุมชนกึ่งเมือง ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นพบว่าส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 70¹⁴ สอดคล้องกับข้อมูลการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30–70 ปี ของจังหวัดลำปางโดยเฉพาะในเขตชุมชนกึ่งเมืองพื้นที่ที่ทำการศึกษาในปีงบประมาณ

2566 พบว่าผู้หญิงในพื้นที่ได้รับคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 85.69¹⁵ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ Service Plan สาขาโรคมะเร็งที่กำหนดให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE) และคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical Breast Examination: CBE) มากกว่าร้อยละ 80⁷ และในพื้นที่มีแนวทางการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเชิงรุกเป็นประจำทุกปีโดยแนะนำให้

กลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำสม่ำเสมอ และควรได้รับการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางแพทย์เป็นประจำทุกปีและหากพบความผิดปกติส่งต่อพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันและวินิจฉัยเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไปได้ทันที ทั้งนี้เนื่องจากว่าประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองหรือในเขตชุมชนเมืองมีโอกาสเข้าถึงและได้รับการศึกษาได้ง่ายกว่าชุมชนชนบท รวมทั้งรายได้ และสื่อ ความรู้ที่ได้รับสะดวกและมีแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายมากกว่าชุมชนชนบท ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของชุมชนกึ่งเมืองอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลซึ่งสามารถเชื่อมต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อได้ทันทีทำให้การเข้าถึงทรัพยากรดีกว่าชุมชนชนบท นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำการตรวจเต้านมจากบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความถี่ในการตรวจรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ 1 ครั้ง/เดือน หรือมากกว่า 1 ครั้ง/เดือน แต่มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ไม่มีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยให้เหตุผลเพราะว่าไม่มีเวลาตรวจ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้หญิงในวัยทำงานช่วงนี้มีภาระงานมาก ประกอบกับเป็นสังคมกึ่งเมืองที่วิถีชีวิตอาจจะต้องมีการเร่งรีบ ทำให้ขาดความใส่ใจและตระหนักถึง ความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม การตรวจเต้านมมากกว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี 2.81 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ สามารถกล่าวได้ว่าตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้น ประสิทธิภาพ ความรู้ และความสามารถในการตัดสินใจจะเพิ่มขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยาเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและการเสื่อมถอยตามอายุที่เริ่มสังเกตเห็นได้ ซึ่งทำให้วัยนี้สนใจเรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมามากขึ้น ส่วนผู้หญิงที่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษา 19.30 เท่า อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งได้รับการศึกษามีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง^{14,18} สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มที่จะหาความรู้และข้อมูล และมีความตระหนักในการดูแลตนเองมากกว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสื่อต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง การตรวจเต้านมและส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้หญิงที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้หญิงที่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 2.04 เท่า

ส่วนปัจจัยนำ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจมะเร็งเต้านม ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผู้หญิงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในระดับปานกลางและระดับสูงมีพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้หญิงที่มีความรู้ในระดับต่ำ 4.69 และ 10.97 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

พบว่าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10,14,18} สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษามีการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ซึ่งความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค อีกทั้งลักษณะของชุมชนกึ่งเมืองที่แนวโน้มของประชากรที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ ได้รับการศึกษาที่ดีมีโอกาสนในการทำงานหรือการประกอบอาชีพที่หลากหลายเพื่อหารายได้ในการดำรงชีพได้เป็นส่วนใหญ่ต่างจากชุมชนชนบทที่อยู่ห่างไกลลักษณะอื่น

นอกจากนั้นปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้หญิงที่มีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองได้แก่ การมีห้องที่มิดชิด การมีกระจกเงาขนาดเหมาะสมเพื่อดูลักษณะเต้านม ระดับสูงมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้หญิงที่มีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ/ปานกลาง 2.81 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเอื้อได้แก่การมีทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง¹⁸⁻²⁰ กล่าวได้ว่าหากผู้หญิงมีทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการตรวจเต้านม เช่น มีกระจกขนาดพอเหมาะ มีห้องที่เป็นส่วนตัว รวมทั้งมีเวลาเพียงพอ ก็จะมีแนวโน้มที่จะตรวจเต้านมมากกว่าผู้ที่ขาดทรัพยากรเหล่านี้

ส่วนปัจจัยเสริม พบว่า ผู้หญิงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูงมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมากกว่าผู้หญิงที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับต่ำ/ปานกลาง 4.55 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{11-12,18,19-20} สามารถกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด บุคลากรเหล่านี้มีความเชี่ยวชาญและสำคัญในการให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ผู้หญิงตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ผู้หญิงอายุ 30-70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 80 ภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เพื่อส่งเสริมให้ผู้หญิงไทยตรวจเต้านมตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยนอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนกึ่งเมืองดังกล่าวนี้อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิระดับกลางซึ่งมีบุคลากรมีทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและเพียงพอและมีปัจจัยสนับสนุนทางสังคมซึ่งส่งผลให้มีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาร้อยละ 90 และอายุมากกว่า 40 ปี รายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ได้รับ

การศึกษา ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและจัดกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาและมีรายได้น้อย พร้อมทั้งสนับสนุนสื่อและจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมถึงแนะนำหรือจัดหาทรัพยากร เช่น การมีห้องที่มิดชิด การมีกระจกเงาขนาดเหมาะสมเพื่อดูลักษณะเต้านม ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง บุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่ที่ช่วยสนับสนุนและเอื้อและกระตุ้นเตือน ติดตามพฤติกรรมการตรวจเต้านมของผู้หญิงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

Reference

1. Siegel RL, Miller KD, Suchs HE, Jemal A. Cancer statistic 2021. CA CANCER J CLIN. 2021;71(1):7-33. doi: 10.3322/caac.21654.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 10]; Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>. (in Thai).
3. Rojanamatin J, Ukranun W, Supaattagom P, Chiawiriyabunya I, Wongsena M, Chaiwerawattana A. et al. Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018. [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 10]; Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html.
4. Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. Int J Biol Sci. 2017;13(11):1387-1397. doi: 10.7150/ijbs.21635.
5. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer (Dove Med Press). 2019;10(11):151-64. doi: 10.2147/BCTT.S176070.
6. Cohen SY, Stoll CR, Anandarajah A, Doering M, Colditz GA. Modifiable risk factors in women at high risk of breast cancer: A systematic review. Breast Cancer Res. 2023;25(45):1-20. doi: 10.1186/s13058-023-01636-1.
7. National Cancer Institute. Service plan (cancer major) 2023-2027. [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 25]. Available from: https://nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/ยามตัวชีวิต/template%20service%20plan%20มะเร็ง%20ตัวชีวิต%2066-70%20.pdf. (in Thai).
8. Mukem S, Sriplung H, McNeil E, Tangcharoensathien V. Breast cancer screening among women in Thailand: Analyses of population-based household surveys, J Med Assoc Thai. 2014;97(11):1106-118. (in Thai).
9. Okyere J, YawDey NE, A KO, Thywill SE, Duodu PA. Prevalence and determinants of breast self-examination practices among women in their reproductive age in Namibia: An analysis of the 2013 Namibia demographic and health survey. BMC Public Health. 2023;23(30):1-12. doi: 10.1186/s12889-023-14985-5.
10. Doganer YC, Aydogan U, Kilbas Z, Rohrer JE, Sari O, Usterme, N, et al.

- Predictors affecting breast self-examination practice among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prve*. 2014;15(20):9021-25. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.9021.
11. Chamnanchang S, Priyatrak P, Moopayak K. Factors associated with breast self-examination behavior among women workers. *J NURS SCI*. 2014;32(3):42-51. (in Thai).
 12. Tesamut L, Kosalwat S, Nantakaew K, Kamkhieo W. Survey of breast self-examination among female worker in University of Phayao. *Christian University Journal*. 2018;24(4):600-12. (in Thai).
 13. Dewi TK, Massar K, Ruiter RA, Leonardi T. Determinants of breast self-examination practice among women in Surabaya, Indonesia: An application of the health belief model. *BMC Public Health*. 2019;19(27):1-8. doi: 10.1186/s12889019-7951-2.
 14. Ngodngamthaweesuk P, Wichienkanyarat P. Factors affecting breast self-examination behavior among Thai women in Health Region 3. [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 25]; Available from: https://hpc3.anamai.moph.go.th/th/academic/download?id=104041&mid=37996&mkey=m_document&lang=th&did=38739. (in Thai).
 15. Lampang Provincial Public Health Office. Health data center. [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 25]; Available from: <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai).
 16. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. New York: McGrawHill; 2005.
 17. Yamane T. Statistic, An introductory analysis. 2nd ed. New York, Harper and Row; 1967.
 18. Romyen S. The behavior of breast self-examination on Thai women aged 30-70 years: Health region 1. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health*. 2015;5(2):65-77. (in Thai).
 19. Gordem A, Nihok S, Jarenmak J. Factors related to breast self-examination behavior among women 30-70 years in Narathiwat province. *Journal of Public Health and Innovation*. 2022;2(3):18-34. (in Thai).
 20. Chantachaloempong S, Panyoyai P, Thanakijtummakul N. Health literacy, social support, and breast cancer screening behaviors among working-age women. *Journal of Health and Nursing Research*. 2023;39(2):68-80. (in Thai)

ผลของโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางต่อการลดความเครียดของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชน

ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์* พัทธราภรณ์ ไชยสังข์** อนุสรณ์ แนนอุดร* รัชพร ไข้รูปทอง*

บทคัดย่อ

บทนำ : ฮอร์โมนคอร์ติซอล เป็นฮอร์โมนที่เป็นดัชนีชี้วัดทางชีวภาพของภาวะเครียดในวัยผู้ใหญ่ การเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางในวัยผู้ใหญ่เป็นวิธีที่นำมาลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบผลโปรแกรมฯ ต่อระดับความเครียดและฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลายของผู้ใหญ่

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ตัวอย่างคือ ผู้ใหญ่ จำนวน 64 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง โดยการเดินเร็วบนพื้นราบวันละ 30 นาที ทำ 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ แบบประเมินความเครียดและชุดทดสอบปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ทดสอบค่าที่และวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการวิจัย : หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอล แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนค่าเฉลี่ยภาวะเครียด และค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอล ก่อนและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและติดตามผล 1 เดือน ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : บุคลากรทางสุขภาพ นำโปรแกรมฯ ประยุกต์ใช้ได้เพื่อลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การเดินเร็วแบบยกแขนสูง ความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอล วัยผู้ใหญ่

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์, E-mail: yodrawin_j@mutt.ac.th

Effects of program of high-arm brisk walking techniques at a moderate intensity level on reducing stress among adult people in the community

Yodrawin Jornburom* Phatcharaphan Chaiyasung** Anusorn Nanudorn*
Rutshaporn Chaitoophong*

Abstract

Background: The cortisol hormone is a biological stress indicator hormone in adulthood. Brisk walking with arms raised at moderate intensity is an effective way of reducing stress levels in adults.

Objectives: To compare the effects of the program on stress levels and the Cortisol hormone in adult saliva.

Methods: This study was a quasi-experimental research study. Measurements were taken before and after the experiment, and the follow-up period was one month. The sample consisted of 64 adults who were purposively selected and then randomly assigned to an experimental and control group, 32 people per group. Research tools consisted of a program of fast walking techniques with arms raised at moderate intensity by walking briskly on a flat surface for 30 minutes a day, three days a week, over 6 weeks, a stress assessment form, and a salivary cortisol test kit. Data were analyzed using mean, percentage, t-test, and repeated measures analysis of variance.

Results: Immediately after the completion of the experiment and after one month of follow-up, the experimental group had a significantly different stress score and average cortisol hormone level compared to the control group ($p < .05$). Before and after the immediate completion of the experiment and one month follow-up of the results, the differences were statistically significant ($p < .05$). Cortisol hormone levels were found to decrease after the immediate completion of the experiment and one month followed-up. Statistically significant ($p < .05$), while mean stress scores were not significantly different.

Conclusions: Health personnel can apply the program to reduce stress levels effectively.

Keywords: Brisk Marching, stress, cortisol, adulthood

* Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

** Faculty of Nursing, Kasetsart University

Corresponding Author: Yodrawin Jornburom, E-mail: yodrawin_j@rmutt.ac.th

บทนำ

ความเครียดมีทั้งความเครียดแบบเฉียบพลันและความเครียดแบบเรื้อรัง เมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยา (Physiological stress response) ในแบบต่าง ๆ ซึ่งกลไกการตอบสนองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) และฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland hormone) การตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียดเกิดจากปฏิกิริยาที่เรียกว่าการตอบสนองต่อความเครียด (Stress response) หรือการปรับตัว (General adaptation syndrome) ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวประกอบด้วยระยะเตรียมพร้อม (Alarm stage) ร่างกายเกิดรับรู้ถึงอันตรายนั้น โดยร่างกายจะเตรียมพร้อมสำหรับจัดการกับอันตรายแบบอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายเกิดอาการที่เรียกว่า สู้ หรือ หนี (Fight or flight) ซึ่งถ้าวร่างกายเกิดภาวะความเครียดเป็นระยะเวลานาน จะไม่สามารถทำให้ร่างกายรักษาภาวะสมดุลของระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ ร่างกายจะทำงานมากขึ้นอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้¹ และถ้าเกิดมีความเครียดสะสมอยู่เป็นระยะเวลานาน ๆ สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปินรีลีสซิ่ง (Corticotropin-releasing hormone (CRH) ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนอะดรีโนคอร์ติโคโทรฟิก (Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ออกมา โดยฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) ให้หลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) เพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น²

ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเครียดทางร่างกายหรือจิตใจจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท

ชนิด Catecholamines เพิ่มขึ้น สารสื่อประสาทชนิดนี้สามารถกระตุ้นต่อมน้ำลายในร่างกายบริเวณ parotid glands, submandibular glands และ sublingual glands ให้มีการหลั่งเอนไซม์อะไมเลส (Salivary alpha amylase: sAA) โดยเมื่อความเครียดสูงขึ้น จะทำให้ระดับของ sAA เพิ่มขึ้นด้วย³ จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จำนวน 36 เรื่องระบุว่า การใช้ น้ำลายเป็นตัววัดผลลัพธ์ในผู้ที่มีความเครียด ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่อายุที่มีมากกว่า 18 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช สามารถใช้น้ำลายเป็นตัววัดประสิทธิภาพได้ดีกว่าทดสอบจากเหงื่อ³ และมีการศึกษาวิธีการลดระดับความเครียดในวัยผู้ใหญ่ที่ได้ผลดี คือ การออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางสามารถลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลายได้เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินความเครียดจะพบว่ามีความสัมพันธ์และสอดคล้องในระดับสูง⁴

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าวัยผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ซึ่งทำให้เกิดความซับซ้อนทั้งด้านอาการ ความไม่สบาย วิธีชีวิตเกี่ยวกับโรค ตลอดจนแนวทางการรักษาซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุในความสูญเสียทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และอารมณ์ทั้งในระดับตัวบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อระดับเศรษฐกิจของชาติด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการตรวจจับระดับฮอร์โมนความเครียดในวัยผู้ใหญ่เพื่อให้ได้ข้อมูลในการจัดการความเครียดและการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

โดยใช้การออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางเป็นเครื่องมือในมือของการวิจัย เพื่อช่วยลดระดับความเครียดในวัยผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ระยะหลังการทดลองโปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองโปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนในกลุ่มทดลอง

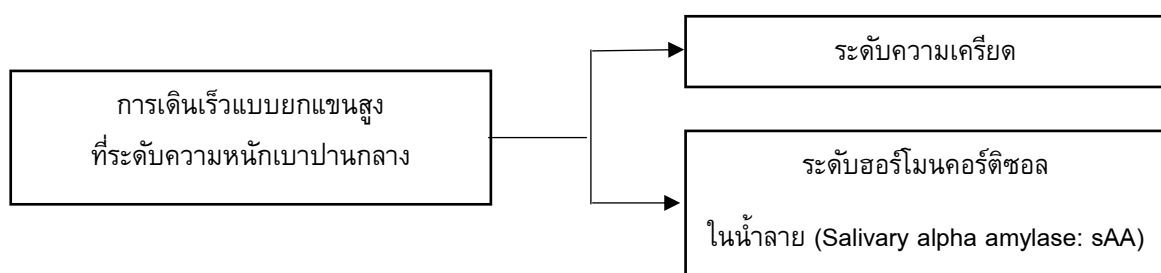
สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลองโปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ในระยะหลังการทดลองโปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อความเครียดของ Lazarus and Folkman⁵ มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างกระบวนการวิจัยและพัฒนา การตรวจจับระดับฮอร์โมนความเครียดในวัยผู้ใหญ่เพื่อการจัดการ และการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางเป็นการเดินเร็วบนพื้นราบทำวันละ 30 นาที เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ ทำติดต่อกันครบ 6 สัปดาห์ จะเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งจะไปกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลในระบบประสาทของสมองเพิ่มขึ้น มีผลส่งเสริมให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น โดยการออกกำลังกายจะสามารถลดความเครียดได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารรายงานวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) ผู้วิจัยนำมาจากกรมสุขภาพจิต⁷ เพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ มีข้อคำถาม คือ 1) มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง และ 5) ไม่อยากพบปะผู้คน โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ คือ แทบไม่มี หมายถึง ไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว หมายถึง มีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) บ่อยครั้ง หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน (2 คะแนน) และเป็นประจำ หมายถึง มีอาการเกิดขึ้นทุกวัน (3 คะแนน) ซึ่งนำผลที่ได้มาคิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่จุดตัดคะแนนที่ <4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่มีความเครียด (<4 คะแนน) สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด (5-7 คะแนน) และ น่าจะป่วยด้วยความเครียด (≥ 8 คะแนน)⁷

ส่วนที่ 3 การวัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol hormone) ในน้ำลาย ซึ่งผู้วิจัยแจกขวดเก็บน้ำลายให้กับกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. ให้กลุ่มตัวอย่างนำน้ำลายให้กับผู้วิจัย โดยผู้วิจัยนำตัวอย่าง (Sample) น้ำลายของกลุ่มตัวอย่างใส่ในหลอดเก็บตัวอย่างน้ำลายจำนวน 1.5-2 ซีซี และเก็บรักษาไว้อุณหภูมิ 2-5 องศาเซลเซียสและส่งตรวจห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลสามโคก อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองวิจัย คือ เทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จาก วรรณภา เศรษฐธรรม-อิษิตะ นริศรา เปรมศรี และวิไลวรรณ กฤษณะพันธ์⁴ โดยใช้ระยะเวลา 30 นาทีต่อครั้ง เป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน ทำกิจกรรมต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนคลอง 6 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 64 คน มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ไม่มีอาการของภาวะทางจิต ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น และการพูด และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่มีภาวะโรคทางด้านสมอง ผู้ที่มีภาวะโรคเบาหวาน ผู้ที่มีภาวะโรค Adrenal fatigue ผู้ที่มีภาวะโรคเกี่ยวกับต่อมมากไตต่าง ๆ ผู้ที่มีภาวะโรคประจำตัวที่ต้องรักษาต่อเนื่อง และไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ

ตัวอย่าง คือ ประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีอายุระหว่าง 35-59 ปี จำนวน 64 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ขนาดของตัวอย่าง คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power V.3 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.30 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ (1- β) เท่ากับ 0.80 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม (Allocation ratio) เท่ากับ 1⁶ ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 64 คน (กลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 35-59 ปี 2) มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็นและการพูด 4) ไม่มีอาการของภาวะทางจิต และ 5) ยินดี

ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษ และเกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีภาวะโรคทางด้านสมอง 2) ผู้ที่มีภาวะโรคเบาหวาน 3) ผู้ที่มีภาวะโรค Adrenal fatigue 4) ผู้ที่มีภาวะโรคเกี่ยวกับต่อมหมวกไตต่าง ๆ 5) ผู้ที่มีภาวะโรคประจำตัวที่ต้องรักษาต่อเนื่อง และ 6) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดโครงการ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Full Board) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี เอกสารรับรองเลขที่ COA No.45 RMUTT_REC No. Exp 45/66 วันที่รับรอง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยวิจัยหลังจากที่ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มต้นทำการทดลอง ผู้วิจัยทำการเก็บน้ำลายกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. เพื่อส่งตรวจฮอร์โมนคอร์ติซอลก่อนการทดลอง (Pre-test) และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยกลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง ทำวันละ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์ ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกำกับดูแลเพื่อให้การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างคงอยู่ในระดับที่มีกำหนดในทุกครั้งของการออกกำลังกาย และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้วิจัยทำการเก็บน้ำลายเพื่อส่งตรวจฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ห้องปฏิบัติการ

กลุ่มควบคุม ก่อนเริ่มต้นทำการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) และผู้วิจัยเก็บน้ำลายเพื่อส่งตรวจฮอร์โมนคอร์ติซอล ก่อนการทดลอง (Pre-test) กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบสั้น ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) และผู้วิจัยเก็บน้ำลายเพื่อส่งตรวจฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ห้องปฏิบัติการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

หลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มอบหมายให้กลุ่มควบคุมประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) และการตรวจวัดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol hormone) ในน้ำลาย

การปฏิบัติต่อกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจง

ความถี่ จำนวนร้อยละ การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-square

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดและระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง พร้อมทั้งระยะติดตามผล

4. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

5. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปร ระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Two-way

repeated measures ANOVA) เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดและค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในแต่ละระยะของการทดลองมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนี (Bonferroni's method)

ผลการวิจัย

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 50-54 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร และรับจ้าง เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า เพศ อายุ และการศึกษา พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านสถานภาพสมรส อาชีพ ด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอ็กแซ็ค (Fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) นั้นแสดงถึงทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของของคะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	566.79	566.79	7.74	<.01
ความคลาดเคลื่อน	62	4,687.41	73.24		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	1,303.07	651.53	38.60	<.001**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	454.46	227.23	13.46	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	124	2,160.46	16.87		

* $p<.01$, ** $p<.001$

จากตารางที่ 1 เมื่อทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงเวลาพบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,62}=7.74, p<.01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ของวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=64$)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	1602.14	1504.07	8.79	.001
ความคลาดเคลื่อน	62	5100.55	198.40		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	3695.60	3181.59	13.04	.001
กลุ่มกับระยะเวลา	2	1906.70	2542.11	7.74	.001
ความคลาดเคลื่อน	124	5104.85	219.76		

** $p=.001$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความเครียด (ST5) ของวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวม โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาพบว่า การทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความเครียด (ST5) ของวัยผู้ใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1,62}=8.79, p<.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางมีผลทำให้คะแนนเฉลี่ยความเครียด (ST5) ของวัยผู้ใหญ่

ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

การทดสอบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) กลุ่มทดลองในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ และของคะแนนเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ในระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ และพบว่า หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ

ติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) กลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

ระยะเวลาการทดลอง	ระยะเวลา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	125.90	70.56*	138.15*
หลังการทดลอง	196.46	67.59	
ระยะติดตามผล	128.87		

* $p<.001$

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางต่อการลดความเครียดของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด และค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำลง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลางที่ส่งผลต่อการตรวจวัดระดับฮอร์โมนความเครียดในวัยผู้ใหญ่เพื่อการจัดการและการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก วรรณภา

เศรษฐีธรรม-อิชิตะ นริศรา เปรมศรี และวิไลวรรณ ฤกษ์ชนะพันธ์⁴ โดยวันละ 30 นาที 3-5 วัน/สัปดาห์ ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ การเดินเร็วจัดเป็นการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่ำ เมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ ที่ต้องกระโดดหรือเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดแรงกระแทกบริเวณกระดูกและข้อต่อน้อย ช่วยให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดี การสะสมของไขมันในเส้นเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น หัวใจทำงานได้ดีมีประสิทธิภาพ สามารถบีบตัวนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดี เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดภาวะเครียด จากการที่มีการหลั่งของสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) จากต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) สารนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินหรือฝิ่นทำให้รู้สึกแจ่มใส จิตใจมีความผ่อนคลายจากความตึงเครียด⁷ ซึ่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) จะขึ้นระดับสูงสุดเมื่อออกกำลังกายนาน 15-20 นาที⁸ สอดคล้องกับ Santos และคณะ⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) กับภาวะความวิตกกังวลและ

ความเครียดในพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 คน พบว่า ความเครียดและวิตกกังวลมีการเปลี่ยนแปลง อัลฟาอะไมเลสอย่างมีนัยสำคัญ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ษัตตงค์ แนนทสร วรณิ เดียวศิริศร และอาภรณ์ ตีนาน⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและฮอร์โมนคอร์ติซอลในวัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ภาวะเครียดตามผล 1 เดือน ฮอร์โมนคอร์ติซอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง (ST5) มีความสัมพันธ์กับผลการศึกษาของระดับความเข้มข้นของค่าเฉลี่ยฮอร์โมนคอร์ติซอลในน้ำลาย (Salivary alpha amylase: sAA) สอดคล้องกับ Vaswani และคณะ¹⁰ ที่เปรียบเทียบระหว่างแบบประเมินความเครียดกับระดับอัลฟาอะไมเลสในน้ำลายที่พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวก และสอดคล้องกับ Roca และคณะ¹¹ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการประเมินโดยใช้ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพของน้ำลายเพื่อหาปริมาณสารคอร์ติซอลที่มีต่อการตอบสนองต่อความเครียดพบว่า การเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างระดับคอร์ติซอลในเลือดและในน้ำลายกับแบบประเมินระดับความเครียด โดยเฉพาะในช่วงที่มีความเครียดเกิดขึ้นกับบุคคล

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ระดับความหนักปานกลาง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประชาชนโดยบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำไปโปรแกรมเทคนิคการเดินเร็วแบบยกแขนสูงที่ไม่หักโหมต่อการลดความเครียดของประชาชนวัยผู้ใหญ่ในชุมชนนี้ นำไปประยุกต์ใช้ลดความเครียดให้กับวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเครียดในกลุ่มวัยอื่น ๆ ต่อไป

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการลดความเครียดให้กับวัยผู้ใหญ่ในสถานบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trial: RCT) เพื่อให้รูปแบบของการศึกษาวิจัยมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

2. ควรมีการศึกษาดูการตรวจระดับฮอร์โมนความเครียดในวัยผู้ใหญ่ เพื่อการจัดการและการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น วัยรุ่น หรือวัยสูงอายุ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุน การพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ภายใต้กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

References

1. Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Minelli A. Stress and the psyche-brain-immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrineimmunology: a concise review. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1437(1):31-42. doi: 10.1111/nyas.13728.
2. McEwen BS, Akil H. Revisiting the stress concept: implications for affective disorders. *J Neurosci*. 2020;40(1):12-21. doi: 10.1523/JNEUROSCI.0733-19.2019.
3. Nijakowski K, Lehmann A, Rutkowski R, Korybalska K, Witowski J, Surdacka A. Increased myeloperoxidase concentrations in Saliva could reflect increased body mass and oral microinflammation. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2023;28(8):168. doi: 10.31083/j.fbl2808168.
4. Sethitham-Ishida W, Prem Sri N, Khisanapant W. Effect of aerobic exercise on salivary alpha-amylase and white blood cell count among sedentary Thais. *Srinagarind Medical Journal*. 2016;31(1):1-7. (in Thai).
5. Lazarus, RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer. 1984.
6. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress assessment form (ST5). [internet]. 2024 [cited 2024 Jun 5]. Available from: <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>. (in Thai).
8. Nabkasorn C, Daewisaret W, Denan A. Effects of exercise program on depression and Cortisol hormone in female adolescents with depression symptoms. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19 Suppl: 248-58. (in Thai).
9. Santos SVM, Silva LAD, Terra FS, Souza AV, Espindola FS, Marziale MHP, et al. Association of salivary alpha-amylase with anxiety and stress in nursing professionals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021; 29:e3468. doi: 10.1590/1518-8345.4859.3468.
10. Vaswani V, Shah S, Lakshmipriyanka M, Wanknis P, Gupta D, Jain K. Comparative evaluation of salivary alpha amylase level for assessment of stress during third molar surgery with and without piano music and co-relation with pain catastrophizing scale: an in vivo study. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surgs*. 2020;46(4):235-9. doi: 10.5125/jkaoms.2020.46.4.235.
11. Roca D, Escibano D, Franco-Martínez L, Contreras-Aguilar MD, Bernal LJ, Ceron JJ, Rojo-Villada PA, et al. Evaluation of the effect of a live interview in journalism students on salivary stress biomarkers and conventional stress scales. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):1920. doi: 10.3390/ijerph19041920.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

ศศิพัชร พูลสวัสดิ์* ฤดี ปุ่บบางกะดี** เอ็มพร รตินทร**

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตสังคม หากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาจะสามารถเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงทำนายแบบตัดขวาง ตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี จำนวน 98 ราย วิธีการเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย : ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์สามารถอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาได้ร้อยละ 51 ($R^2=.510$, $F=19.120$, $p<.001$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ได้แก่ รายได้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์

สรุปผล : การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดานั้น ขึ้นอยู่กับการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเฉพาะตน เวลาในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สามารถดูแลสุขภาพตนเองและทารกได้

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ระยะตั้งครรภ์ สุขภาพมารดาวัยรุ่น

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้พิมพ์ประสานงาน : ฤดี ปุ่บบางกะดี, E-mail: rudee.pun@mahidol.ac.th

Factors influencing maternal health literacy of adolescent pregnant

Sasipach Poonsawat^{*} Rudee Pungbangkadee^{**} Ameporn Ratinthorn^{**}

Abstract

Background: Pregnant Adolescents are a group that is prone to both physical and psychosocial complications. If this group of pregnant women know about maternal health, they will be able to access and understand health information. This leads to healthy behaviors and good pregnancy outcomes.

Objectives: To investigate the factors influencing maternal health literacy of adolescent pregnant women.

Methods: Cross-sectional predictive research. The sample of 98 adolescent pregnant women between 10 and 19 years of age were recruited using to the inclusion criteria method. The research tools, including personal information questionnaires. Social support questionnaire Maternal health knowledge questionnaire, and multiple linear regression analysis statistics.

Results: Education level, family income, social support, number of antenatal care visits. and the number of times receiving group health advice during pregnancy were able to explain 51 percent of the variation in maternal health knowledge ($R^2=.510$, $F=19.120$, $p<.001$). Factors that can predict maternal health knowledge included family income, social support, number of antenatal care visits and the number of times receiving group health advice during pregnancy

Conclusions: Promoting maternal health knowledge depends on receiving important personal health information, having sufficient time in obtaining health information, and receiving good social support. All of these helped adolescent pregnant women increase their health literacy, be able to take care of their own health and that of their children.

Keywords: maternal health literacy, adolescent pregnant woman, pregnancy period, adolescent maternal health

^{*}Student in Master of Nursing Science Program (Midwifery), Faculty of Nursing, Mahidol University

^{**}Department of Obstetrics and Gynecological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

Corresponding Author: Rudee Pungbangkadee, E-mail: rudee.pun@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็น ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญระดับประเทศ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2566 พบอัตราการตั้งครรภ์และการคลอด ในสตรีวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 12 ล้านรายต่อปี เฉลี่ย 41.3 คน ต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า^{2,3} และจะพยายามลดน้ำหนักตัวด้วยการรับประทานอาหารน้อยลง เนื่องจากกลัวทารกในครรภ์ตัวโตและคลอดยาก⁴ มีการศึกษาที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ขณะที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ พบว่ามารดามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะโลหิตจาง คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และคลอดทารกก่อนกำหนด บางรายทารกมีภาวะแทรกซ้อนต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์^{6,7} ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (Maternal health literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของสตรีตั้งครรภ์/มารดาในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงการมีสุขภาพดีของตนเองและทารก⁸ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา

ต่ำจะขาดความสามารถในการเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด จนอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก⁹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 2 ลักษณะ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นคุณลักษณะภายในบุคคล เช่น ทักษะการอ่าน การเขียน การคำนวณตัวเลข เป็นต้น และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะบริบท/เฉพาะโรค ซึ่งจะช่วยให้บุคคลควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ในชีวิตได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดย ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะบริบท/เฉพาะโรคนี้ สามารถพัฒนาได้ผ่านการให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้วยเนื้อหาและวิธีการที่ตอบสนองความต้องการและสถานการณ์ของแต่ละบุคคล^{10,11} ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา จึงจัดเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะบริบทของการตั้งครรภ์และการเป็นมารดา^{8,12} และหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปและสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม¹³ โดยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ ครอบครัว โดยระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสามารถในการทำ

ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเมื่อไปรับบริการฝากครรภ์ ประเมินและตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก¹² สำหรับรายได้ครอบครัว มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต สตรีตั้งครรภ์ที่ครอบครัวมีรายได้สูง จะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพที่จำเป็น และมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์⁷ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้มีข้อมูลในการดูแลสุขภาพ มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะตั้งครรภ์และปรับตัวตอบสนองบทบาทการเป็นมารดาได้ดี¹⁴ ส่วนจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่เฉพาะสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งจะได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์ ทำให้มีข้อมูลในการดูแลสุขภาพกระตุ้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลนั้นดูแลสุขภาพของตนเองและทารก เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ประเมินและตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อดูแลตนเองและทารกให้มีสุขภาพดีได้^{15,16}

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 2 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้นมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมี

จำนวนน้อย และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ว่ามีความรู้ด้านสุขภาพมารดาเป็นอย่างไร มีปัจจัยใดที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และในจังหวัดปทุมธานีก็ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและความรู้ด้านสุขภาพมารดาเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมารดาและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

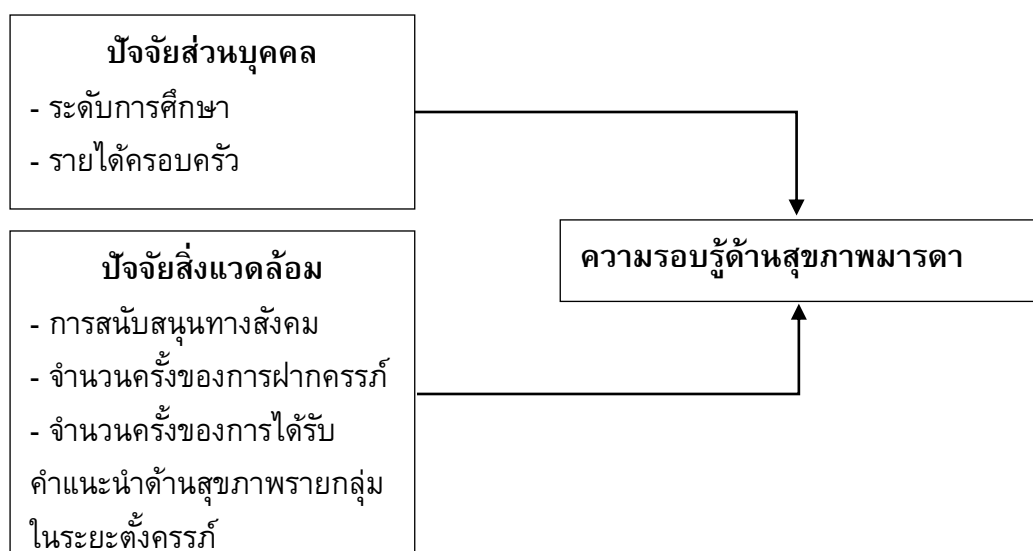
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างการอ่านออกเขียนได้ ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการแสวงหา สืบค้นเพื่อเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีความสามารถในการอธิบาย การตีความ การกลั่นกรอง และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถสื่อสาร และใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันการเจ็บป่วยเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง และการส่งเสริมสุขภาพตามสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน¹³

การศึกษานี้ใช้ Integrated model of health literacy ของ Sorensen และคณะ¹³ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นกรอบแนวคิด

ของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Sorensen และคณะ¹³ ประกอบด้วย ปัจจัยใกล้ตัว (Proximal factor) ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยไกลตัว (Distal factor) ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ก่อนหน้า เป็นต้น และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม หน่วยงานด้านสุขภาพ หน่วยงานด้านการศึกษา และสื่อ เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Sorensen และคณะ¹³ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการรับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ปัจจัยจากกรอบแนวคิดดังกล่าวแสดงดังในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงทำนายแบบตัดขวาง (Cross-sectional predictive research) ตั้งแต่เดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี นับถึงวันครบกำหนดคลอด

ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี มีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ ไม่เคยมีบุตรมาก่อน สามารถฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีโรค/ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และไม่มีการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction)

ตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ตามหลักเกณฑ์อำนาจการทดสอบ กำหนด Power of test ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha=.05$) มาคำนวณหาค่า effect size (f^2) ซึ่งได้ค่า effect size (f^2) เท่ากับ 0.14 จากการอ้างอิงงานวิจัยที่คล้ายคลึงของ Naigaga²¹ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากนั้นจึงคำนวณด้วย G*Power โดยตัวแปรอิสระ 5 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล เช่น ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ และประวัติการฝากครรภ์ และการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพัชรี เกสรบุญนา¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสินีนาท วราโภาค และคณะ¹⁵ ซึ่งแปลด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับ (Back translated) มาจากแบบสอบถามที่สร้างตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ของ

Guttersrud และคณะ²² มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ พฤติกรรมการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ รวมไปถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา และความครอบคลุมของแบบสอบถามตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้โดยสถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา เท่ากับ 0.96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Project number IRB-NS2020/39.2810 และ COA. No. IRB-NS2021/593.2001 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มจากขอความร่วมมือพยาบาลที่หน่วยฝากครรภ์คัดเลือกสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และแจ้งสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับ

งานวิจัย รวมถึงสอบถามความสมัครใจต่อการที่ผู้วิจัยขอพบ จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดงานวิจัย และขอความยินยอมจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้การยินยอม จึงให้ตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ

2. การใช้สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) วิเคราะห์หาค่าอิทธิพลของปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ แบบใส่ตัวแปรอิสระทุกตัวพร้อมกันในครั้งเดียว

3. ข้อตกลงเบื้องต้น ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีมาตรวัดอยู่ในระดับมาตราช่วง (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรอิสระที่อยู่ในระดับมาตราอันดับ (Ordinal scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำมาวิเคราะห์ เช่น ระดับการศึกษา แบ่งเป็นมัธยมศึกษาตอนปลายและมากกว่า และน้อยกว่ามัธยมปลาย ให้รหัสเป็น 0 และ 1 และรายได้ครอบครัว แบ่งเป็น รายได้ครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท และรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 20,000 บาท ให้รหัสเป็น 0 และ 1

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง 98 ราย มีอายุเฉลี่ย 16.54 ปี ($SD=1.37$) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุดร้อยละ 62. แลรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,028.57 บาท/เดือน ($SD=3,475.78$) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.82 สัปดาห์ ($SD=0.85$) ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 41.8 โดยอายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 14.88 สัปดาห์ ($SD=6.77$) และมีมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 54.08 โดยมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์อยู่ระหว่าง 2–13 ครั้ง และมีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์เฉลี่ย 8.01 ครั้ง ($SD=2.49$) กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 72.45 และรับรู้ว่ามีบุคคลใกล้ชิดที่ให้ความช่วยเหลือมากที่สุด ร้อยละ 51.6

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 29–60 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 52.65 คะแนน ($SD=7.05$) ซึ่งแปลว่ามีการสนับสนุนทางสังคมดีมาก ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอยู่ในช่วง 48-78 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 64.23 ($SD=6.97$) ซึ่งแปลว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง

3. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา พบว่า สามารถอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาได้ร้อยละ 51 ($R^2=.510$,

F=19.120, p=.000) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลความรู้ด้านสุขภาพมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครอบครัว ($\beta=.278$, p=.000) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.329$, p=.000) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($\beta=.231$, p=.034)

และจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ ($\beta=.365$, p=.001) ส่วนระดับการศึกษา มีอิทธิพลความรู้ด้านสุขภาพมารดา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (n=98)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	35.339	4.596		7.689	.000
- ระดับการศึกษา ม.ปลาย และมากกว่า	1.559	1.245	.092	1.252	.214
ระดับการศึกษาน้อยกว่าม. ปลาย	Ref	-	-	-	-
-รายได้ครอบครัว $\geq 20,000$ บาท	3.880	1.035	.278	3.749	.000
รายได้ครอบครัว < 20,000 บาท	Ref	-	-	-	-
-การสนับสนุนทางสังคม	.326	.074	.329	4.415	.000
-จำนวนครั้งของการฝากครรภ์	.646	.301	.231	2.147	.034
-จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ 2 ครั้ง	5.662	1.666	.365	3.399	.001
จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ < 2 ครั้ง	Ref	-	-	-	-
R=.714, R ² =.510, Adjust R ² =.483, F=19.120					

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดามากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสินีนาท วราโภค และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.534$, p < .0001) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 29–60 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 52.65 คะแนน (SD=7.05) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความรอบรู้

ด้านสุขภาพมารดา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอยู่ในช่วง 48-78 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 64.23 (SD=6.97) ซึ่งแปลว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการช่วยให้เข้าถึงสถานบริการสุขภาพเมื่อตั้งครรภ์ ทำให้มีข้อมูลสำหรับการดูแลสุขภาพ เกิดการทำความเข้าใจและการตัดสินใจนำข้อมูลด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและ

ทารกในครรภ์อย่างเหมาะสม^{13,18} จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคคลใกล้ชิดที่ให้การช่วยเหลือแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากที่สุดคือสามี สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับกำลังใจ ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือในการอำนวยความสะดวก เช่น การขับรถพามาฝากครรภ์ การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังได้รับการสนับสนุนข้อมูลการดูแลสุขภาพที่เป็นจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมารดา สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกได้¹⁵

สำหรับปัจจัยต่อมาคือรายได้ครอบครัว พบว่ามีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Safaie และคณะ²⁰ ที่พบว่า กลุ่มที่มีรายได้มากจะมีความรู้ด้านสุขภาพมารดาสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รายได้ครอบครัวสูง จะสามารถจัดหาอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกต่อการเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์

สำหรับปัจจัยด้านจำนวนครั้งของการฝากครรภ์พบว่ามีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Safaie²⁰ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มาก จะมีความรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง ซึ่งการฝากครรภ์เป็นการเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่เฉพาะในระยะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ

จึงได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์¹⁹

จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาท วราโภาค และคณะ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์มาก จะมีความรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง¹⁵ ซึ่งการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมจากผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและทารกให้มีสุขภาพดี⁸ ทั้งนี้การให้คำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มของหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี ได้จัดขึ้นจำนวน 2 ครั้ง ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ คือโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 1 จะจัดให้แก่สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และโรงเรียนพ่อแม่ ครั้งที่ 2 จะจัดให้แก่สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ โดยจัดในรูปแบบของการอภิปราย การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์การตั้งครรภ์ระหว่างผู้ให้คำแนะนำและสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ด้วยกัน ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตน

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพมารดา ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แตกต่างจากผลการวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Naigaga และคณะที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการศึกษาสูง จะมีค่าเฉลี่ย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการศึกษาน้อย²¹ การที่ผลการวิจัยครั้งนี้มีความแตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ²¹ และยุคปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังมีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มากมาย ทำให้ค้นคว้า แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.47 ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ตและยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก ทั้งจากบุคลากรด้านสุขภาพและบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปทุมธานี จะได้รับแผ่น OR code ที่รวบรวมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในระยะตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหาร อาการไม่สุขสบายในระยะตั้งครรภ์และวิธีแก้ไข เป็นต้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีข้อมูลที่เชื่อถือได้ และสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย และสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มารดา ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และในส่วนของปัจจัยสิ่งแวดล้อมพบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ และด้านจำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่ม ในระยะตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดานั้น นอกจากจะขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเฉพาะตนและเวลาในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอแล้ว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดียังช่วยให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น สามารถดูแลสุขภาพตนเองในระยะตั้งครรภ์และเฝ้าระวังสุขภาพของทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยฝากครรภ์ควรจัดให้ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกรายได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์
2. พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์หรือบุคลากรทางสุขภาพ ควรกระตุ้นให้สามี/สมาชิกในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีส่วนร่วมในการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของสตรีตั้งครรภ์
3. ควรเพิ่มรูปแบบหรือช่องทางการให้คำแนะนำด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่สะดวกและเข้าถึงง่ายแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น การให้คำแนะนำด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ผ่าน QR code

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์

2. ควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

References

1. World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. Krua-chottikul S. Nursing strategy for promoting maternal tasks adaptation of teenage pregnancy. Kuakarun Journal of Nursing. 2014;1:7-16.
3. Chaimayo N, Chareonsanti J, Sriarporn P. Factors related to prenatal care among adolescent pregnant. Journal of Nursing and Health Care. 2016;4:106-14.
4. Lertsakornsiri M. The life assets and health promotion behavior in teenage pregnancy. Naresuan University Journal: Science and Technology. 2016;1:13-23.
5. Jaideechareon B. Health promoting behaviors and factors related to health behaviors of teenage pregnant women. [Dissertation M.S.]. Bangkok: Rangsit University; 2012.
6. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. Diabetes Care. 2004;27:331-34.
7. Lee JY, Murry N, Ko J, Kim TM. Exploring the relationship between maternal health literacy, parenting self-efficacy, and early parenting practices among low-income mothers with infants. J Health Care Poor Underserved. 2018;4:1455-71.
8. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. Health Promotion International. 2001;4:381-8.
9. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Autumn. 2007;4:146-52.
10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2008;3:259–67.
11. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. Health Evaluation and Promotion. 2015;4:450-6.
12. Khorasani CE, Peyman N, Esmaily H. Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad, Iran, in 2015. Journal

- of Midwifery and Reproductive Health. 2018;1:1157-62.
13. Sorensen K, Van den Broucke S, Brand H, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonszka Z. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;1.
14. Maharlouei N. The importance of social support during pregnancy. Women's Health Bull. 2016;3.
15. Waraphok S, Ratinthorn A, Limruangrong P. Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;35:86-98.
16. Mojinyinola JK. Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State. Nigeria. Indexed African Journals Online. 2011;5:28-39.
17. Gasornboonnak P. The factors influencing health-promoting lifestyle amongst Primigravidae adolescents in Nakhon Pathom province. [dissertation M.S.]. Nakhon Pathom: Christian University; 2011.
18. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American Journal of Health Behavior. 2007;31.
19. Bennett I, Switzer J, Aguirre A, Evans K, Barg F. 'Breaking it down': Patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy. Annals of Family Medicine. 2006;4:334-40.
20. Safaie ZS, Rahebi MS, Haghighi NMS, Leili KE. The relationship between maternal health literacy and pregnancy outcome in Postnatal wards. Journal Biochem Tech. 2018;2:120-7.
21. Naigaga MD, Guttersrud O, Pettersen KS. Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country - the impact of selected demographic characteristics. Journal of Clinical Nursing. 2015;24:2402-9.
22. Guttersrud O, Naigaga MD, Pettersen KS. Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in Uganda: Exploring the dimensionality of the health literacy concept studying a composite scale. Journal of Nursing Measurement. 2015;23:50-66.

ขนาดยาฆ่าแบกแทมในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* โดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล

ฐิติณัฏฐ์ เต็ดแก้ว* ภูริ เจริญสุข* พีรพัฒน์ ทรัพย์พฤทธิกุล* วีรยุทธ์ แซ่ลิ้ม**
วรพิสิฐ ชีราทร* ณิชกานต์ ศุภกิจวนิชกุล*

บทคัดย่อ

บทนำ : *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ปัจจุบันพบรายงานการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น โดยมีคำแนะนำให้ใช้ยาฆ่าแบกแทมในขนาดสูง แต่การศึกษาในผู้ป่วยเด็กมีจำกัด จึงต้องมีการประยุกต์ใช้ความรู้ทางเภสัชจลนศาสตร์มากำหนดขนาดยา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาค่าตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาฆ่าแบกแทมในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 ถึง 12 ปี ที่มีการติดเชื้อ *A. baumannii* และนำมากำหนดขนาดยาที่เหมาะสมโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล

วิธีดำเนินการวิจัย : ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์ และการให้ยาฆ่าแบกแทมในผู้ป่วยเด็ก นำค่าตัวแปรที่ได้มากำหนดขนาดยาโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล และคำนวณค่าร้อยละของเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงกว่าระดับยาต่ำสุดที่สามารถยับยั้งเชื้อได้ (MIC) อย่างน้อยร้อยละ 60 แล้วนำมาคิดความน่าจะเป็นที่ระดับยาจะถึงเป้าหมายโดยให้มีความมากกว่าร้อยละ 80

ผลการวิจัย : ที่ค่า MIC น้อยกว่า 2 มก.ต่อลิตร ขนาดยาที่แนะนำคือ 25-200 มก. ต่อ กก. ทุก 4 ชม. และ 150-200 มก. ต่อ กก. ทุก 6 ชม. สำหรับค่า MIC ระหว่าง 4-8 ต่อลิตร ขนาดยา คือ 150-200 มก. ต่อ กก. ทุก 4 ชม. และที่ค่า MIC 16 มก.ต่อลิตร ขนาดยา คือ 200 มก.ต่อ กก. ทุก 4 ชั่วโมง

สรุปผล : ขนาดยาที่ได้เป็นแนวทางในการรักษาการติดเชื้อ *A. baumannii* ในผู้ป่วยเด็กที่ทำให้ได้ระดับยาถึงดัชนีเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 ที่ MIC ค่าต่าง ๆ แต่ควรนำไปใช้ด้วยความระมัดระวังและมีการติดตามอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : ฆ่าแบกแทม ผู้ป่วยเด็ก *Acinetobacter baumannii* แบบจำลองมอนติคาร์โล เภสัชจลนศาสตร์

* สาขาการบริบาลทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** สาขาบริบาลทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ฐิติณัฏฐ์ เต็ดแก้ว, E-mail: thinat08@tu.ac.th

The dose of sulbactam in pediatric patients with *Acinetobacter baumannii* infection using Monte Carlo simulation

Thitinat Dedkaew* Phuri Charoensuk* Pheeraphat Sarppreuttikun* Weerayuth Saelim**
Worapisit Thirathorn* Nichakarn Supakitwanichakul*

Abstract

Background: *Acinetobacter baumannii* is a Gram-negative bacterium that has been reported to be increasingly resistant to antibiotics. With recommendations for high dosage sulbactam therapy. However, there are few studies on appropriate dosing in pediatric patients. Therefore, pharmacokinetic principles need to be applied to determine the correct dosages.

Objectives: To investigate the pharmacokinetic variables of sulbactam in pediatric patients aged 1 to 12 years with *A. baumannii* infection and use these data to determine the appropriate dosage using the Monte Carlo simulation.

Methods: Conducted a systematic literature review on pharmacokinetics and dosing regimens of sulbactam in pediatric patients, determined the dosing regimens with identified variables using the Monte Carlo simulation, and calculating the percentage of time the drug concentration exceeded the minimum inhibitory concentration (MIC) by at least 60% and determining the probability of achieving the target drug level by setting it above 80%.

Results: For MIC values of less than 2 mg/L, the recommended dose was 25-200 mg/kg every 4 hours and 150-200 mg/kg every 6 hours. For MIC values between 4-8 mg/L, the proper dose was 150-200 mg/kg every 4 hours, and for an MIC value of 16 mg/L, the appropriate dose was 200 mg/kg every 4 hours.

Conclusions: The identified dosages provide guidelines for the treatment of *Acinetobacter baumannii* in pediatric patients, achieving a drug level index greater than 80% at various MIC values. However, it should be used with caution and close clinical monitoring.

Keywords: sulbactam, pediatric patients, *Acinetobacter baumannii*, Monte Carlo simulation, pharmacokinetics

* Pharmaceutical Care Department, Faculty of Pharmacy, Thammasat University

** Pharmaceutical Care Department, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Corresponding Author: Thitinat Dedkaew, E-mail: thinat08@tu.ac.th

บทนำ

เชื้อ *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ (Gram-negative bacteria) รูปทรงกลมรี (Coccobacillus) ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่เป็นเชื้อฉวยโอกาสและเป็นเชื้อที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิด โดยเฉพาะดื้อต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่มคาร์บาพีเนม (Carbapenems) เรียกว่า Carbapenem-Resistant *Acinetobacter baumannii* (CRAB)¹ จากข้อมูลสรุปความไวของยาของเชื้อจุลชีพแต่ละชนิด (Antibiogram) ที่รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในเครือข่ายของ ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ (National Antimicrobial Resistant Surveillance Center, Thailand, NARST) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าการดื้อยาของเชื้อ *A. baumannii* นั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและทวีความรุนแรงขึ้น การคิดค้นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่อาจจะเป็นผลดีในระยะยาว แต่ใช้ระยะเวลานาน และลงทุนมาก หรือการนำยาปฏิชีวนะที่มีอยู่เดิมมาเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของโมเลกุลที่ถึงแม้จะใช้ระยะเวลาน้อยกว่า แต่ก็อาจไม่ทันต่อการกลายพันธุ์และดื้อยา จึงมีการนำยาปฏิชีวนะตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปมาใช้ร่วมกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและมีหลักฐานรองรับ

จากแนวทางของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งสหรัฐอเมริกา (Infectious Diseases Society of America, IDSA Guideline) ปี ค.ศ. 2023 ได้มีการแนะนำให้รักษา CRAB โดยใช้ยาแอมพิซิลลิน (Ampicillin) และซัลแบกแทม (Sulbactam) ในขนาดสูง โดยที่ยา Sulbactam เป็นยาในกลุ่มยาปฏิชีวนะที่ใช้ต่อต้านแบคทีเรียชนิดที่ผลิตเอนไซม์ที่สามารถทำลายโครงสร้างบีตาแลกแทมของยาปฏิชีวนะ (β – lactamase inhibitor antibiotics) ออกฤทธิ์โดยอาศัยกลไกในการไปยับยั้งการจับของยากับเอนไซม์ β – lactamase

แบบแข่งขัน (Competitive inhibitor) ทำให้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มที่มีโครงสร้างเป็นบีตาแลกแทม (β – lactam) ซึ่งเป็นโครงสร้างที่จำเป็นในการออกฤทธิ์ อีกชนิดไม่ถูกเอนไซม์ β – lactamase ทำลาย และทำให้สามารถออกฤทธิ์ในการกำจัดเชื้อได้ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้น Sulbactam ยังจับกับโครงสร้างที่เป็นโปรตีนและเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ของเชื้อที่เรียกว่า penicillin binding protein (PBP) โดยที่ Sulbactam จะไปจับที่ PBP1 และ PBP3 โดยใน ส่วน PBP3 นั้นเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อได้ยาก จึงเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ Sulbactam สามารถทนต่อการดื้อยาของเชื้อ *A. baumannii* ได้² โดยที่ขนาดยาที่ IDSA guideline ปี ค.ศ. 2023 แนะนำในผู้ใหญ่คือ Sulbactam 6-9 กรัมต่อวัน และจากการศึกษาของ Chen และคณะ ที่ทำการศึกษาแบบวิเคราะห์ห่อนุমান (Meta-analysis) พบว่าเมื่อทำการวิเคราะห์ในกลุ่มย่อย (Sub-group analysis) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *A. baumannii* ที่ได้รับยา Sulbactam ในขนาด 9–12 กรัมมีอัตราการหายทางคลินิกสูงกว่ายาปฏิชีวนะอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Liu และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาแบบ Meta-analysis ในผู้ป่วยที่ได้รับยา Sulbactam เพื่อรักษาการติดเชื้อ *A. baumannii* ที่ดื้อต่อยาหลายชนิด พบว่ามี 18 การศึกษา จำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 1,835 รายมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้นหลังจากได้รับยา Sulbactam ในขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 6 กรัมต่อวัน¹³ ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต Ye และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงการให้ยา Cefoperazone/Sulbactam (ในอัตราส่วน 1:1) ในขนาด 50

มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม นาน 1 ชั่วโมงทุก 12 ชั่วโมง เป็นขนาดที่เหมาะสม¹⁶

ที่ผ่านมา Sulbactam ในประเทศไทย มีจำหน่ายอยู่ในรูปแบบที่ไปผสมกับยาตัวอื่น เช่น แอมพิซิลลิน (Ampicillin) หรือ เซฟเพอราโซน (Cefoperazone) แต่ในปัจจุบันมีการผลิตและจำหน่าย Sulbactam ในรูปแบบยาเดี่ยว จึงส่งผลให้มีการสั่งใช้ยา Sulbactam ร่วมกับยาชนิดอื่น เช่น Colistin เพิ่มมากขึ้น เพื่อรักษาการติดเชื้อดื้อยาหรือเชื้อฉวยโอกาสในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก (Pediatric Intensive Care Unit: PICU) และเภสัชกรได้รับคำถามเกี่ยวกับขนาดการใช้ยาบ่อยครั้ง รวมถึงแนวทางการใช้ยา Sulbactam ในผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก (Pediatric Intensive Care Unit: PICU) นั้นไม่ชัดเจน ยังคงต้องใช้ข้อมูลที่มีเพียงเล็กน้อย ร่วมกับความเห็นของทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและวัดความสำเร็จของการรักษาโดยใช้การตอบสนองทางคลินิกของผู้ป่วย รวมถึงการทำการศึกษาที่เกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์และการกำหนดขนาดยาที่เหมาะสมของยา Sulbactam ในผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง และอยู่ในภาวะวิกฤตินั้นเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพิจารณาจริยธรรมอย่างระมัดระวัง

ทีมผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการนำเทคโนโลยีแบบจำลองมอนติคาร์โล (Monte Carlo simulation) มาทดแทนการทำการศึกษาจริงในผู้ป่วยเด็กเพื่อกำหนดขนาดยาที่เหมาะสมจะสามารถนำไปพัฒนาเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ซึ่งการจำลองมอนติคาร์โลนี้เป็นเทคนิคทางคณิตศาสตร์ที่คาดการณ์ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน โดยเป็นการวิเคราะห์

ข้อมูลในอดีตและคาดการณ์ช่วงของผลลัพธ์ในอนาคตตามปัจจัยต่าง ๆ

ซึ่งการศึกษาเพื่อแนะนำขนาดยาโดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ที่ศึกษาเกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์ของยาตัวที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้พารามิเตอร์ที่จำเป็นแล้วนำมาจำลองโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล โดยกำหนดค่าเป้าหมายแล้วนำมาใช้เป็นขนาดยาแนะนำนั้น ในปัจจุบันมีการศึกษาในประเทศไทยหลายการศึกษา^{8,9,11,14}

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาค่าตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic parameters) ของยา Sulbactam ในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 ถึง 12 ปี และกำหนดขนาดยา Sulbactam ที่เหมาะสมจากค่าตัวแปรเภสัชจลนศาสตร์ดังกล่าว โดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ปฏิกิริยาของยา Sulbactam ในผู้ป่วยเด็กเพื่อให้ได้ค่าตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic parameters) ขนาดยา และความถี่ของการให้ยา โดยใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, Scopus และ Cochrane library ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 1984 ถึงเดือนกันยายน ค.ศ. 2023 ด้วยคำค้นหา หรือ medical subject heading (MeSH) “Sulbactam”, “pediatrics” และ “pharmacokinetics” ได้เป็น “Sulbactam and pediatric and pharmacokinetics” โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกการศึกษาดังนี้

เป็นการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ในผู้ป่วยเด็ก อายุ 1-12 ปีที่มีการติดเชื้อ *A. baumannii* และได้รับการบริหารยา Sulbactam แบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและเป็นยาสูตรผสมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น เพื่อรวบรวมค่าตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยค่าปริมาตรการกระจาย (Volume of Distribution: Vd) ค่าคงที่ของอัตราการกำจัดยา (Elimination rate constant: Ke) ค่าครึ่งชีวิต (Half-life, $t_{1/2}$) และค่าการกำจัดยาออกจากร่างกาย (Clearance: CL) แล้วนำข้อมูลดังกล่าวที่ได้มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวม (Combined mean) ซึ่งตัวแปรที่นำมากำหนดเป็นขนาดยา Sulbactam สำหรับผู้ป่วยเด็กโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล ได้แก่ น้ำหนัก (Body weight: BW) ค่าการกำจัดยา (Clearance: CL) และค่าปริมาตรการกระจายตัวของยา (Volume of distribution: Vd)

แบบจำลองมอนติคาร์โลเป็นแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ที่มีความไม่แน่นอนของเหตุการณ์นำมาใช้คาดการณ์ขนาดยา Sulbactam โดยกำหนดเป็นความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ที่ระดับยา Sulbactam มากกว่าค่าความเข้มข้นของยาต่ำที่สุดที่ยังสามารถยับยั้งเชื้อได้ (Minimum Inhibitory Concentration: MIC) หรือ Probability of Target Attainment (PTA) ซึ่งยา Sulbactam มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ ขึ้นกับระยะเวลาที่ระดับยาในรูปอิสระอยู่เหนือค่า MIC ในรอบ 24 ชั่วโมง ($\pi > MIC$) โดยกำหนดให้มีค่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นดัชนีเป้าหมายของเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacokinetics/ Pharmacodynamics: PK/PD) ที่ต้องการ³ โดยใช้สมการ⁴

$$\%fT > MIC = \ln\left(\frac{Dose \times f}{Vd \times MIC}\right) \times \frac{Vd}{CL} \times \frac{100}{DI}$$

(Dose = ขนาดยา, f = ความถี่ของการบริหารยา, DI = ช่วงเวลาระหว่างการได้รับยา)

การศึกษานี้ใช้ Crystal Ball Classroom Edition Oracle 1- Click, Thailand ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ที่ใช้สำหรับจำลองเชิงคาดการณ์หรือพยากรณ์สถานการณ์ผ่านการจำลองมอนติคาร์โล โดยนำค่า BW, CL และ Vd ในผู้ป่วยจำลอง 10,000 รายมาแทนค่าในสมการข้างต้น โดยใช้แบบจำลองแบบแบ่ง 1 ส่วน (One compartmental model) แล้วนำค่า $\%fT > MIC$ ที่คำนวณได้มาเทียบกับค่าเป้าหมาย นั่นคือ $\%fT > MIC > 60\%$ เพื่อคำนวณค่า %PTA ในแต่ละรูปแบบการให้ยา โดยกำหนดเป้าหมายให้ %PTA มีค่ามากกว่าร้อยละ 80 แล้วสรุปเป็นขนาดที่เหมาะสมที่ค่า MIC ต่าง ๆ ของเชื้อ *A. baumannii*

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก The Human Research Ethics Committee of Thammasat University (Science), HREC-TUSc เลขที่ 008/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลจากการสืบค้นการศึกษาอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ด้วยคำค้นหาที่กำหนด พบการศึกษาทั้งหมดจำนวน 98 การศึกษา โดยมีการแบ่งเป็นฐานข้อมูล PubMed จำนวน 45 การศึกษาฐานข้อมูล Scopus จำนวน 51 และการศึกษาฐานข้อมูล Cochrane library จำนวน 2 การศึกษา

หลังจากคัดเลือกการศึกษา เริ่มตั้งแต่การคัดเลือกการศึกษาที่ซ้ำซ้อนกันจาก แต่ละฐานข้อมูลออก พบการศึกษาที่ไม่ซ้ำกันทั้งหมดจำนวน 98 การศึกษา หลังจากนั้นคัดเลือกการศึกษาที่ซ้ำออกจากแต่ละฐานข้อมูลแล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก (เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก)

จากชื่อเรื่องและบทคัดย่อของแต่ละการศึกษา จำนวน 68 การศึกษา จากนั้นนำมาคัดเลือกอีกครั้ง โดยอ่านการศึกษาฉบับเต็ม จำนวน 36 การศึกษาพบว่ามีการศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คัดเข้าจำนวน 33 การศึกษา ดังนั้นจึงมีการศึกษาที่นำมาใช้ในแบบจำลองมอนติคาร์โลจำนวน 3 การศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบการศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์คัดเลือกทางการศึกษาทางเภสัชจลนศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับยา Sulbactam ในผู้ป่วยเด็กที่มีการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 ถึง ค.ศ. 2022 จากประเทศสวีเดน แลนด์สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น จำนวน 3 การศึกษา โดยมีขนาดตัวอย่างรวมทั้งหมด 93 ราย มีค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean $\pm$ SD) ของค่าการกำจัดออก (CL) เท่ากับ 5.740 ± 1.257 mL/min/kg ค่าปริมาตรการกระจายตัวของยา (Vd) เท่ากับ 0.371 ± 0.085 L/kg และน้ำหนักของผู้ป่วย (BW) เท่ากับ 27.136 ± 16.080 kg ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ลำดับที่	การศึกษา	จำนวนผู้ป่วย	อายุ (ปี)	CL (mL/min/kg) [mean $\pm$ SD]	Vd (L/kg) [mean $\pm$ SD]	BW (kg) [mean $\pm$ SD]
1	Schaad et al. ⁵	7	7.6 $\pm$ 3.8	6.63 $\pm$ 2.39	0.31 $\pm$ 0.15	31.9 $\pm$ 19.5
		6	8.4 $\pm$ 3.5	5.97 $\pm$ 1.04	0.385 $\pm$ 0.083	27.3 $\pm$ 10.2
2	Nahata et al. ⁶	9	1 - 6	5.1 $\pm$ 2.24	0.34 $\pm$ 0.16	N/A
		8	6.1 - 10	5.17 $\pm$ 1.73	0.34 $\pm$ 0.1	
		9	10.1 - 12	4.6 $\pm$ 1.09	0.35 $\pm$ 0.1	
3	Onita et al. ⁷	54	2 - 11	5.98 $\pm$ 0.39	0.39 $\pm$ 0.037	26.5 $\pm$ 16.3
	Combined mean*			5.740 $\pm$ 1.257	5.740 $\pm$ 1.257	27.136 $\pm$ 16.080

$$\text{ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวม } \bar{X} = \frac{n_1 \bar{X}_1 + n_2 \bar{X}_2 + \dots + n_k \bar{X}_k}{n_1 + n_2 + \dots + n_k} = \frac{\sum_{i=1}^k n_i \bar{X}_i}{\sum_{i=1}^k n_i}$$

ซึ่งขนาดยา Sulbactam ที่ใช้ในการจำลองในการศึกษานี้เท่ากับ 10-200 mg/kg บริหารยาทุก 4, 6, 8, 12 และ 24 ชั่วโมง ที่ MIC เท่ากับ 0.5, 1, 2, 4, 6, 8, 16 และ 32 mcg/dL โดยมีดัชนีเป้าหมายของเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ (PK/PD index) ที่ต้องการ คือมากกว่า 60% $fT > MIC$ ที่ค่าต่าง ๆ ดังกล่าว

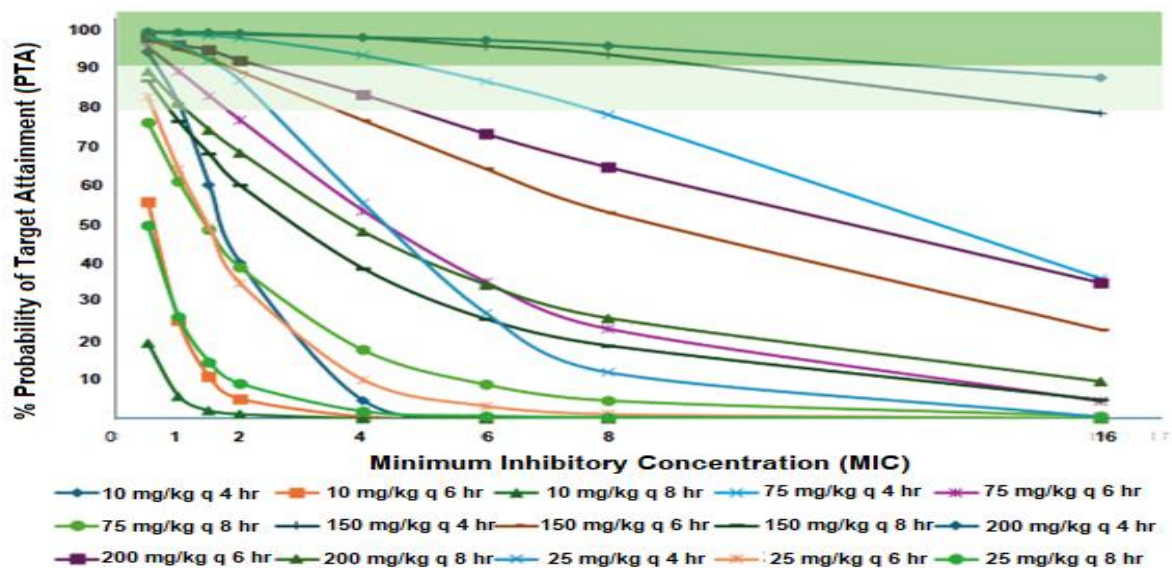
ผลการวิจัย

พบว่ารูปแบบการให้ยาทุก 4, 6 และ 8 ชั่วโมง ของขนาดยา 10-200 mg/kg ใน MIC 0.5-16 mg/L นั้น มีค่าร้อยละของเวลาที่ระดับยาในเลือดสูงกว่าค่า MIC (% $fT > MIC$) มากกว่า 60 และร้อยละความน่าจะเป็นที่จะได้ดัชนีทางเภสัชจลนศาสตร์/เภสัชพลศาสตร์ (%PTA) จาก

แบบจำลองมอนติคาร์โล โดยกำหนดให้แกน X เป็นค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่ยับยั้งเชื้อได้ (MIC) และแกน Y เป็นค่าร้อยละความน่าจะเป็นที่จะได้ดัชนีทางเภสัชจลนศาสตร์/เภสัชพลศาสตร์ที่ต้องการนั้นคือมากกว่าร้อยละ 90 (ดังภาพที่ 1) โดยที่เมื่อมีการเพิ่มขนาดยา และ/หรือลดช่วงเวลาระหว่างการบริหารยา

จะทำให้ค่าร้อยละความน่าจะเป็นที่จะได้ %PTA ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นในแต่ละค่า MIC ใดๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าค่า MIC ที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ร้อยละของความน่าจะเป็นที่จะได้ %PTA ตามเป้าหมายลดลงในทุกรูปแบบของการให้ยา



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง %Probability Target of Attainment (PTA) และ Minimum Inhibitory Concentration (MIC) ที่ค่าต่าง ๆ ในแต่ละรูปแบบการให้ยา

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับเภสัชจลนศาสตร์ของยา Sulbactam ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาผสมกับยาปฏิชีวนะตัวอื่น ซึ่งพบว่ายาในรูปแบบยาผสมนั้นตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ของยาแต่ละตัวไม่เกี่ยวข้องกัน จึงสามารถนำค่าตัวแปรจากการศึกษาเภสัชจลนศาสตร์ของยา Sulbactam ในรูปแบบที่ผสมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่นมาใช้ได้แต่อย่างไรก็ตามการรายงานผลทางเภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) ของยาใน

รูปแบบผสมกันนั้นไม่สามารถบอกได้ว่าผลทางเภสัชพลศาสตร์ของยาแต่ละชนิดเป็นอย่างไร

จากลักษณะทางเภสัชจลนศาสตร์ของยา sulbactam เป็นแบบแบ่ง 2 ส่วน (2-Compartmental pharmacokinetics)^{12,15} แต่การศึกษาในครั้งนี้ใช้สมการในแบบจำลองมอนติคาร์โลแบบแบ่ง 1 ส่วน (1-Compartmental pharmacokinetics) ดังนั้น %PTA ที่คำนวณได้อาจมีค่าสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากการกระจายตัวแบ่ง 2 ส่วนจะทำให้ความเข้มข้นในส่วนกลาง (Central compartment) ลดลง

แต่อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถหาขนาดความแตกต่างของความเข้มข้นระหว่างการกระจายตัวของยาแบบแบ่ง 1 ส่วน และ 2 ส่วนได้ เพราะฉะนั้น เพื่อให้ได้ค่าความเข้มข้นของยาจากการกระจายตัวแบบแบ่ง 2 ส่วน จึงต้องทราบตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์สำหรับสมการที่จะนำไปใช้ในโปรแกรมเภสัชจลนศาสตร์ที่มีความจำเพาะ

จากรายงานสถิติการสั่งใช้ยา sulbactam ในรูปแบบยาเดี่ยวของแพทย์ในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 4 ราย ที่มีอายุระหว่าง 2-12 ปี¹⁷ มีน้ำหนักตัวระหว่าง 8.9-53.6 kg พบว่ามีการสั่งใช้ยาในขนาด 10 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง, 75 mg/kg ทุก 6 ชั่วโมง และ 200 mg/kg ทุก 6 ชั่วโมง ซึ่งไม่สามารถนำมาเป็นตัวแทนของข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ในการจำลองโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โลสำหรับกำหนดรูปแบบการให้ยาที่บรรลุดัชนีที่เป็นเป้าหมายได้ เนื่องจากขาดข้อมูลที่เป็นตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์ ได้แก่ ค่าการกำจัดยา (CL) และค่าปริมาตรการกระจายตัวของยา (Vd)

จากค่า $\%FT > MIC$ ที่คำนวณได้ในแต่ละรูปแบบการให้ยา เมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยจริงอาจได้ผลแตกต่างจากการศึกษานี้ได้ เนื่องจากมีตัวแปรที่ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอน (Uncertainty) ของผลลัพธ์ที่ได้คือ น้ำหนักของผู้ป่วย (BW) ค่าการกำจัดยา (CL) และค่าปริมาตรการกระจายตัวของยา (Vd) ดังนั้นการนำไปใช้ในผู้ป่วยจริง จึงต้องพิจารณาค่าดังกล่าวให้อยู่ในช่วงของการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่อายุตั้งแต่ 1-12 ปี น้ำหนักอยู่ในช่วง 11-43 kg รวมทั้งต้องมีการติดตามอาการทางคลินิกอย่างใกล้ชิด

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการให้ยา Sulbactam ในการรักษา การติดเชื้อ *A. baumannii* ในผู้ป่วยเด็กที่มีค่า MIC 0.5-16 mg/L โดยผ่านการจำลองด้วยแบบจำลองมอนติคาร์โล และใช้ตัวแปรทางเภสัชจลนศาสตร์แบบแบ่ง 1 ส่วน พบว่า หากต้องการ $\%PTA > 80\%$ ที่ค่า MIC 0.5-2 mg/L ขนาดยาที่เป็นไปตามเป้าหมาย ($\%FT > MIC > 60\%$) คือขนาด 25-200 mg/kg ทุก 4 ชั่วโมง และ 150-200 mg/kg ทุก 6 ชั่วโมง ที่ค่า MIC 4-8 mg/L ขนาดยาที่เป็นไปตามเป้าหมาย คือขนาด 150-200 mg/kg ทุก 4 ชั่วโมง และที่ค่า MIC 16 mg/L ขนาดยาที่เป็นไปตามเป้าหมาย คือขนาด 200 mg/kg ทุก 4 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากจำนวนการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ *A. baumannii* ได้รับยา Sulbactam ทั้งในรูปแบบยาเดี่ยวและยาผสมมีจำนวนจำกัด การได้มาซึ่งขนาดยาโดยใช้แบบจำลองมอนติคาร์โล จึงเป็นเพียงแนวทางในการกำหนดขนาดยาเพื่อได้ผลการรักษาที่เป็นไปตามดัชนีเป้าหมาย จะเห็นได้ว่าเพื่อให้ได้ $\%PTA > 80\%$ ที่ค่า MIC 0.5-2 mg/L ขนาดยาตามเป้าหมาย ($\%FT > MIC > 60\%$) ที่ได้ค่อนข้างกว้าง (25-200 mg/kg ทุก 4 ชั่วโมง) ทั้งนี้เป็นขนาดยาที่ครอบคลุมถึงการให้ยา Sulbactam ในรูปแบบเดี่ยวและตามความรุนแรงของอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรนำไปใช้อย่างระมัดระวังโดยเฉพาะการเลือกใช้ขนาดยาให้เหมาะสมกับความรุนแรงของการติดเชื้อ การมียาปฏิชีวนะตัวอื่นที่เสริม

ฤทธิ์การฆ่าเชื้อ ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กตามการศึกษา
นี้ คือ มีช่วงอายุ 1-12 ปี และน้ำหนักอยู่ในช่วง
11-43 kg ร่วมกับการติดตามอาการทางคลินิก
อย่างใกล้ชิด และนอกจากนี้ ยา Sulbactam
ถูกกำจัดทางไตเป็นหลัก ดังจะเห็นได้จากผล
คุณค่าเฉลี่ยของค่าการกำจัดยากับค่าเฉลี่ย
น้ำหนักผู้ป่วยจากทั้ง 3 การศึกษาที่นำมาใช้ มี
ค่าสูงกว่า 150 mL/min ซึ่งการขจัดยาทางไตใน
อัตราที่สูงของ Sulbactam ส่วนหนึ่งอาจเป็น
จากกระบวนการขับสารจากกระแสเลือดเข้าสู่
ท่อไต (Tubular secretion) ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาในผู้ใหญ่¹⁸ ดังนั้นค่าการทำงานของ
ไตจึงเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการกำหนด
ขนาดยาเพื่อให้ระดับยาถึงเป้าหมาย และ
ยังควรคำนึงถึงการเกิดอันตรกิริยาที่รบกวน
กระบวนการ tubular secretion ของ Sulbactam
ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเข้มข้นของ Sulbactam
และเป้าหมาย %fT>MIC ที่ต้องการ ดังนั้น
เพื่อให้เป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติจึงควร
ทำการศึกษาเภสัชพลศาสตร์ของการให้ยา
Sulbactam ร่วมกับยาปฏิชีวนะชนิดอื่น เช่น
Colistin หรือ Cefoperazone

References

1. Wu HJ, Xiao ZG, Lv XJ, Huang HT, Liao C, Hui C-Y, et al. Drug-resistant *Acinetobacter baumannii*: from molecular mechanisms to potential therapeutics (Review). *Exp Ther Med*. 2023;25(5):209. doi: 10.3892/etm.2023.11908.
2. Principe L, Di Bella S, Conti J, Perilli M, Piccirilli A, Mussini C, et al. *Acinetobacter baumannii* resistance to sulbactam/durlobactam: a systematic review. *Antibiotics* (Basel). 2022;11(12):1793. doi: 10.3390/antibiotics11121793.
3. O'Donnell JP, Bhavnani SM. The Pharmacokinetics/Pharmacodynamic relationship of Durlobactam in combination with Sulbactam in Vitro and in Vivo infection Model Systems Versus *Acinetobacter baumannii*-calcoaceticus Complex. *Clin Infect Dis*. 2023;76Suppl2: S202-9. doi: 10.1093/cid/ciad096.
4. Wang X, Xiong L, Yu W, Huang C, Ji J, Ying C, et al. Evaluation of piperacillin/sulbactam, piperacillin/tazobactam and cefoperazone/sulbactam dosages in gram-negative bacterial bloodstream infections by Monte Carlo simulation. *Antibiotics* (Basel). 2023;12(2):363. doi: 10.3390/antibiotics12020363.
5. Schaad UB, Guenin K, Straehl P. Single-dose pharmacokinetics of intravenous sulbactam in pediatric patients. *Rev Infect Dis*. 1986;8 Suppl 5:S512-7. doi: 10.1093/chlinids/8.supplement_5.s512.
6. Nahata MC, Vashi VI, Swanson RN, Messing MA, Chung M. Pharmacokinetics of ampicillin and sulbactam in pediatric patients. *Antimicrob Agents Chemother*. 1999;43(5):1225-9. doi: 10.1128/AAC.43.5.1225.
7. Onita T, Ikawa K, Ishihara N, Tamaki H, Yano T, Naora K, et al. Pharmacodynamic evaluation of Ampicillin-sulbactam in pediatric patients using plasma and urine data. *Pediatric Infect Dis J*. 2022;41(5):411-6. doi: 10.1097/INF.0000000000003496.
8. Chaijamorn W, Charoensareerat T, Srisawat N, Pattharachayakul S, Boonpeng A. Cefepime dosing regimens

- in critically ill patients receiving continuous renal replacement therapy: a Monte Carlo simulation study. *J Intensive Care*. 2018;6:61. doi: 10.1186/s40560-018-0030-8.
9. Charoensareerat T, Chaijamorn W, Kerdnimit P, Kosumwisaisakul N, Teeranaew P, Rungkitwattanakul D, et al. Optimal meropenem dosing regimens in patients undergoing continuous renal replacement therapy: systematic review and Monte Carlo simulations. *Blood Purif*. 2023;52(6):503-15. doi: 10.1159/000529694.
 10. Chen H, Liu Q, Chen Z, Li C. Efficacy of sulbactam for the treatment of *Acinetobacter baumannii* complex infection: A systematic review and meta-analysis. *J Infect Chemother*. 2017;23(5):278-85. doi: 10.1016/j.jiac.2017.01.005.
 11. Jaruratanasirikul S, Nitchot W, Wongpoowarak W, Samaeng M, Nawakitranngsan M. Population pharmacokinetics and Monte Carlo simulations of sulbactam to optimize dosage regimens in patients with ventilator-associated pneumonia caused by *Acinetobacter baumannii*. *Eur J Pharm Sci*. 2019;136:104940. doi: 10.1016/j.ejps.2019.05.018.
 12. Jaruratanasirikul S, Wongpoowarak W, Wattanavijitkul T, Sukarnjanaset W, Samaeng M, Nawakitranngsan M, et al. Population pharmacokinetics and pharmacodynamics modeling to optimize dosage regimens of sulbactam in critically ill patients with severe sepsis caused by *acinetobacter baumannii*. *Antimicrob Agents Chemother*. 2016; 60(12):7236-44. doi: 10.1128/AAC.01669-16.
 13. Liu J, Shu Y, Zhu F, Feng B, Zhang Z, Liu L, et al. Comparative efficacy and safety of combination therapy with high-dose sulbactam or colistin with additional antibacterial agents for multiple drug-resistant and extensively drug-resistant *Acinetobacter baumannii* infections: a systematic review and network meta-analysis. *J Glob Antimicrob Resist*. 2021; 24:136-47. doi: 10.1016/j.jgar.2020.08.021.
 14. Rungkitwattanakul D, Charoensareerat T, Kerdnimit P, Kosumwisaisakul N, Teeranaew P, Boonpeng A, et al. Imipenem dosing recommendations for patients undergoing continuous renal replacement therapy: systematic review and Monte Carlo simulations. *Ren Replace Ther*. 2021;7(61):1-11. doi: 10.1186/s41100-021-00380-6.
 15. Setiawan E, Cotta MO, Abdul-Aziz MH, Widjanarko D, Sosilya H, Lukas DL, et al. Population pharmacokinetics and dosing simulations of Ampicillin and Sulbactam in Hospitalised adult patients. *Clin Pharmacokinet*. 2023;62(4):573-86. doi: 10.1007/s40262-023-01219-5.
 16. Ye L, Cheng L, Kong L, Zhao X, Xie G, He J, et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic analysis of cefoperazone/sulbactam for the treatment of pediatric sepsis by Monte Carlo simulation. *Anal Methods*. 2022;14(11):1148-54. doi: 10.1039/d1ay01385h.
 17. e-Phis System, Thammasat University Hospital. Statistics report on the

prescription of Sulbactam as a single drug by physicians in pediatric patients at Thammasat University Hospital from January 2023 to October 2023. Pathum Thani: Thammasat University Hospital; 2023. (in Thai).

18. Zhu S, Zhang J, Lv Z, Zhu P, Oo C, Yu M, et al. Prediction of tissue exposures of Meropenem, Colistin, and Sulbactam in pediatrics using physiologically based pharmacokinetic modeling. Clin Pharmacokinet. 2022;61(10):1427-41. doi: 10.1007/s40262-022-01161-y.

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

ธัญญา คมพยัคฆ์* ประจักษ์ บัวผัน** นพรัตน์ เสนาฮาด** ชนาพร ปิ่นสุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์ในการบริหารทางการพยาบาล มุ่งเน้นการให้การพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการบริหารความเสี่ยง และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา 196 คน เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย : คะแนนโดยรวมของสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงและระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ ด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์การ ด้านทักษะการคิดริเริ่ม และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

สรุปผล : สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ ด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์การ ด้านทักษะการคิดริเริ่ม และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาได้

คำสำคัญ : สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การบริหารความเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพ

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** อาจารย์ประจำภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** อาจารย์ประจำสาขาวิชาการศึกษา วิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: ชนาพร ปิ่นสุวรรณ, E-mail: Chanpi@kku.ac.th

Leadership soft skills and key success factors affecting the risk management of registered nurses in community hospitals, Nakhon Ratchasima province

Thananya Kompayuk* Prachak Bouphan** Nopparat Senahad** Chanaporn Pinsuwan***

Abstract

Background: Risk management is a strategy in nursing administration that focuses on providing nursing care according to professional standards and ensuring patient and provider safety.

Objectives: This research examined the relationships between leadership soft skills and key success factors and risk management besides investigating factors that influence risk management among registered nurses in community hospitals in Nakhon Ratchasima Province

Methods: This research employed a cross-sectional descriptive study. The samples comprised 196 registered nurses at community hospitals in Nakhon Ratchasima province. The research tool was the questionnaire. Data was analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: The results showed that the overall leadership soft skill and key success factors had a statistically significant high and moderate relationship with registered nurses' risk management ($p < 0.001$). Leadership ability, planning and organization skills, creative thinking skills, key success factors of the implementation in areas with readiness, and willingness to participate significantly predicted risk management practices of professional nurses in community hospitals in Nakhon Ratchasima Province with statistical significance ($p < 0.001$).

Conclusions: Leadership soft skills, leadership abilities, planning and organizing skills, creative thinking skills, and key success factors related to implementation in areas with readiness and willingness to participate can significantly predict the risk management practices of registered nurses in community hospitals in Nakhon Ratchasima Province.

Keywords: leadership soft skills, key success factors, risk management, registered nurse

* Master of Public Health (Public Health Administration) program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*** Department of Education, Research, and Nursing Administration, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding Author: Chanaporn Pinsuwan, E-mail: Chanpi@kku.ac.th

บทนำ

การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลถือเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)¹ การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการควบคุมกิจกรรมและการดำเนินงานโดยมีจุดมุ่งหมายจากการรับรู้และจำกัดความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสและความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กร สถานบริการสุขภาพ และเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงานและเกิดความปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วยบริการและผู้มารับบริการ จึงมีการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพและรับรองคุณภาพมาใช้ โดยการกำหนดกระบวนการบริหารความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การติดตามประเมินผล การจัดการความเสี่ยง² ซึ่งในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพจากนโยบายสู่การปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จได้นั้นต้องอาศัยทักษะความสามารถด้านสุนทรียทักษะภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบ³

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำเป็นทักษะและความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมกระตุ้นผู้อื่นให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติงาน เกิดการเรียนรู้และพัฒนาการบริหารความเสี่ยงร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการทำงานเป็นทีม 2) ทักษะการสื่อสาร 3) ทักษะการคิดริเริ่ม 4) ทักษะความสามารถในการนำ 5) ทักษะการสอนงาน 6) ทักษะการพัฒนาตนเอง 7) ทักษะการวางแผนและจัดองค์การ และ 8) ทักษะการนำเสนอ⁴ จากการศึกษา พบว่า ทักษะความสามารถในการนำมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

กับความสำเร็จของการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.747$, $p\text{-value}< 0.05$)³ และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.606$, $p\text{-value}< 0.001$)⁵ นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความจำเป็นต่อการบริหารความเสี่ยงให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทางการแพทย์และความปลอดภัยนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ซึ่งนโยบายของพยาบาลวิชาชีพให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) การมีแผนงานสนับสนุนของหน่วยงานทุกระดับ 3) การลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน⁶ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.613$, $p\text{-value}<0.001$)⁷ และพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสนับสนุนจาก

ผู้บริหารระดับสูงมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.412$, $p\text{-value}<0.001$)⁸

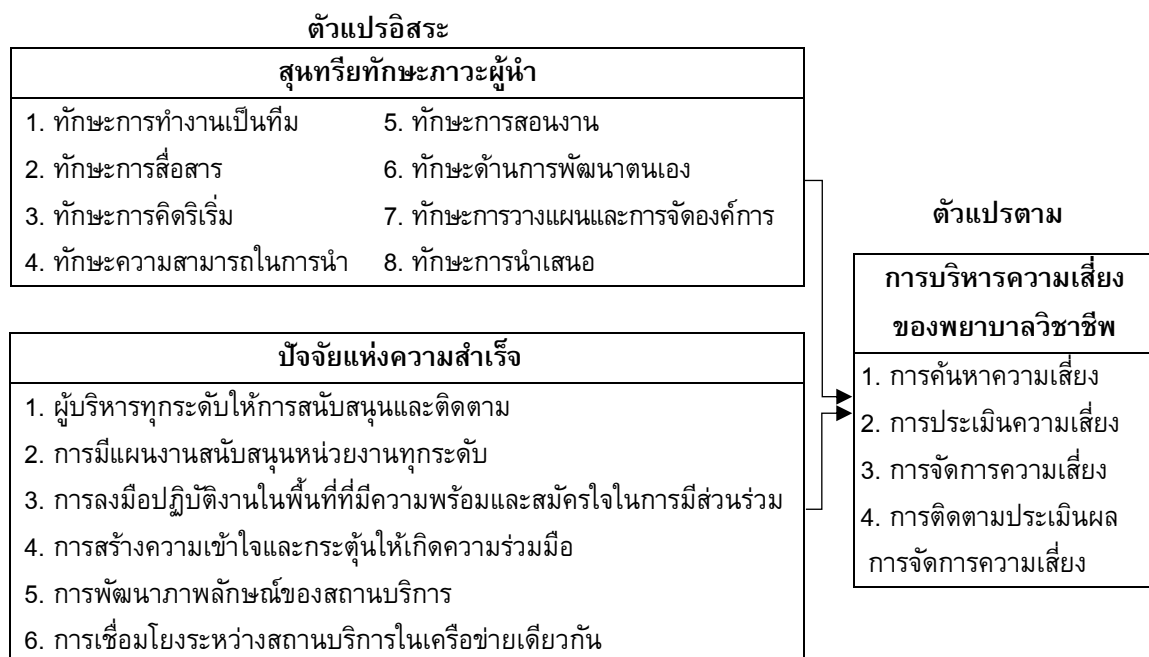
จากการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2565 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและความผิดพลาดในการให้บริการลดลง จากจำนวน 24,299, 21,378 และ 18,483 ครั้ง ตามลำดับ⁹ ซึ่งอาจเกิดจากการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพไปสู่การปฏิบัติ และการสะท้อนปัญหาทางการพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวจึงพบความสำคัญของสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อนำ

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการวางแผนพัฒนาการบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพบริการและส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2567 ดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,902 คน⁹

ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 196 คน⁹ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise multiple linear regression analysis)¹⁰ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่าง 30 กลุ่ม โดยหน่วยประชากรใน แต่ละชั้นภูมิมีลักษณะเหมือนกัน แล้วสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ จำนวน 40 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ จำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนเป็นช่วงคะแนน 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงเฉลี่ย ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)¹¹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ 0.98

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมทั้งแนบเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและการยินยอมของตัวอย่างและช่วยประสานงานกับตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้แก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อส่งต่อให้ตัวอย่างและนัดหมายการส่งแบบสอบถามกลับคืนพร้อมแนบใบเซ็นยินยอม หากตัวอย่างไม่ส่งแบบสอบถามคืนแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการบริหารความเสี่ยง
ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
(Pearson's product moment correlation coefficient)¹²
และวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร
(Multivariable Analysis) ด้วยสถิติการวิเคราะห์
ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise
multiple linear regression analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม
2566 เลขที่ HE662250

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.3) อายุ
ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33.2) อายุเฉลี่ย 40.43 ปี
(SD=9.91) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 58.7) สำเร็จ
การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 89.3) เป็น
พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ร้อยละ 71.5)
รายได้ต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 40,001 บาท
(ร้อยละ 51.1) รายได้ต่ำสุด 13,490 บาท รายได้สูงสุด
58,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
ชุมชน จังหวัดนครราชสีมา เฉลี่ย 17.47 ปี (ร้อยละ
33.7) ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลา
ปฏิบัติงานสูงสุด 39 ปี และได้รับการฝึกอบรม
เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง (ร้อยละ 69.4)
ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรม เฉลี่ย 1-2 ครั้ง (ร้อยละ
80.9) จำนวนต่ำสุด 1 ครั้ง จำนวนสูงสุด 5 ครั้ง

2. ผลการศึกษาระดับสุนทรียทักษะภาวะ
ผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการบริหารความ
เสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) ระดับสุนทรีย

ทักษะภาวะผู้นำโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M=3.75$,
 $SD=0.49$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านทักษะการ
ทำงานเป็นทีมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก
($M=4.14$, $SD=0.47$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด
คือ ด้านทักษะในการคิดริเริ่มอยู่ในระดับมาก ($M=3.53$,
 $SD=0.59$) 2) ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวม อยู่
ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.43$) เมื่อพิจารณาราย
ด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถาน
บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($M=4.04$,
 $SD=0.54$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการ
เชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน อยู่
ในระดับมาก ($M=3.71$, $SD=0.63$) และ 3) ระดับการ
บริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพภาพรวม อยู่
ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.59$) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า การค้นหาความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่
ในระดับมาก ($M=3.90$, $SD=0.58$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด คือ การติดตามประเมินผลการจัดการ ความ
เสี่ยง อยู่ในระดับมาก ($M=3.75$, $SD=0.73$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะ
ผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการบริหารความเสี่ยง
ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ
โดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารความ
เสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r=0.725$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
สุนทรียทักษะภาวะผู้นำทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับ
ปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล
วิชาชีพ และภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมี
ความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยง
ของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r=0.605$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน
พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จทุกด้านมี
ความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยง
ของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการบริหารความเสี่ยง
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (n=196)

ตัวแปร	การบริหารความเสี่ยง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
สุนทรียทักษะภาวะผู้นำรวมทุกด้าน	0.725***	<0.001	สูง
1. ทักษะการทำงานเป็นทีม	0.514***	<0.001	ปานกลาง
2. ทักษะการสื่อสาร	0.561***	<0.001	ปานกลาง
3. ทักษะการคิดริเริ่ม	0.613***	<0.001	ปานกลาง
4. ทักษะความสามารถในการนำ	0.653***	<0.001	ปานกลาง
5. ทักษะการสอนงาน	0.566***	<0.001	ปานกลาง
6. ทักษะการพัฒนาตนเอง	0.648***	<0.001	ปานกลาง
7. ทักษะการวางแผนและการจัดองค์กร	0.597***	<0.001	ปานกลาง
8. ทักษะการนำเสนอ	0.616***	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยแห่งความสำเร็จรวมทุกด้าน	0.605***	<0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.453***	<0.001	ปานกลาง
2. การมีแผนงานสนับสนุนของหน่วยงานทุกระดับ	0.546***	<0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.540***	<0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.569***	<0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.482***	<0.001	ปานกลาง
6. การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน	0.339***	<0.001	ปานกลาง

***. Correlation is significant at the <0.001 level

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ ($R^2=0.424$, $p\text{-value}=0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ($R^2=0.108$, $p\text{-value}<0.001$) สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและการจัดองค์กร ($R^2=0.026$, $p\text{-value}=0.002$) และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการคิดริเริ่ม ($R^2=0.012$, $p\text{-value}=0.018$) ซึ่งสามารถทำนายและพยากรณ์การ

บริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 57.3 ($R^2=0.573$, $p\text{-value}<0.001$) และสามารถอธิบายสมการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $Y=0.187 + (0.271)$ (สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ) $+ (0.335)$ (ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม) $+ (0.180)$ (สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและการจัดองค์กร) $+ (0.193)$ (สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการคิดริเริ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา (n=196)

ตัวแปรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยง	B	95% CI		Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
		Lower	Upper							
1. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ	0.271	0.113	0.428	0.288	3.392	0.001	0.653	0.427	0.424	-
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.335	0.200	0.470	0.272	4.906	<0.001	0.731	0.535	0.530	0.108
3. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์การ	0.180	0.069	0.291	0.200	3.197	0.002	0.749	0.561	0.554	0.026
4. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการคิดริเริ่ม	0.193	0.034	0.353	0.194	2.390	0.018	0.757	0.573	0.564	0.012

ค่าคงที่ 0.187, F=64.188, p-value<0.001, R=0.757, R²=0.573, R²adj=0.564

*p<0.05

อภิปรายผล

1. ระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.75, SD=0.49) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.23, SD=0.46), (M=3.85, SD=0.40)^{14,5} ตามลำดับ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำเป็นความสามารถของบุคคลในการส่งเสริมกระตุ้นผู้อื่นให้ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยง⁴ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงควรพัฒนาทักษะภาวะผู้นำในการบริหารความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และเกิดความปลอดภัย³

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=3.83, SD=0.43) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (M=4.07, SD=0.31, (M=4.07, SD=0.56)^{16,18} ปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงเป็นองค์ประกอบในการสนับสนุนให้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการสนับสนุนนโยบายสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสร้างเสริมความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนการจัดการปัญหา และการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ ดังนั้นปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงมีความสำคัญต่อการสนับสนุนให้การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพบรรลุเป้าหมายขององค์กร⁶

ระดับการบริหารความเสี่ยงโดยรวมของพยาบาลฯ อยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.59$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ภาพรวมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ($M=3.60$, $SD=0.50$)⁸ การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย รวมทั้งเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการเพื่อรองรับผลกระทบจากความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ โดยการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกัน และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพ²

2. สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.725$, $p\text{-value}<0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ภาพรวมสุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข ($r=0.834$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.729$, $p\text{-value}<0.001$)^{13,14} ตามลำดับ ซึ่งทักษะการทำงานเป็นทีมและทักษะความสามารถในการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติของผู้บริหารทางการพยาบาล⁷ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการคิดริเริ่ม ทักษะการสอนงาน ทักษะการพัฒนาตนเอง ทักษะการวางแผนและจัดองค์การ และทักษะการนำเสนอมีความสัมพันธ์กับการ

พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพของกระทรวงสาธารณสุข สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำจึงเป็นทักษะด้านสังคมในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ในองค์การที่ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้ และนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ขององค์การ⁴ ดังนั้น สุนทรียทัศนคติภาวะผู้นำจึงมีความสัมพันธ์ต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล รวมทั้งการทำงานเป็นทีม ฝึกการสื่อสารที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการคิดริเริ่มสร้างสรรค์การจัดการความเสี่ยงในรูปแบบใหม่ ๆ ที่เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง³

2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.605$, $p\text{-value}<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข ($r=0.700$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.523$, $p\text{-value}<0.001$)^{15,16} เนื่องจากผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลขอนแก่น⁸ การมีแผนงานสนับสนุนหน่วยงานทุกระดับ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการให้เครือข่ายเดียวกัน¹⁷ ดังนั้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงเป็นองค์ประกอบในด้านที่มีส่วนสนับสนุนให้การดำเนินงานการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล

วิชาชีพ ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายของผู้บริหาร การพัฒนาความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงระบบการทำงานในการบริหาร ความเสี่ยงทุกระดับให้มุ่งไปในทิศทางเดียวกัน และ เป็นการสิ่งสำคัญที่เป็นในการนำไปสู่การบรรลุ เป้าหมายขององค์กร⁶

3. ปัจจัยที่มีปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มี ผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด นครราชสีมา พบว่า มีตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการ บริหารความเสี่ยง เรียงลำดับดังนี้

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะ ความสามารถในการนำร่วมกันทำนวยการบริหาร ความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นทักษะในการ กระตุ้นให้คำชี้แนะแก่บุคคลให้เกิดการเรียนรู้และ พัฒนาตนเอง รวมทั้งในการมอบหมายงานให้บุคลากร ในองค์กรเข้ามามีส่วนร่วมแต่ละหน้าที่ เพื่อให้เกิด ภาพรวมของการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ⁴ มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ³⁵ ดังนั้นทักษะความสามารถในการนำของพยาบาล วิชาชีพจึงเป็นทักษะที่สามารถส่งเสริมการนำ นโยบายสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึง ความสำคัญของการบริหารความเสี่ยงและเป็นการ สร้างการมีส่วนร่วมในการนำแนวทางปฏิบัติตาม มาตรฐานวิชาชีพมาปรับใช้ในการบริหารความเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดความเสียหายขึ้นซ้ำ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จการลงมือปฏิบัติใน พื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม ร่วมกันทำนวยการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลฯ เป็นการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ เพื่อให้การ ดำเนินงานด้านการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล วิชาชีพสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและ

บุคลากรสาธารณสุข^{15,17} ดังนั้นการลงมือปฏิบัติใน พื้นที่ที่มีความพร้อม จะทำให้เกิดเป็นต้นแบบการ บริหารความเสี่ยง และเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้จาก สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสู่การพัฒนาที่มี ความต่อเนื่อง

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านการวางแผน และจัดองค์การร่วมกันทำนวยการบริหารความเสี่ยง ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มี ความสำคัญและส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพในการ ให้บริการและการบริหารความเสี่ยงของพยาบาล วิชาชีพ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน การบริการด้านการพยาบาล ป้องกันความผิดพลาด ทางด้านการพยาบาลที่นำมาซึ่งเหตุการณ์การไม่ พึงประสงค์และความเสียหายที่เกิดขึ้นในองค์กร⁴ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและ บุคลากรสาธารณสุข^{18,19} ดังนั้นทักษะการวางแผน และจัดองค์การ จึงเป็นทักษะที่มีความจำเป็นแก่ พยาบาลวิชาชีพในการมีส่วนร่วมตั้งแต่การวาง แผนการบริหารความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง ประกอบกับการกำกับติดตามด้วยระยะเวลาในการ ดำเนินการ เพื่อสรุปผลการจัดการความเสี่ยงนำมาสู่ การพัฒนาด้านการบริหารความเสี่ยงต่อไป

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการคิด ริเริ่มร่วมกันทำนวยการบริหารความเสี่ยงของ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นทักษะการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ในด้านความคิด และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการ บริหารความเสี่ยงเพื่อค้นหาคำตอบที่ดีที่สุด โดยการ ใช้ความรู้ ความสามารถและแนวทางใหม่ในการแก้ไข ปัญหาที่แตกต่างไปจากการแก้ไขปัญหาการบริหาร ความเสี่ยงในรูปแบบเดิม⁴ ซึ่งมีผลต่อการบริหารความ เสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุข^{13,5} ดังนั้น ทักษะในการคิดริเริ่มจึงเป็นทักษะที่ทำให้เกิด การพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ สร้างการมี

ส่วนร่วมในการระดมความคิดในหน่วยงาน ทำให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหาด้านความเสี่ยง ทำให้การบริหารความเสี่ยงเกิดการพัฒนาที่มีความต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความสามารถในการนำ ด้านทักษะการวางแผน และจัดองค์การ ด้านทักษะการคิดริเริ่ม และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมสามารถร่วมกันในการพยากรณ์การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพฝึกใช้สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านความสามารถในการนำนโยบายการบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติ และการกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง

2. ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพลงมือปฏิบัติในหน่วยงานที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากความเสี่ยงในหน่วยงานเชิงรุก และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาแนวทางการจัดการความเสี่ยงร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดองค์การ โดยการร่วมกำหนดเป้าหมายการบริหารความเสี่ยงตามนโยบายที่ชัดเจน การกำหนดแนวทางและระยะเวลาในการดำเนินงานแผนงาน

4. ควรกระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในด้านทักษะการคิดริเริ่ม สร้างสรรค์

นวัตกรรมและพัฒนาการบริหารความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการ KM (Knowledge Management) การประกวด Best practice และจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการบริหารความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในเครือข่ายเดียวกันและในภาพจังหวัด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมาทุกท่าน ที่ให้โอกาส และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในพื้นที่เป็นอย่างดี ไว้ ณ ที่นี้

References

1. Office of the National Economics and Social Development Board. The Eleventh National Economic and Social Development Plan (2018-2037). Bangkok: Prime Minister's Office; 2022. (in Thai).
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and Health Service Standards. 5thed. Nonthaburi: Hospital Accreditation Institute (Public Organization); 2022.
3. Paengma N, Boonswasdi-kulchai P. Selected factors influencing success of risk management policy implementation by first-line managers in community hospitals Area Health 7. J Nurs Health Care. 2019;37(2): 16-25. (in Thai).

4. Crosbie R. Learning the soft skills of leadership. *Ind Commer Train*. 2005;37(1):45-51. doi: 10.1108/0019785 0510576484
5. Prachagool R, Sriruecha R. Leadership soft skills affecting nursing service quality development of registered nurse at community hospital in Khon Kean Province. *KKU J Public Health Res*. 2019;12(1): 86-94. (in Thai).
6. Supawong C, Chunhurasmi S, Sirilakson S, Ladadam L, Sivawannichakorn S, Wetchasuttanont K. Service manual of district health promoting hospital. 3rd ed. Bangkok: Organization Veterans; 2010. (in Thai).
7. Jatuten K, Bouphan P. Risk management of professional nurses at community hospital in Roi-Et Province. *KKU Res J (Grad Stud)*. 2019;18(4):167-78. (in Thai).
8. Chanon J, Bouphan P. Critical success factors and organizational safety culture affecting the risk management of professional nurses at inpatient department Khon Kaen Hospital. *KKU Res J (Grad Stud)*. 2021;21(1):216-28. (in Thai).
9. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Public health services in Nakhon Ratchasima Province. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office; 2023.
10. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
11. Jantarasuwan S, Buwathorn S. Social sciences research methodology. Khon Kaen: Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University; 2004. (in Thai).
12. Elifson KW, Others. Fundamentals of social statistics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc.; 1990.
13. Changmai M, Siri-Ruchat C. Personal attributes and leadership soft skills affecting the performance under the standard practice of the sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen Province. *KKU J Public Health Res*. 2018;11(4):65-72. (in Thai).
14. Iniam P, Bouphan P, Surachai P. Personal characteristics and leadership soft skills affecting the performance of Thai traditional medicine service standards of Thai traditional medicine at community hospitals in Health Region 7. *KKU J Public Health Res*. 2023;16(2):97-116. (in Thai).
15. Chansom K, Bouphan P, Jutarasaga M. Personal characteristics and key success factors affecting the performance of service through Thai traditional medicine of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province. *KKU Res J (Grad Stud)*. 2019 Jul 24;20(2): 60-71. (in Thai).
16. Somnawat S, Udompanich S, Bouphan P. Administration factors and key success factors affecting the standard control performance of dental health personnel at sub-district health promoting hospitals in Health Region 8. *Thai Dent Nurse J*. 2023;34(1):84-95. (in Thai).
17. Promree N, Prachak B. Critical success factors and organizational support affecting the job performance of medical record technician in community hospitals Public Health Region 7. *J Grad Stud*. 2021;21(2): 179-91. (in Thai).
18. Khottha K, Sriruecha S. Leadership soft skills of assistant district health officers as a factor in the performance in achievement motivation (8th Health Region). *South Coll Netw J Nurs Public Health*. 2017;4(Special):273-91. (in Thai).
19. Charoenkhun S, Sriruecha C. Leadership soft skills affecting performance for competencies achievement of sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen Province. *KKU J Public Health Res*. 2020;13(3):69-78. (in Thai).

ปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร

เยาวดี สุวรรณาคะ* พัดชา ไชยสำแดง**

บทคัดย่อ

บทนำ : การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรกเป็นช่วงเวลาที่ทำนายสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นสมรรถนะสำคัญในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และศึกษาปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย : วิจัยแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย ตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ลงเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน จำนวน 55 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .98 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย : คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยที่ทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .644, p < .01$)

สรุปผล : ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวก และเป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลสามารถเผชิญสถานการณ์ปัญหา และประยุกต์ใช้ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลได้

คำสำคัญ : ความแข็งแกร่งในชีวิต ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

** คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

ผู้พิมพ์ประสานงาน : พัดชา ไชยสำแดง, E-mail: chai_patcha@hotmail.com

Predictive factors of nursing problem-solving skills among nursing students during their first fundamental nursing practicum at a university in Bangkok

Yoavadee Suwannaka* Patcha Chaisamdaeng**

Abstract

Background: The first fundamental nursing practicum for nursing students often leads to stress and pressure due to environmental changes and the application of knowledge into practice. This requires cognitive skills and nursing problem-solving skills in patient care. Resilience and nursing problem-solving skills affect students' ability to confidently approach and manage situations on a hospital ward.

Objectives: This descriptive correlational research study investigated resilience, nursing problem-solving skills, and the relationships between resilience and nursing problem-solving skills among nursing students in the first fundamental nursing practicum.

Methods: The participants consisted of 55 second-year nursing students studying Fundamentals of Nursing courses. The research instruments were the resilience inventory and problem-solving skills of nursing students. The reliabilities of the questionnaires were tested using Cronbach's alpha with coefficients 0.98 and 0.94, respectively. The data were analyzed using frequency, mean, percentage, standard deviation, max, min, and Pearson's product-moment correlation.

Results: The overall mean score of resilience and nursing problem-solving skills were high, and resilience was positively correlated with nursing problem-solving skills with statistical significance ($p < .01$). Resilience in life was a significant predictor of nursing problem-solving skills among nursing students practicing on the ward for the first time ($\beta = .644$, $p < .01$).

Conclusions: Resilience is positively related to student nurses' problem-solving skills during their first fundamental nursing practicum, suggesting that most nursing students can effectively address and manage nursing problem situations.

Keywords: resilience, nursing problem-solving skills, nursing students

* Faculty of Nursing, North Bangkok University

** School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang

Corresponding Author: Patcha Chaisamdaeng, E-mail: chai_patcha@hotmail.com

บทนำ

การเตรียมพร้อมของนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการใช้ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้การพยาบาลผู้ให้บริการทุกช่วงวัยทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่สำคัญได้อย่างเหมาะสม¹ ทักษะการแก้ปัญหานี้จะเกิดขึ้นได้นั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจกับสถานการณ์นั้น ๆ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สถานศึกษาพยาบาลจะต้องพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น โดยการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง และสถานการณ์จริง การสาธิต-สาธิตย้อนกลับ การสอบประเมินผล ทักษะและหัตถการทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) และการลงฝึกปฏิบัติจริงที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เป็นความท้าทายที่นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับตัวนักศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และเศรษฐกิจอีกด้วย²

ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล (Nursing problem-solving skill)³ เป็นสมรรถนะที่สำคัญในการประกอบวิชาชีพพยาบาลในอนาคต นักศึกษาพยาบาลจะได้รับสร้างเสริมทักษะการแก้ปัญหาทั้งจาก สถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการ และการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาและปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงกับบริบท

ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม⁴ ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ประกอบด้วย การระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนปัญหา การปฏิบัติการแก้ปัญหา และการประเมินผล ทักษะทั้ง 5 ด้านนี้นักศึกษาพยาบาลจะได้รับการฝึกฝนอย่างเข้มข้นในรายวิชาทุกชั้นปี ส่งผลให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งทักษะการแก้ปัญหาที่สูงขึ้น⁵ ทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ส่งผลให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงานในการเรียนชั้นปีที่สูงขึ้น

การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรกเป็นช่วงเวลาที่ทำนายสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญสถานการณ์จริงที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นศักยภาพของบุคคลในการจัดการปัญหาอุปสรรค หรือสถานการณ์ตึงเครียดที่เผชิญเหมาะสม⁶ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบเจอทั้งในสถานการณ์จำลอง และการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย⁷ การขึ้นฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความกดดันและความเครียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น⁸ หากนักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีสัมพันธภาพของครอบครัวและฐานะทางการเงินที่ดี มีการสนับสนุนทางสังคมทำให้สามารถในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้อาจจัดการสถานการณ์ปัญหา และเพิ่มความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล^{2,7,9} นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญในการวางรากฐานชีวิตช่วยเหลือหลอมพฤติกรรมของนักศึกษา ถ้านักศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้สามารถเผชิญและจัดการปัญหาต่าง ๆ และมีแรงจูงใจส่งเสริมความสำเร็จในสิ่งต่าง ๆ ได้¹⁰

สถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครมีบทบาทสำคัญในการร่วมผลิตบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและเปิดโอกาสทางการศึกษาพยาบาล เพื่อรองรับความต้องการด้านสาธารณสุขให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ซึ่งค่าครองชีพในการเรียนสถาบันเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากกว่าสถาบันของรัฐ อาจทำให้นักศึกษาและครอบครัวได้รับผลกระทบจากค่าใช้จ่ายในการเรียนสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ รวมถึงประสิทธิภาพในการเรียนได้เช่นกัน¹¹ นอกจากนี้การตั้งอยู่ในเมืองหลวงที่มีความหนาแน่นและการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบอาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น ปัญหาด้านมลพิษต่าง ๆ สภาพแวดล้อมที่แออัดและขาดพื้นที่สีเขียว อารมณ์เครียดและการพักผ่อนส่งผลต่อสุขภาพจิต และความเครียดของนักศึกษา¹²

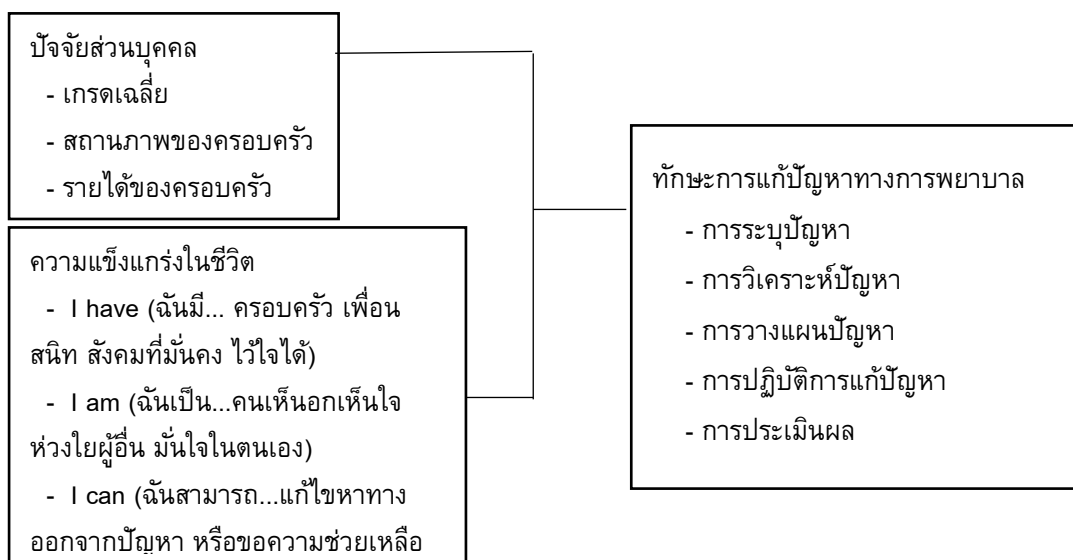
จะเห็นได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิต และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมีความสำคัญสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก แต่การศึกษาดังกล่าวในมหาวิทยาลัยเอกชนยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าว เพื่อนำมาเป็นแนวทางรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวางแผนส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงนำมาพัฒนาการเรียนการสอนที่เสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการเตรียมพร้อมนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอกชนในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อม ทั้งด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะปฏิบัติและแก้ปัญหาทางการพยาบาล รวมถึงความพร้อมด้านจิตใจ ป้องกันการเกิดความเครียดและความกดดันในการฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก
3. ศึกษาความสัมพันธ์ความแข็งแกร่งในชีวิตกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก
4. ศึกษาปัจจัยทำนายต่อทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Grotberg (1995)⁶ คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นศักยภาพของบุคคลในการจัดการปัญหาอุปสรรคหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) I have (ฉันมี...) หมายถึง แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต เช่น ครอบครัวที่มั่นคง เพื่อนสนิทที่ไว้วางใจ หรือชุมชนที่มั่นคงเชื่อใจได้ 2) I am (ฉันเป็น...) หมายถึง เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล เช่น เป็นคนที่รู้จักเห็นอกเห็นใจ ห่วงใยคนรอบข้าง เชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น และ 3) I can (ฉันสามารถ...) เป็นทักษะในการจัดการปัญหา เช่น สามารถแก้ไขหรือหาทางออกกับปัญหาที่เผชิญอยู่ ร่วมกับกรอบแนวคิดทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาล 5 ด้านของ Johnson, Davis, Lawbaugh และ Hurst³ ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูล 2) การประเมินปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ประจำปีการศึกษา 2566

ตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 48 คน¹³ แต่เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาพยาบาลให้นักศึกษา คณะผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 55 คน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ นักศึกษาพักการเรียนระหว่างภาคการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย สถานภาพของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความแข็งแกร่งในชีวิต รวมทั้งฉบับ จำนวน 28 ข้อ คณะผู้วิจัยได้ขอใช้เครื่องมือของพัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน และทัศน ทวีคุณ¹⁴ พัฒนาตามแนวคิด Resilience ของ Edith Henderson Grotberg⁶ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต 2) I am (ฉันเป็นคน...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ 3) I can (ฉันสามารถที่จะ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ส่วนที่ 3 ทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 26 ข้อ ผู้วิจัยได้ขอใช้เครื่องมือของสุจิรา วิเชียรรัตน์และคณะ³ แบ่งเป็น 5 ด้าน

ดังนี้ 1) การระบุปัญหา 2) การวิเคราะห์ปัญหา 3) การวางแผนการแก้ปัญหา 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัด 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน จำนวน 30 คน พบว่า

1. แบบสอบถามความแข็งแรงในชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .98

2. แบบสอบถามทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .94³ ความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ระหว่าง .74-.84 ดังนี้ 1) การระบุปัญหา เท่ากับ .91 2) การวิเคราะห์ปัญหา เท่ากับ .90 3) การวางแผนการแก้ปัญหา เท่ากับ .96 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา เท่ากับ .91 และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา เท่ากับ .91

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เลขที่ NS 9/2566 (รหัสโครงการวิจัย NS1-09-2566-29) อนุมัติวันที่ 29 ตุลาคม 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยส่งหนังสือแจ้งรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ประสานงาน ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับคณบดี อาจารย์ประจำชั้น และอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา

2. ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ และแนวทางการวิจัย ตัวอย่างลงนามหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำแบบสอบถามรวมทั้งสิ้น 3 ชุด ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

3. คณะผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเองและดำเนินการตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทุกฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คำนวณความแข็งแรงในชีวิต และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลภาพรวมและรายด้านโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าคะแนนต่ำสุด และค่าคะแนนสูงสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่า ความแข็งแรงในชีวิต มีค่า .098 ($p>.05$) และทักษะการแก้ปัญหา มีค่า .064 ($p>.05$) แจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Pearson's product moment correlation

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายข้อมูลส่วนบุคคลความแข็งแรงในชีวิต และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ใช้สถิติ Multiple regression analysis แบบ Enter กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบหาค่า Tolerance อยู่ในช่วง .529-.911 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.098-1.889 แสดงว่า ตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน และค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.899 ไม่เกิด autocorrelation หรือข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.5 อายุอยู่ในช่วง 20-22 ปี เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.25–3.95 เกรดเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.83 สถานภาพทางครอบครัวส่วนใหญ่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 52.7 และรองลงมา คือ พ่อแม่หย่าร้าง ร้อยละ 25.5 รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 20,000–30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 19.1 รองลงมา คือ 30,000–40,000 บาท เท่ากับ 40,000–50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 16.0

2. ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.27$, $SD=0.40$) เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้าน

พบว่า I am (ฉันเป็น...) ($\bar{X}=4.36$, $SD=0.42$) มีคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือ I have (ฉันมี...) ($\bar{X}=4.35$, $SD=0.44$) และ I can (ฉันสามารถ...) ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.43$) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

3. ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.82$, $SD=0.45$) เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้าน พบว่าคะแนนการปฏิบัติการแก้ปัญหา ($\bar{X}=4.89$, $SD=0.65$) มีค่าสูงที่สุด รองลงมาคือ การระบุปัญหา ($\bar{X}=3.91$, $SD=0.46$) การประเมินผล ($\bar{X}=3.84$, $SD=0.48$) การวางแผนปัญหา ($\bar{X}=3.78$, $SD=0.60$) และ การวิเคราะห์ปัญหา ($\bar{X}=3.65$, $SD=0.55$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดของคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิต และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล (N=55คน)

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD	ระดับ
ความแข็งแกร่งในชีวิต					
โดยรวม	3.29	4.93	4.27	0.40	มาก
I have (ฉันมี...)	3.33	5.00	4.35	0.44	มาก
I am (ฉันเป็นคนที่...)	3.10	5.00	4.36	0.42	มาก
I can (ฉันสามารถที่จะ...)	3.00	5.00	4.09	0.43	มาก
ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล					
โดยรวม	2.78	4.78	3.82	0.45	มาก
การระบุปัญหา	3.00	4.60	3.91	0.46	มาก
การวิเคราะห์ปัญหา	2.50	4.75	3.65	0.55	มาก
การวางแผนปัญหา	2.20	5.00	3.78	0.60	มาก
การปฏิบัติการแก้ปัญหา	2.33	5.00	4.89	0.65	มาก
การประเมินผล	2.33	5.00	3.84	0.48	มาก

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 5 คะแนนทุกด้าน

4. ความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งในชีวิตกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานหออผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r=.639, p < .001$) และเมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า การระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนปัญหา การปฏิบัติการแก้ปัญหา และการประเมินผลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ I have (ฉันมี....) I am (ฉันเป็นคน....) และ I can (ฉันสามารถที่จะ....) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้านกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลรายด้านของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานหออผู้ป่วยเป็นครั้งแรก (N=55 คน)

ตัวแปร	I have	I am	I can
การระบุปัญหา	.564*	.534*	.532*
การวิเคราะห์ปัญหา	.445*	.564*	.489*
การวางแผนปัญหา	.443*	.452*	.465*
การปฏิบัติการแก้ปัญหา	.384*	.490*	.513*
การประเมินผล	.502*	.518*	.457*

* $p < .01$

5. ปัจจัยที่ทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต เกรดเฉลี่ย สถานภาพของครอบครัว และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวสามารถร่วมทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 38 ($R^2=0.380, p<.001$) โดยปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานหออผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\beta=.644, p < .01$) ส่วนเกรดเฉลี่ย สถานภาพของครอบครัว และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานหออผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 รายละเอียดดังตาราง 3 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในรูปคะแนนดิบและคะแนน

มาตรฐาน คือ:

$Y = .008 + .727 \text{ ความแข็งแกร่งในชีวิต} + .241 \text{ เกรดเฉลี่ย} + .095 \text{ อยู่ด้วยกัน} - .107 \text{ แยกกันอยู่} - .001 \text{ บิดา/มารดา เสียชีวิต} + .023 \text{ 10,000–20,000} - .121 \text{ 20,000–30,000} + .075 \text{ มากกว่า 40,000}$

$Z = .644 \text{ ความแข็งแกร่งในชีวิต} + .198 \text{ เกรดเฉลี่ย} + .107 \text{ อยู่ด้วยกัน} - .062 \text{ แยกกันอยู่} - .001 \text{ บิดา/มารดา เสียชีวิต} + .023 \text{ 10,000–20,000} - .124 \text{ 20,000–30,000} + .052 \text{ มากกว่า 40,000}$

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายต่อทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (N=55)

ปัจจัย	B	SE _b	β	t	p-value
ค่าคงที่	.008	.705	-	.011	.991
ความแข็งแกร่งในชีวิต (X1)	.727	.128	.644	5.697	.000
เกรดเฉลี่ย (X2)	.241	.137	.198	1.760	.085
สถานภาพของครอบครัว					
อยู่ด้วยกัน (X3)	.095	.117	.107	.815	.419
แยกกันอยู่(X4)	-.107	.240	-.062	-.445	.659
บิดา/มารดา เสียชีวิต (X5)	-.001	.161	-.001	-.008	.994
รายได้ของครอบครัว					
10,000 – 20,000(x6)	.023	.128	.023	.178	.859
20,000 – 30,000 (X7)	-.121	.126	-.124	-.956	.344
มากกว่า 40,000 (X8)	.075	.209	.052	.356	.724
R=0.687, R ² =0.472, Adjusted R ² =0.380, F _(8,46) =5.143, p<.01					

อภิปรายผล

1. ความแข็งแกร่งในชีวิตนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรกโดยรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอภิปรายผลการศึกษได้ว่า หากนักศึกษาที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะรับรู้ความสามารถของตนเอง กำหนดเป้าหมายของตนเองชัดเจน¹⁷ ปรับตัวได้ดี เรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต รวมถึงกระบวนการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียน ทำให้สามารถเผชิญปัญหา ความท้าทายจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดในหอผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้จากมหาวิทยาลัยไปสู่การเรียนบนหอผู้ป่วยได้ดี¹⁶

2. ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลการศึกษาได้ว่า นักศึกษาสามารถประเมิน วิเคราะห์ วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่ตนเองได้รับมอบหมายได้ เนื่องจากมีการสอบปฏิบัติก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ¹² และในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้รับบริการมีอาจารย์ประจำกลุ่มและพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยคอยกำกับดูแล เป็นปัจจัยที่ทำให้ นักศึกษาสามารถปฏิบัติการแก้ปัญหาได้¹⁷

เมื่อพิจารณารายด้าน ประกอบด้วย การระบุปัญหา การปฏิบัติการแก้ปัญหา การวางแผนปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินผล อยู่ในระดับ

มากทั้งสิ้น ซึ่งทั้ง 5 ด้านนี้นักศึกษาต้องนำความรู้ในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากผู้รับบริการ ซึ่งการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์¹⁹ และสติปัญญาของบุคคลนั้นๆ โดยอาศัยความรู้ทักษะทางปัญญาร่วมด้วย²⁰

3. ศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแกร่งในชีวิตกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก

ผลการศึกษา พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่สามารถเผชิญ และจัดการกับสถานการณ์ปัญหาทางการพยาบาลได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรก²¹ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและส่งผลให้ปฏิบัติการพยาบาลได้มีประสิทธิภาพในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกได้²²

4. ปัจจัยทำนายต่อทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($\beta=.644, p<.01$) อธิบายได้ว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสูง มีแนวโน้มที่จะมีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสูง อาจเนื่องมาจากนักศึกษาได้พบเจอปัญหาความท้าทายโดยเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองในภาคทฤษฎี และปฏิบัติเสมือนจริง มีการประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลทำให้สามารถจัดการและแก้ปัญหาได้ดี¹⁸

เกรตเจสีย เป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 อาจเนื่องมาจากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยครั้งแรกของนักศึกษาจะมีอาจารย์และพี่เลี้ยงประจำหอผู้ป่วยดูแลมีการสาธิตเป็นตัวอย่างก่อนที่จะให้นักศึกษาปฏิบัติได้จริง²³ และเป็นการเรียนรู้จากสภาพจริง

สถานภาพของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยทำนายทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 เนื่องมาจากทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจะได้รับการฝึกทักษะจากการเรียนในห้องเรียน และการฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยโดยตรง⁹ จึงอาจไม่มีผลกระทบต่อนักศึกษา แต่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจจากแรงสนับสนุนทางครอบครัว⁵ รวมถึงรายได้ของครอบครัว อาจมีผลกระทบต่อการเข้าถึงทรัพยากรการศึกษา ความเครียด และส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้เช่นกัน²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะพบในการทำงานบนหอผู้ป่วยทั้งในรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในห้องปฏิบัติการ การฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่เหมาะสม และเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เตรียมความพร้อมสู่การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

มหาวิทยาลัยหรืออาจารย์คณะพยาบาล
ศาสตร์ ควรส่งเสริมกิจกรรมพัฒนานักศึกษา รวมถึง
การเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแกร่งใน
ชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาทางการ
พยาบาลให้นักศึกษามีความพร้อมในการขึ้นฝึก
ปฏิบัติในรายวิชาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อทักษะการ
แก้ปัญหาทางการพยาบาล เพื่อช่วยวางแผนเตรียม
ความพร้อมให้แก่นักศึกษาในรายวิชาอื่น ๆ ต่อไป

References

1. Choodum N, Lohitthai S, Chomket NC. Competencies of Professional Nurses in the Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):31-8. (in Thai).
2. Thanyasawad T, Photheidara Y, Pukemayung L, Wuttisartkul Y, Nualthaisong N. Factors related to the readiness for nursing practice of nursing students. Journal of Nursing and Health. 2022;4(2):1-13. (in Thai).
3. Wichianrat S, Kruttakart S, Rungnoi N, Traetulakarn W, Chakrabhand S. Comparison of opinions regarding problem-solving skill among nursing student at Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. J NAT North. 2018;24(2):96-107. (in Thai).
4. Hurst K. Problem-solving in Nursing Practice. London: Press; 1993.
5. Turner K, Leungratanamart L, Niranrat S, Jarnarerux J, Wattanakul B, Reunreang T. Twenty first century skills of nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):178-93. (in Thai).
6. Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. [internet]. 1995 [cited 2024 Feb 29]. Available from: <https://bibalex.org/baifa/en/resources/document/283337>.
7. Noppasod P, Titawattanukul A, Klinthong N. Selected factors related to resilience among university nursing students in Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(2):1-10. (in Thai).
8. Kaewmanee P, Samoh W, Srisangkaew S, Damruk P. Factors related to resilience in nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala. Nursing Public Health and Education Journal. 2021;19(3):156-92. (in Thai).
9. Aryuwat P, Holmgren J, Asp M, Lövenmark A, Radabutr M, Sandborgh M. Factors associated with resilience among thai nursing students in the context of clinical education: A cross-sectional study. Educ. Sci. 2024;14:78. doi: 10.3390/educsci14010078
10. Sudhimolibodhi M. Characteristics of individuals with Achievement Motivation. Buddhist Psychology Journal. 2020;5(2):12-17. (in Thai).
11. Vichitvatee S. Selected Factors Affecting Academic Achievement in Nursing Professional of Students at Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University. Journal of Nursing and Education. 2018;11(1):81-97.
12. Dutjawan K, Pannarong K, Tongthong K, Namkhot T. Factors Affecting Learning Achievement of Nursing Students,

- Chalermkamchana University, Sisaket. CNU Academic Journal. 2017;4(2):117-25. (in Thai).
13. Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10. doi: 10.1177/00131644700300030.
 14. Nintachan P, Thanoi W, Sangon S, Pattanama M, Intharaksa C. Factors Predicting Resilience In Underprivileged Adolescents. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2017;31(1):13-28. (in Thai).
 15. Prommapun B. Techniques for Data Interpreting for Using Correlation and Regression in Research. STOU Education Journal. 2018;11(1):32-45. (in Thai).
 16. Wongnoi A, Nintachan P, Sangon S. The relationships of resilience, practical problems on the ward and social support to stress among nursing students. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2021;35(2):73-94. (in Thai).
 17. Wongsare C. Clinical teaching in adult nursing practicum course for generation z collegian. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2015;31(2):130-40. (in Thai).
 18. Shokebumroong K, Wonggom P, Suwittawat C. Self-perceived nursing competencies of the second-year nursing students in adult health nursing practice course I at the Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Journal of Nursing Science & Health. 2021;44(2):72-85. (in Thai).
 19. Thoin P, Khoyun S, Thipsungnean T. Teaching nursing students to problem solving. Journal of Research and Curriculum Development. 2021;11(1):1-12. (in Thai).
 20. Intarakumhang na Rachasima S, Rueangrit P. Variables affecting nursing skill of nursing students in Boromarajonani College of Nursing Swanpracharak Nakhonsawan. Nursing Public Health and Education Journal. 2016;17(3):106-12. (in Thai).
 21. Aananchaipattana N, Ppechkwang D, Kansompoj K, Kansompoj K. Factors related to resilience in nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. Nursing Public Health and Education Journal. 2021;19(2):106-19. (in Thai).
 22. Jamjang S, Atthamatakul W, Nilliaum R, Wongyara N. The effects of simulation-based learning on problem-solving ability and self-confidence in nursing care on the patient with the health problems of nursing students. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3):178-94. (in Thai).
 23. Chunchomgul C, Wangsukpisan A. Factors Related to The Performance of Clinical Practice for Patient Safety Among Nursing Students. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020; 28(4):100-13. (in Thai).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย* นพโรจน์ วงศ์พัชรจรัส* ณัฐศศิ จิตติภาสวัจน์*

บทคัดย่อ

บทนำ : คุณภาพการบริการของคลินิกฝังเข็มเป็นสิ่งสำคัญในระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ส่งเสริมให้ผู้มารับบริการเข้าถึงบริการที่ดีและมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการคลินิก จำนวน 240 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล สภาวะสุขภาพกาย ทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม คาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม และคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบไคว์สแควร์ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย : ระดับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลแห่งหนึ่งอยู่ในระดับดี และทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม สิทธิการรักษา และภาวะสุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

สรุปผล : ทัศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม สิทธิการรักษา และภาวะสุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นควรมีการพัฒนากลยุทธ์การให้บริการที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

คำสำคัญ : คุณภาพ บริการ คลินิกฝังเข็ม กรุงเทพมหานคร

* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ธัญวรรณ เกิดดอนทราย, E-mail: thanyawon1134@gmail.com

The factors influenced the service quality received by patients at an acupuncture clinic at a hospital in Bangkok

Thanyawan Kerddonsai* Nopparote Wongpatcharajarus* Natthasasi Thitipassawaj*

Abstract

Background: The quality of service at acupuncture clinics plays a crucial role in the Thai traditional and alternative medicine system to promote access to high-quality patient care.

Objectives: This study aimed to assess the level of service quality at an acupuncture clinic and to examine the factors that influenced the service quality received by patients at an acupuncture clinic at a hospital in Bangkok.

Methods: This research was a cross-sectional analytical study. Simple random sampling was used to select 240 samples aged 18 and above who received services at the hospital's acupuncture clinic in Bangkok. The research instruments included personal factors, physical health conditions, attitudes toward acupuncture treatment, expectations of acupuncture treatment outcomes, knowledge about acupuncture treatment, and the quality of service at the acupuncture clinic questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and stepwise multiple regression analysis.

Results: The quality of service at a hospital's acupuncture clinic was high. Attitudes toward acupuncture treatment, knowledge about acupuncture treatment, treatment rights, and physical health conditions were significant factors influencing the quality of service at the hospital's acupuncture clinic in Bangkok ($p\text{-value} < 0.05$).

Conclusions: Attitudes, knowledge about acupuncture treatment, treatment rights, and physical health status of clients influenced the quality-of-service utilization at the acupuncture clinic of a hospital in Bangkok. Therefore, strategies should be developed to enhance service delivery, ensuring the public has comprehensive access to these services.

Keywords: service, quality, acupuncture clinic, Bangkok

* Faculty of Public Health, Bangkokthonburi University

Corresponding Author: Thanyawan Kerddonsai, E-mail: thanyawan1134@gmail.com

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทย ที่มีการให้ความสำคัญกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติการบริการที่เป็นเลิศ กลยุทธ์พัฒนาคุณภาพบริการ และแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีมาตรฐาน¹ ข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกด้านศาสตร์การรักษามังเขิมนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 ร้อยละ 40.80², 31.72³, 28.93⁴, และ 29.66⁵ ตามลำดับ

การแพทย์แผนจีนเข้ามามีบทบาทร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพของคนไทยมากกว่า 200 ปี ศาสตร์การแพทย์แผนจีนประกอบด้วย การใช้ยาจีน การฝังเข็มและการนวดทุยหนาเป็นหลัก จากนโยบายและแผนสาธารณสุขฉบับปัจจุบันทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวในศาสตร์การแพทย์ทางเลือกในสังคมไทย เริ่มต้นจากการนำสมุนไพรมาใช้ การรื้อฟื้นภูมิปัญญาการแพทย์แบบพื้นบ้านไปจนถึงการแสวงหารูปแบบวิธีการรักษาแบบต่าง ๆ จากต่างประเทศมาใช้อย่างหลากหลาย⁶ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกกล่าวว่า การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกยังมีความจำเป็นต่อระบบสาธารณสุขของโลก ในบางประเทศการแพทย์แผนดั้งเดิมเป็นหัวใจหลักในการให้บริการด้านสาธารณสุขระดับชาติ และในบางประเทศการแพทย์พื้นบ้านเป็นสิ่งที่มีการให้บริการเสริมร่วมกับการให้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน⁷ นอกจากนี้รายงานวิจัยในต่างประเทศ

สนับสนุนว่าการใช้การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือกมีต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ต่ำกว่าการใช้การรักษาแบบแผนปัจจุบัน⁸

ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการแพทย์แผนจีน ได้แก่ คุณภาพการให้บริการ เช่น ด้านคุณภาพสิ่งที่จับต้องได้ ด้านความน่าเชื่อถือ ด้านการตอบสนองของพนักงาน ด้านการเอาใจใส่และด้านความไว้วางใจ รวมทั้งกระบวนการตัดสินใจของผู้ใช้บริการแพทย์แผนจีน เช่น ด้านค้นหาข้อมูล การประเมินผลทางเลือกและการตัดสินใจ ด้านการรับรู้ปัญหาและพฤติกรรมภายหลังการใช้บริการ⁹ และจากการศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยของกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงและปานกลาง⁹ และทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ภาวะสุขภาพกาย และสิทธิการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁰

นอกจากนี้ พบว่า บุคลากรแพทย์แผนไทยมีไม่เพียงพอ ระบบเทคโนโลยีที่ล้าสมัย ปัญหาการขาดทุน ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการทำได้ค่อนข้างยากลำบาก และประชาชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรไทยอย่างถูกต้องเป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดการบริการสุขภาพแพทย์แผนไทย¹¹ แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งการศึกษาการมารับบริการคลินิกฝังเข็มในกรุงเทพมหานครที่มีบริบทหลายอย่างต่างกับจังหวัดอื่น ดังนั้นผู้วิจัยนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

คุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพบริการแก่ผู้เข้ารับบริการของคลินิกฝังเข็มให้เป็นที่พึงพอใจมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะทางด้านการฝังเข็มของกรุงเทพมหานครให้มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ทักษะคิดต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการ

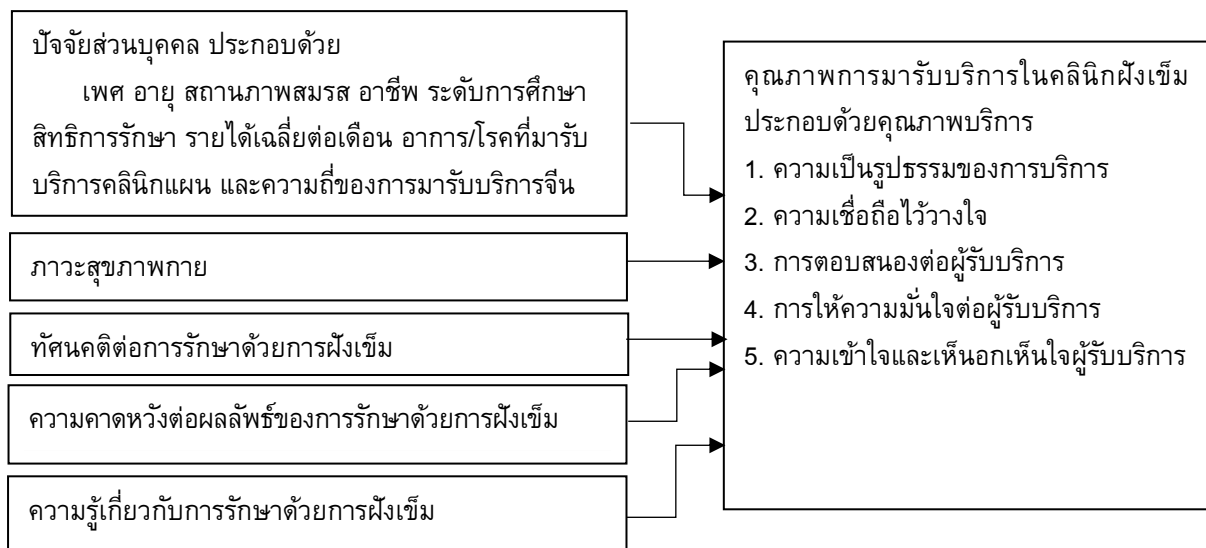
ฝังเข็มของผู้มารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำแนวคิดของพาราสุรามาน ซีแทมส์และเบอร์รี่¹² มาประยุกต์ใช้ ดังกรอบแนวคิดที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเมษายน 2567

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้รับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการในคลินิกฝังเข็ม และเคยมารับบริการแล้วไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 1,072 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการในคลินิกฝังเข็ม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel¹³ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 240 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ ตัวอย่างมารับบริการที่คลินิกฝังเข็มไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง และสามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี เกณฑ์การคัดออก ตัวอย่างมีอาการป่วยฉุกเฉินหรือไม่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงเวลาระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิการรักษา จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามสภาวะสุขภาพกาย ผู้วิจัยสร้างจากการศึกษาแนวคิดเรื่องมุมมองภาวะสุขภาพของ Smith "Smith's Model of Health"¹⁴ และปียาภรณ์ พงษ์ประยูร¹⁰ โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม สร้างจากการศึกษาทฤษฎีความสัมพันธระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของ Rogers¹⁵ การยอมรับปฏิบัติ หรือ KAP-GAP และการประเมินทัศนคติแบบมีทิศทาง (Direction) แบบสอบถามมีทั้งข้อคำถามเชิงบวก (Positive items) และข้อคำถามเชิงลบ (Negative item) ของชลอรัตน์ ศิริเชตรกรรณ์¹⁶ จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Summated Rating Scale)

4) แบบสอบถามคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม สร้างจากการศึกษาทฤษฎีความคาดหวังของ Vroom¹⁷ และปียาภรณ์ พงษ์ประยูร¹⁰ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม สร้างจากทฤษฎีความรู้ของ Bloom¹⁸ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยรวมคะแนนทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ถ้าตอบถูกต้อง 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-15 คะแนน และ 6) แบบสอบถามคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม สร้างจากแนวคิดคุณภาพบริการ Servqual Model ของ Parasuraman, Zeithaml และ Berry¹² และ ปียาภรณ์ พงษ์ประยูร¹⁰ โดยเป็นแบบสอบถามแบบปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งสอบถามออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความเชื่อถือไว้วางใจ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ 5) ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ทั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านแพทย์แผนไทยและด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องทางภาษาหาค่า IOC พบว่า คำถามทุกข้อมีค่าเกิน 0.60 ขึ้นไป และปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ให้บริการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁹ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อขอให้ช่วยประสานกับตัวอย่างจากการสุ่มรายชื่อ

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจง วัตถุประสงค์และขออนุญาตแก่ตัวอย่างที่มารับบริการตามนัดที่ได้ประสานโดยเจ้าหน้าที่แล้ว พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากตัวอย่างเซ็นชื่อให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi square สำหรับตัวแปรที่อยู่ในมาตรวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) หรือมาตรวัดแบบเรียงลำดับ (Ordinal scale) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สำหรับตัวแปรที่อยู่ในมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) หรือมาตรวัดแบบอัตราส่วน (Ratio scale) และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี เอกสารรับรอง 7/2567 รหัสโครงการเลขที่ 16/2566 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ทศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้มารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ดังนี้

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 70.4 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 59.1 ร้อยละ 37.1 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน ร้อยละ 28.3 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.0 ใช้สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 49.6 ตัวอย่างเข้ารับการรักษากลุ่มอาการปวดและโรคระบบกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ ร้อยละ 61.6 และความถี่ของการมารับบริการในกลุ่มอาการปวดและโรคระบบกล้ามเนื้อ จำนวน 185 ครั้ง/คน

1.2 ระดับภาวะสุขภาพกายของตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3

1.3 ระดับทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็มกับคุณภาพของตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.5 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4

1.4 ระดับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของ
ตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
62.5 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.6

1.5 ระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย
การฝังเข็มกับคุณภาพการของตัวอย่าง พบว่า
อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 รองลงมาอยู่
ในระดับดี ร้อยละ 36.2

2. ผลของคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม

พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 เมื่อจำแนก
รายด้าน พบว่า คุณภาพการบริการทุกด้านอยู่ใน
ระดับมาก ดังนี้ 1) ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ 2)
ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ 3)
ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ 4) ด้านการ
ให้ความมั่นใจต่อผู้รับบริการ และ 5) ด้านการ
ตอบสนองต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 82.5, 77.1, 76.7,
74.2, และ 70.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามคุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มของตัวอย่าง (n=240)

คุณภาพบริการคลินิกฝังเข็ม	จำนวน	ร้อยละ
	มาก	ปานกลาง
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ		
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	168	70.0
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	54	22.5
ระดับน้อย (5-14 คะแนน)	18	7.5
ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ		
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	185	77.1
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	48	20.0
ระดับน้อย (5-14 คะแนน)	7	2.9
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ		
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	184	76.7
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	47	19.6
ระดับน้อย (5-14 คะแนน)	9	3.7
การให้ความมั่นใจต่อผู้รับบริการ		
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	178	74.2
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	58	24.2
ระดับน้อย (5-14 คะแนน)	4	1.6
ความเชื่อถือไว้วางใจ		
ระดับมาก (20-25 คะแนน)	198	82.5
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	39	16.3
ระดับน้อย (5-14 คะแนน)	3	1.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับน้อย ได้แก่ ภาวะสุขภาพกาย ($r=0.24$) ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม ($r=0.17$) และความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ($r=0.24$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลาง ได้แก่ ทักษะการดูแลสุขภาพด้วยการฝังเข็ม ($r=0.35$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ($p\text{-value}>0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ต่อเดือน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของตัวอย่าง ($n=240$)

ตัวแปร	คุณภาพบริการคลินิกฝังเข็ม		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	แปลผลระดับความสัมพันธ์
- ภาวะสุขภาพกาย	0.24	0.001**	น้อย
- ทักษะการดูแลสุขภาพด้วยการฝังเข็ม	0.35	0.001**	ปานกลาง
- ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม	0.17	0.041*	น้อย
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม	0.24	0.032*	น้อย

* p-value < 0.05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม พบว่า ทักษะการดูแลสุขภาพด้วยการฝังเข็ม ($Beta=0.430$), ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ($Beta=0.132$) สิทธิการรักษา ($Beta=0.121$) และภาวะ

สุขภาพกาย ($Beta=0.107$) มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ($n=240$)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE _B	Beta	t	p-value
- ทักษะการดูแลสุขภาพด้วยการฝังเข็ม	0.468	0.053	0.430	8.845	0.000
- ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม	0.106	0.036	0.132	2.916	0.004
- สิทธิการรักษา	0.090	0.033	0.121	2.705	0.007
- ภาวะสุขภาพกาย	0.099	0.033	0.107	2.297	0.022
- ค่าคงที่	0.691	0.168		4.123	0.003

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพกาย ทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความคาดหวัง ต่อผลลัพธ์ของการรักษาด้วยการฝังเข็ม และ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็มของผู้มา รับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับ การศึกษา อาชีพ และรายได้ อาจส่งผลต่อการ ตัดสินใจเข้ารับบริการฝังเข็มและทัศนคติในการ รักษา กลุ่มผู้สูงอายุมักจะเข้ารับบริการฝังเข็มเพื่อ บรรเทาอาการปวดเรื้อรังหรืออาการเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับอายุ ภาวะสุขภาพกายของผู้มารับ บริการมีผลต่อความถี่และความต่อเนื่องในการเข้า รับการรักษา ทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ทัศนคติของผู้รับบริการเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ การตัดสินใจเข้ารับบริการ ผู้รับบริการที่มีทัศนคติ ในเชิงบวก เช่น ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและ ความปลอดภัยของการรักษาด้วยการฝังเข็ม จะมีการรับบริการมากกว่า นอกจากนี้ทัศนคติที่ดี สามารถสร้างความไว้วางใจในกระบวนการรักษา และส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ความคาดหวังต่อ ผลลัพธ์ของการรักษาความคาดหวังของผู้รับบริการ เกี่ยวกับผลลัพธ์จากการฝังเข็มมีอิทธิพลต่อความ พึงพอใจและการประเมินคุณภาพการรักษา หาก ผู้รับบริการมีความคาดหวังว่าการฝังเข็ม จะสามารถบรรเทาอาการหรือรักษาอาการได้ตามที่ ต้องการ โดยคาดหวังว่าผลการรักษาต้องดีขึ้น ตั้งแต่ครั้งแรกและยังยินดีที่จะมารับรักษาต่อเนื่องหาก ผลการรักษาดีมีแนวโน้มที่ดีขึ้น²⁰ ความรู้เกี่ยวกับการ รักษาด้วยการฝังเข็มความรู้เกี่ยวกับการฝังเข็ม เช่น หลักการทำงานของ การรักษา ประโยชน์ ข้อจำกัด และความเสี่ยง มีผลต่อการตัดสินใจ และการประเมินผลการรักษา ผู้รับบริการที่มีความรู้ที่ดีจะมีทัศนคติในเชิงบวกและมีความ มั่นใจในการรักษามากกว่า²² นอกจากนี้การให้

ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้องยังช่วยลดความกังวล และเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา สอดคล้อง กับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร¹⁰ ศึกษาคุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มของ โรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัด สุพรรณบุรี ที่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน สิทธิการรักษา ภาวะสุขภาพกาย ทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความ คาดหวัง ต่อผลลัพธ์ ของ การรักษา ด้วย การฝังเข็มกับคุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มของ โรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัดสุพรรณบุรี

2. ระดับคุณภาพการรับบริการคลินิก ฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ระดับการ รับรู้คุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มทุกด้านส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ซึ่งการรับรู้ของตัวอย่างเป็นปัจจัย สำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการ เนื่องจาก เป็นการสะท้อนถึงประสบการณ์และความพึงพอใจที่ ได้รับ การรับรู้จึงทำหน้าที่เป็นตัวแทนในการ ทำนายว่าผู้ใช้บริการมองว่าบริการนั้นมีคุณภาพดี เพียงใด การจัดการระบบความรู้และทัศนคติของ ผู้รับบริการ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิการรักษา สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของคลินิกให้ดีขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการสอดคล้อง กับการศึกษาของ ปิยาภรณ์ พงษ์ประยูร¹⁰ การศึกษาคุณภาพบริการคลินิกฝังเข็มของ โรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัด สุพรรณบุรี พบว่า ระดับคุณภาพบริการของผู้รับบริการ คลินิกฝังเข็มโรงพยาบาลภาครัฐ ในจังหวัด สุพรรณบุรีอยู่ในระดับมาก

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการรับ บริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ใน กรุงเทพมหานคร พบว่า ทัศนคติต่อการรักษาด้วย การฝังเข็ม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย

การฝังเข็ม สิทธิการรักษา และภาวะสุขภาพกายมีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็มของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็มมีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม ($\text{Beta}=0.430$, $p\text{-value}<0.05$) เนื่องจากทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทำให้ผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะมารับบริการต่อเนื่อง เพราะความเชื่อและความรู้สึกเชิงบวกนำไปสู่การไว้วางใจในบริการ ซึ่งถ้าผู้รับบริการที่มีทัศนคติว่าการฝังเข็มเป็นวิธีการรักษาที่ปลอดภัย และได้ผลต่อการตัดสินใจและความพร้อมที่จะใช้บริการ เนื่องจากความเชื่อและประสบการณ์ที่ผ่านมา¹⁰ โดยเฉพาะการรับรู้หรือทัศนคติเชิงบวกบอกเป็นการสะท้อนถึงประสบการณ์และความพึงพอใจที่ได้รับบริการ²⁰ และผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณภาพการให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและระดับดีมาก ร้อยละ 90.6^{21,22} ที่จะนำไปสู่ทัศนคติที่ดีต่อการมารับบริการฝังเข็ม

ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม ($\text{Beta}=0.132$, $p\text{-value}<0.05$) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็มมีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม เนื่องจากผู้ที่มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษามีแนวโน้มที่จะรู้สึกมั่นใจและมีความเข้าใจในกระบวนการรักษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณฐกานต์ คงธรรม²² ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ($\text{Beta} = 0.24$) สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้บริการแพทย์แผนไทยร้อยละ 9.60 ($R^2=0.096$)

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสิทธิการรักษา ($\text{Beta}=0.121$) พบว่า สิทธิการรักษามีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม เนื่องจากเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการ ผู้รับบริการที่มีสิทธิเข้ารับบริการโดยไม่ต้องกังวล

เรื่องค่าใช้จ่ายจะรู้สึกว่าจะสามารถรับบริการได้อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงินช่วยเพิ่มคุณภาพการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่อง สิทธิการรักษาที่ครอบคลุมจึงช่วยให้ผู้รับบริการไม่ต้องลังเลในการเข้ารับบริการเมื่อจำเป็นส่งผลให้การรักษามีประสิทธิผลมากขึ้น^{14,23}

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพกาย ($\text{Beta}=0.107$) พบว่า ภาวะสุขภาพกายมีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการคลินิกฝังเข็ม เนื่องจากภาวะสุขภาพกายหรือปัญหาสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการมองหาวิธีที่ตอบโจทย์การรักษา การฝังเข็มเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพบางประเภท เช่น อาการปวดเรื้อรัง ผู้รับบริการที่ต้องการบรรเทาอาการเหล่านี้มักจะเลือกใช้บริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เมื่อสุขภาพกายของผู้รับบริการดีขึ้นจากการรักษา ความพึงพอใจที่ได้รับจะทำให้พวกเขากลับมาใช้บริการซ้ำ รวมถึงแนะนำบริการให้กับผู้อื่นต่อไป¹⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการมารับบริการ ได้แก่ ทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการฝังเข็ม สิทธิการรักษา และภาวะสุขภาพกาย จากเหตุผลดังกล่าว การพัฒนากลยุทธ์การให้บริการและปรับปรุงกระบวนการให้บริการ เช่น การเพิ่มข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการฝังเข็ม การแนะนำสิทธิการรักษา และการดูแลผู้ป่วยตามสภาพสุขภาพกายที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนการออกแบบนโยบายสามารถใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบนโยบายสุขภาพ หรือการจัดการสิทธิประโยชน์ในการรักษาที่ครอบคลุมมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

คุณภาพบริการในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการด้านทัศนคติต่อการรักษาด้วยการฝังเข็ม นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิทธิการรักษาและปัจจัยทางด้านรายได้ เช่น การออกหน่วยฝังเข็มฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยหรือมีปัญหาภาวะสุขภาพหรือผู้ที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ เนื่องจากรายได้ต่ำและภาวะทุพพลภาพ ปัจจัยทางด้านสิทธิการรักษา เช่น การส่งเสริมนโยบายการใช้สิทธิประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคมให้ได้รับบริการคลินิกฝังเข็มได้ทุกสถานที่ของหน่วยงาน ไม่จำกัดโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพกาย เช่น การร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในและนอกโรงพยาบาลในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่สมควรได้รับบริการการรักษาทางด้านการฝังเข็มเพื่อการแนะนำและส่งต่อการรักษา และปัจจัยทางด้านทัศนคติทางบวก เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างทัศนคติทางบวกให้แก่ผู้รับบริการและไม่เคยมารับบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้กับผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกในปัจจัยเฉพาะ เช่น การศึกษาทัศนคติในกลุ่มคนที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝังเข็มระดับต่าง ๆ หรือการศึกษาผลของสิทธิการรักษาที่มีต่อการเข้ารับบริการในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งวิจัยผลลัพธ์ในระยะยาว ติดตามผู้รับบริการที่เข้ารับบริการฝังเข็มในระยะยาว เพื่อศึกษาแนวโน้มของผลลัพธ์การรักษา และประเมินความต่อเนื่องของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยการฝังเข็ม

References

1. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Management System Development Group. PMQA 4.0 Department of Thai Traditional and Alternative Medicine Management System Development Group, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, year 2023. [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 7]. Available from: https://psdg.dtam.moph.go.th/images/PMQA_2566PMQA/66-PMQA_40_final.pdf (in Thai).
2. Alternative Medicine Center, Department of Alternative Medicine. Outpatient Service Statistics for Fiscal Year 2020. Nonthaburi: Department; 2020.
3. Alternative Medicine Center, Department of Alternative Medicine. Outpatient Service Statistics for Fiscal Year 2021. Nonthaburi: Department; 2021.
4. Alternative Medicine Center, Department of Alternative Medicine. Outpatient Service Statistics for Fiscal Year 2022. Nonthaburi: Department; 2022.
5. Alternative Medicine Center, Department of Alternative Medicine. Outpatient Service Statistics for Fiscal Year 2023. Nonthaburi: Department; 2023.
6. Thai-Chinese Medical Institute. Performance Results According to the Action Plan for the Fiscal Year 2016. Nonthaburi: Department; 2016.
7. Teerachaisakul M, Ninnat W, Woryingyong A. Survey of Thai traditional medicine and alternative medicine services in hospitals under the Ministry of Public Health 2014 [Internet]. 2014 [cited 2023 Sep 7]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/>

- handle/11228/4377/ThaiTraditional-Monthaka.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (in Thai).
8. Sangwomchat R, Khuaojaroen O. Quality of service affecting the decision-making process of users of Chinese medicine services in Bangkok and its vicinity [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 7]. Available from: http://www.vl-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2564-1-1_1666093276.pdf. (in Thai).
 9. Chuwa S, Yoosathaporn S, Pruettiphinyoyo C, Sirirot N. Decision-making in choosing Thai traditional medicine services by elderly patients in a Bangkok Hospital [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 7]. Available from: https://phad.ph.mahidol.ac.th/research/Presentation/2563/1.6320Proceeding_%20Soawapa%20Suthee.pdf. (in Thai).
 10. Pongprayoon P. Quality of acupuncture clinic services in public hospitals in Suphanburi province [Unpublished Master's Thesis]. Western University; 2020. (in Thai).
 11. Srisaklad B. Preliminary Research. 8th ed. Bangkok: Suwiryasarn; 2010.
 12. Parasuraman, VA., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. SERVQUAL : A Multiple – Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*.1988;64:12-40.
 13. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
 14. Smith, CA, Organ, DW, & Near, JP. Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology*. 1983;68(4):653-663. doi: 10.1037/0021-9010.68.4.653
 15. Rogers, E, & Shoemaker, F. Communication of innovation. New York: The Free Press. 1971.
 16. Sirikhetrakon C. Knowledge, attitude, perception and behavior of Thai traditional medicine and alternative medicine services in Uthaitхани province. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*. 2019;13(2):111-12. (in Thai).
 17. Vroom, V. Industrial Social Psychology. New York: Mc Graw-Hill book Company. 1970.
 18. Bloom B.S. and James H.B. Mastery Learning : Theory and Practice. New York : Holt, Rinchart & Winston. 1975.
 19. Cronbach, L. J. Essentials of Psychological Test (5th ed.). New York: Harper Collins;1970.
 20. Sovan, N. (2018). The Effectiveness of Acupuncture Clinic Services at Naresuan University Hospital. *Journal of Medical and Health Sciences*. 2018;25(3).
 21. Sahassa N. Quality of service at Kua Kaew Hospital, Udon Thani province. *Journal of Graduate Studies, Suan Sunandha Rajabhat University*. 2017;1(2):38-46. (in Thai).
 22. Kongtham N. Knowledge and attitudes towards health affecting patient behavior in using Thai traditional medicine services. [Master's Thesis in Business Administration]. Prince of Songkla University; 2018. (in Thai).
 23. Khaytui W, Chanyanuch Tiwasingh C, Ratchakom W. Expectations and satisfaction with service quality among patients at the dental hospital, Faculty of Dentistry, Mahidol University. *Mahidol R2R e-Journal*. 2018;5(1):101-119. (in Thai).

การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

รวีสรา แก้วกระเศรษฐ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : รูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลเท้าและป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา มี 2 ระยะ คือ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 27 คน เครื่องมือวิจัย คือ รูปแบบการดูแลเท้าที่พัฒนาขึ้น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติทดสอบที่คู่ และสถิติทดสอบวิลคอกชัน

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลเท้า(KUBO) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การจัดการความรู้ 2) การดำเนินการจัดการ 3) การจัดการพฤติกรรม และ 4) การบริหารจัดการตัวเราเอง โดยประสิทธิผลหลังใช้รูปแบบการดูแลเท้า พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของตัวอย่างหลังใช้รูปแบบการดูแลเท้าที่พัฒนาขึ้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.05$) การขาที่เท้าซ้ายและเท้าขวาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.05$) และไม่เกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 100

สรุปผล : รูปแบบการดูแลเท้า (KUBO) ที่พัฒนาขึ้นใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลเท้า และป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การดูแลเท้า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

* กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสงขลา

ผู้นิพนธ์ประสาน: รวีสรา แก้วกระเศรษฐ์, E-mail: kaewkraset@gmail.com

The development of a food care model for uncontrolled diabetic patients of the primary care unit network in Songkhla Hospital

Ravisara Kaewkraset*

Abstract

Background: The foot care model for uncontrolled diabetic patients is a crucial development that promotes self-management of foot care and prevents foot ulcers.

Objectives: This research aimed to develop a foot care model and investigate its effectiveness for uncontrolled diabetic patients of the primary care unit network in Songkhla Hospital.

Methods: This research and development study was conducted in 2 phases: 1) to develop a foot care model and 2) to study the model's effectiveness a total of 27 samples. The research tools were the model of foot care patterns and data collection using a questionnaire on foot care behaviors. The data were analyzed using frequency, percentage, content analysis, paired t-test, and Wilcoxon signed ranks test.

Results: The foot care model developed (KUBO) consisted of 4 parts: 1) knowledge management, 2) action management, 3) behavior management, and 4) self-management. Effectiveness after using the foot care model showed the mean foot care behaviors score of the sample increased after using the developed foot care model compared to before using, with statistical significance at $p < .05$. Left and right numbness decreased statistical significance at $p < .05$, and 100 percent of the sample had no foot ulcers.

Conclusions: The foot care model developed (KUBO) for uncontrolled diabetic patients can be used as a guideline to promote self-management behavior in foot care and prevent foot ulcers.

Keywords: development model, foot care, uncontrolled diabetic patients

* Community nursing work group, Songkhla Hospital

Corresponding Author: Ravisara Kaewkraset, E-mail: kaewkraset@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) นำเสนอข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน โดยจำนวนผู้ป่วยเบาหวานอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุกๆ 1 นาที¹ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสม 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน มีอัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน² จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 25.66 ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ผลผิดปกติ ร้อยละ 17.39 มีแผลเบาหวานที่เท้า ร้อยละ 3.82³

จากสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะนำไปสู่การเกิดแผลเบาหวานที่เท้าซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ปัจจัยของการเกิดแผลที่เท้าสัมพันธ์กับภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม และมีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน⁴ การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าลดลง เกิดอาการชา สูญเสียความสามารถในการป้องกันอันตราย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเดินสะดุดของแข็งหรือของแหลมคมโดยไม่รู้สึกตัว ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดแผลที่เท้า จากข้อมูลพบความชุกการตัดเท้าของผู้ป่วยที่มีแผลเบาหวานที่เท้าถึงร้อยละ 32 และพบอัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลสูงกว่าคนที่ไม่มีแผล 3.5 เท่า ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้าน

สาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี⁵

ปัจจัยการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เกิดจากขาดความรู้ในการดูแลเท้า⁴ พฤติกรรมการดูแลเท้าไม่ถูกต้อง ไม่เคยตรวจความผิดปกติหรือแผลที่เท้า และการเดินเท้าเปล่าส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บปวด เนื่องจากการสูญเสียความรู้สึกที่เท้า รวมถึงการสวมรองเท้าแบบหุ้มที่เสี่ยงต่อการเสียดสีบริเวณง่ามนิ้วเท้าและซอกนิ้ว ปัจจัยด้านเท้า ได้แก่ หนึ่งเท้าหนาแข็ง ส้นเท้าแตก คล้ำซีพจที่เท้าได้เบา และเท้าผิดรูป⁶ การส่งเสริมความรู้ตระหนักรู้ และการรับรู้ความสามารถ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นภาวะที่ป้องกันได้⁷ โดยการสร้างเสริมสุขภาพการดูแลเท้าที่เหมาะสม การให้ความรู้ การสอนสาธิต การได้รับคู่มือหรือเอกสารแผ่นพับ และการบริหารเท้า⁸ การจัดกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวเน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดแผลที่เท้า แต่ขาดการจัดการตนเองในการดูแลเท้าที่เหมาะสม การให้ความรู้ คำชี้แนะ การสังเกตและตรวจประเมินแผลที่เท้าด้วยตนเอง และการออกแบบการคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า⁶ การพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเท้าตนเองได้อย่างถูกต้อง มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้า การมีคู่มือและเอกสารอย่างเป็นรูปธรรม และการกระตุ้นเตือนในการจัดการตนเองให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าได้⁹

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ผ่านมาคลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา มีการตรวจคัดกรองการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยพยาบาล และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้าเบื้องต้นปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่มีการนำผลการตรวจคัด

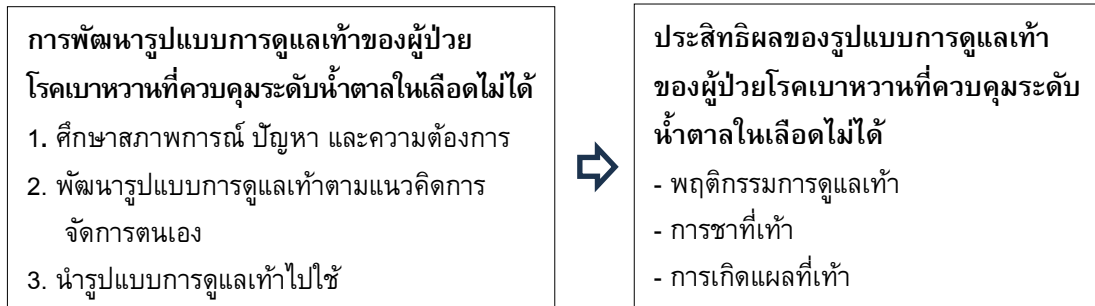
กรองที่ผิดปกติไปวิเคราะห์ วางแผนในการจัดกิจกรรมรูปแบบการจัดการตนเอง และการดูแลเท้าที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องและสามารถจัดการตนเองในการดูแลเท้าได้อย่างเหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และลดการเสียชีวิตจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งผลจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการดูแลเท้า และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Bays¹⁰ ที่กล่าวว่า บุคคลจำเป็นต้องเป็นผู้รับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนดประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง และการประเมินตนเอง¹⁰ มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ฯ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ และนำมาสู่การพัฒนาารูปแบบ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มา รับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2566

ผู้ให้ข้อมูล เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และ

มารับการรักษาภายในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 10 คน แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 5 คน และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 5 คน และ 2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 10 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 2 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมาใช้บริการ และเป็นผู้ที่สนใจในการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 2 ข้อ คือ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุการเกิดแผลที่เท้า 2) ความต้องการในการดูแลเท้าและวิธีการจัดการตนเองไม่ให้เกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเป็นอย่างไร

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 เป็นคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง จำนวน 2 ข้อ คือ 1) รูปแบบหรือแนวทางการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ท่านดำเนินการอยู่เป็นอย่างไร 2) รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลเท้า และป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แนวคำถามในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 ทั้ง 2 ข้อ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 ทั้ง 2 ข้อ¹¹

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยทำหนังสือเชิญเข้าร่วมวิจัยผ่านศูนย์สุขภาพ

ชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม ร่วมกำหนดวัน เวลา สถานที่ในการสนทนากลุ่ม

2. สนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มละประมาณ 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา และแจ้งประเด็นการสนทนาตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำผลการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผล เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยใช้ชื่อรูปแบบตามพื้นที่ที่ทำการศึกษาคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ (KUBO) และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 1 ท่าน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน 1 ท่าน และแก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4. นำรูปแบบการดูแลเท้า KUBO ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 1) การจัดการความรู้ด้านการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การสอนทักษะการดูแลเท้า การจัดทำคู่มือการดูแลเท้า 2) การดำเนินการจัดการในการตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง 4) การจัดการพฤติกรรม โดยประเมินพฤติกรรมในการดูแลเท้า 5 ด้าน และ 4) การบริหารจัดการตัวเราเอง ไปทดลองใช้กับตัวอย่างกลุ่มเดิม คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อยู่ในช่วงการรักษาภายในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 10 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 5 คน และควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 5 คน โดยการตรวจประเมิน บันทึกการตรวจเท้าลงในสมุดและติดตามการบันทึกอย่างต่อเนื่อง

5. สรุปผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลเท้า และติดตาม ประเมินผลการบันทึกการตรวจเท้า

ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำรูปแบบไปใช้ใน
ระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ
การดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย
โรงพยาบาลสงขลา ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย
แบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด
หนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups
pre-test post-test design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิก
โรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย
โรงพยาบาลสงขลา ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 475 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา
ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ.
2567 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power analysis ได้
ตัวอย่าง จำนวน 27 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตาม
เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจาก
แพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลา
ไม่น้อยกว่า 6 เดือน มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ≥ 8 มก./ดล.ขึ้นไป
และอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
รูปแบบการดูแลเท้า KUBO ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
จำนวน 13 ข้อ 2) แบบสอบถามพฤติกรรม
การดูแลเท้า จำนวน 23 ข้อ ข้อละ 2 คะแนน รวม
ทั้งหมด 46 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถาม
เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็น
ประจำทุกวันให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน
3) แบบประเมินการไหลเวียนเลือด 1 ข้อ และ

การตรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า 1 ข้อ เป็น
แบบประเมินให้ทำเครื่องหมายถูกลงในช่องว่าง
ตรงตามการปฏิบัติที่เป็นจริง และ 4) แบบประเมิน
การเกิดแผลที่เท้า 1 ข้อ เป็นแบบประเมินให้ทำ
เครื่องหมายถูกลงในช่องว่างตรงตามการปฏิบัติที่
เป็นจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้าน
วิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน
1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ
ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน ตรวจสอบความ
ตรงของเนื้อหา แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม
ครั้งที่ 1 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 ทั้ง 2 ข้อ และแนว
คำถามในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ได้ค่า CVI
เท่ากับ 0.88 ทั้ง 2 ข้อ¹⁰

2. ตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้
และประโยชน์ต่อผู้ป่วย โดยนำรูปแบบการดูแลเท้า
KUBO ไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแล
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 27 คน ตรวจสอบ
ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์
ต่อผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
One sample t-test พบว่า มีความเหมาะสม
มีความเป็นไปได้ และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
ของแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน
1 ท่าน อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
1 ท่าน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน 1 ท่าน
ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะ
เหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่
ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 3 คน เพื่อหา
ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือประสานกับพื้นที่เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และอธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมลงนาม

ในเอกสารความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ การดูแลเท้า KUBO ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งรูปแบบประกอบด้วย

KUBO Model	ความหมาย	รายละเอียดกิจกรรม
1. K – Knowledge Management	การจัดการความรู้ (การตั้งเป้าหมาย)	1. สอนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง 2. ให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า 3. จัดทำคู่มือการดูแลเท้าให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. U – Undertake Management	การดำเนินการจัดการ	1. สอนและฝึกทักษะในการตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง 2. การตรวจและประเมินเท้าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้ 2.1 ประเมินการไหลเวียนเลือดและการตรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า ด้วย Semmes-Weinstein monofilament 10 กรัม 2.2 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า - ตรวจดูสภาพผิวหนังว่าแห้ง แตก มีหนังแข็ง หรือไม่ - ตรวจเล็บว่ามีเล็บขบ เล็บม้วน มีเชื้อรา หรือไม่ - ตรวจรูปเท้าว่า เท้าแบน นิ้วเท้าหัก เท้าผิดรูปหรือไม่ - ตรวจอุณหภูมิของผิวหนังว่าอุ่น บวม แดง มีแผลหรือไม่ 3. แจ้งผลการตรวจและประเมินเท้า สนับสนุนการจัดการตนเอง
3. B – Behavior Management	การจัดการพฤติกรรม (ประมาณตนเอง)	ประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มี 5 ด้าน ดังนี้ 1) การทำความสะอาดเท้า 2) การตรวจเท้า 3) การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ การตัดเล็บเท้า การสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม 4) การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า 5) การดูแลรักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า
4. O – Ourself Management	การบริหารจัดการตัวเราเอง (กำกับตนเอง)	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดการตัวเองไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยการตรวจ ประเมิน และบันทึกข้อมูลการตรวจเท้าลงในสมุดเป็นประจำวันอย่างต่อเนื่อง (ผู้วิจัยติดตามการตรวจเท้าทุกวันศุกร์)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ได้ ขอ อนุ มัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก โรงพยาบาลสงขลา หมายเลขจริยธรรม SKH IRB 2023-Nrt-In3-1050 ลงวันที่ 29 กันยายน 2566

การดูแลเท้าใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สำหรับระยะที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมดูแลเท้าใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบการขาที่เท้าใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test¹³

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา¹² และข้อมูลทั่วไปและการเกิดแผลที่เท้าหลังใช้รูปแบบ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO ดังนี้

1) การจัดการความรู้ เกี่ยวกับการให้ความรู้ เรื่องการดูแลเท้า การสอนทักษะการดูแลเท้า และการจัดทำคู่มือการดูแลเท้า 2) การ ดำเนินการจัดการ เกี่ยวกับการสอนและฝึก ทักษะในการตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง 3) การจัดการ พฤติกรรม ในการประเมินพฤติกรรมดูแล

เท้า 5 ด้าน คือ การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า การดูแลรักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า และ 4) การ บริหารจัดการตัวเอง ในการตรวจ ประเมิน และบันทึกการตรวจเท้าลงในสมุดและมีการ ติดตามการบันทึกอย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ผลการนำรูปแบบการดูแลเท้า KUBO ไป ทดลองใช้จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 คน ให้ความเห็นว่า รูปแบบมีความเหมาะสม ใช้งาน และสามารถนำไปใช้ในการจัดการดูแลเท้าของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ระยะที่ 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแล เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 27 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.48 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 74.08 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.25 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.59 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 55.55 มีสิทธิ การรักษาบัตรทอง ร้อยละ 100 สำหรับข้อมูลด้าน

สุขภาพของตัวอย่างมีระยะเวลาการป่วยเป็น โรคเบาหวาน เฉลี่ย 13.4 ปี มีโรคแทรกซ้อน คือ โรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.18 มีระดับ HbA1c เฉลี่ย 9.3 mg% ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลเท้า ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ของศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย โรงพยาบาลสงขลา พบว่า

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลเท้าก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวคือ หลังใช้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO (n=27)

กลุ่มทดลอง (N=27)	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	95% Confidence Interval of the Difference		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			Lower	Upper	
พฤติกรรม การดูแลเท้า	14.96	3.14	33.41	2.81	26	-29.48	-19.73	-17.15	<.001

p<.05

2.2 ผลการเปรียบเทียบการซาที่เท้าซ้าย และเท้าขวาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการซาที่เท้าซ้ายและเท้าขวาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO (n=27)

ตัวแปร	N	Mean rank	Sum of Ranks	Z	P
เท้าซ้าย	- ก่อนทดลอง	0	0.00	-3.606	<.001
	- หลังทดลอง	13	7.00		
เท้าขวา	- ก่อนทดลอง	0	0.00	-3.162	.002
	- หลังทดลอง	10	5.50		

p<.05

2.3 จำนวนการเกิดแผลที่เท้า พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่เกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n=27)

การเกิดแผลที่เท้า	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย	27	100
เกิดแผลที่เท้า	0	0
ไม่เกิดแผลที่เท้า	27	100

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO ประกอบด้วย 1) Management (K) คือ การจัดการความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การสอนทักษะ การดูแลเท้า และการจัดทำคู่มือการดูแลเท้า 2) Undertake management (U) เป็นลักษณะการดำเนินการจัดการเกี่ยวกับการสอนและฝึกทักษะในการตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการ

เกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง3) Behavior management (B) คือ การจัดการพฤติกรรม ในการประเมินพฤติกรรมดูแลเท้า 5 ด้าน ได้แก่ การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การป้องกันการเกิดแผลที่เท้า การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า การดูแลรักษาเมื่อเกิดแผลที่เท้า และ 4) Ourself management (O) คือ การบริหารจัดการตัวเราเอง ในการตรวจ ประเมิน บันทึกการตรวจเท้าลงในสมุดอย่างต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการดูแลเท้า

มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง สามารถตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ด้วยตนเอง และมีการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้าเป็นประจำและต่อเนื่อง การให้ความรู้ที่มีแบบแผน เทคนิควิธีการ ตลอดจนความเหมาะสม โดยมีหลักสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี เกิดทักษะการดูแลตนเอง และปฏิบัติการดูแลเท้าตนเองได้โดยมีเป้าหมาย สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้¹⁴ เพราะการเกิดแผลที่เท้าเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การตัดเท้าและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁵ ดังนั้น การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า⁹ พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการสอนและฝึกทักษะการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานในการดูแลเท้า¹⁶ ที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีสุขภาพเท้าที่ดีตลอดไป¹⁷

ประสิทธิผลหลังจากนำรูปแบบการดูแลเท้า KUBO มาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเนื่องจากได้รับความรู้ ได้รับการสอนและฝึกทักษะการดูแลเท้า มีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลเท้า มีการตรวจเท้าตนเอง เช็ดเท้าตนเอง และบริหารเท้าทุกวัน⁹ การได้รับคู่มือการดูแลเท้า การบันทึกผลการตรวจ ประเมินเท้าลงในสมุดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามการบันทึกข้อมูลการตรวจเท้าของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองที่เหมาะสม มีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้อง¹⁸

ด้านการชาที่เท้า โดยการตรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าด้วย Semmes-Weinstein monofilament 10 กรัม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการชาที่เท้าซ้ายและเท้าขวาลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการชาที่เท้าซ้ายและเท้าขวาลดลง การได้รับความรู้เรื่องข้อห้ามปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกรองเท้า การบริหารเท้า ได้รับการสอนและฝึกทักษะการตรวจประเมินการไหลเวียนเลือดที่เท้า การตรวจการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า การบันทึกผลการตรวจ ประเมินเท้าลงในสมุดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ผลการตรวจเท้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ⁸ และการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยการเสริมแรงสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการดูแลเท้า ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความตั้งใจและความพยายามในการที่จะฝึกหัดการดูแลเท้า¹⁶ เพื่อให้สามารถดูแลเท้าตนเองที่บ้านได้ เช่น การทำความสะอาดเท้า การตรวจเท้า การประเมินเท้า การป้องกันการบาดเจ็บ การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดบริเวณเท้า โดยการบริหารเท้าเพื่อลดอาการชาบริเวณเท้า¹⁹ และด้านการเกิดแผลที่เท้า พบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลเท้า KUBO เป็นเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เกิดแผลที่เท้า ร้อยละ 100 อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เกิดแผลที่เท้า เกิดจากการได้รับรูปแบบการดูแลเท้าด้านความรู้เรื่องการดูแลเท้า¹⁷ ได้รับการสอนและฝึกทักษะในการดูแลเท้า การตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง ประกอบด้วยการตรวจสุขภาพเท้า การตรวจดูสภาพผิวหนัง ตรวจจุดเท้า ตรวจอุณหภูมิของผิวหนัง และบันทึกผลการตรวจ ประเมินเท้าลงในสมุดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลเท้าได้ โดยประเมินจากสมุดบันทึกตรวจเท้า พบว่า มีการตรวจดูเท้าตนเอง เช็ดเท้าตนเอง และบริหารเท้าทุกวัน ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การนำรูปแบบการดูแลเท้า KUBO มาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลเท้าไปในทางที่ดีขึ้น เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้ การสอนให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแลเท้า การตรวจและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าด้วยตนเอง การจัดทำคู่มือการดูแลเท้าให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและจัดการตนเองไม่ให้เกิดแผลที่เท้า โดยการตรวจ ประเมิน และบันทึกข้อมูลการตรวจเท้าลงในสมุดเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์ รูปแบบดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรับผิดชอบในการจัดการตนเอง และมีส่วนร่วมในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง กำกับตนเอง นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำผลการดูแลเท้าไปพัฒนาแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. ควรนำรูปแบบการดูแลเท้าไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทุกหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในตัวแปรอื่น และกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

2. ควรมีการศึกษาวิจัยรายกรณี เพื่อปรับปรุงแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบแบบศึกษาสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ

References

1. Faculty of Medicine, Chiang Mai University. 14 November world diabetes day. Chiang Mai: News and Activities Chiang Mai University; 2021. (in Thai).
2. Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Annual report NCDS 2023. Bangkok: Graphic Front and Design Publishing House; 2023. (in Thai).
3. Songkhla Provincial Public Health Office, Annual report NCDS 2022. Songkhla: Songkhla Province Information System; 2022. (in Thai).
4. Thungtak R. The prevalence and risk factors of diabetic foot ulcer in patients with type 2 diabetes mellitus at primary care setting in Trang province. Journal of Health and Health Management. 2023;9(2):230-41. (in Thai).
5. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice guidelines for diabetes 2023. Bangkok: Srimuang Printing; 2023. (in Thai).
6. Chosivasakul K, Siyod P, Taapasanan W, Sethavaranon N. Factors related to foot ulcers of type 2 diabetic patients in diabetes clinics. Journal of Health and Nursing Research. 2023;39(2):184-94. (in Thai).
7. Nualthong W, Kunsongkeit W, Dungpaeng S. Predictors of preventing behaviors for foot ulcer in patients with diabetes Mellitus Type II. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2018;10(1):94-105. (in Thai).
8. Junchom K, Boontiam N, Sinsap N, Chankra J, Jaimun B. Development of health promotion activity model and foot care for the elderly with diabetes in Pathum Subdistrict Health Promoting

- Hospital. *Journal of Educational Innovation and Research*. 2022;6(2):504-19. (in Thai).
9. Udonswai P, Chomnirat W. Development of the self-management supporting system for patients with diabetic foot ulcer risk at Najan Health Promoting Hospital, Kalasin Province. *Research and Development Health System Journal*. 2021;14(3):97-110. (in Thai).
 10. Kanfer FH, Gaelick-Bays L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, Editors. *Helping people change: a textbook of methods*. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991.
 11. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing research*. 2nd ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis; 1991.
 12. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1994.
 13. Hair JF, Babin BJ, Black WC, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 8th ed. Singapore: Cengage; 2019.
 14. Lalun A, Vutiso P, Sanloa P. Effects of educational and social support on foot ulcer prevention behaviors and HbA1c blood sugar levels among patients with diabetes at The Na Fai Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(2):77-86. (in Thai).
 15. Phimchot B, Phajan T. Factors associated with preventive behaviors of diabetic foot ulcers among uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Mueang District, Udon Thani Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 2024;31(1):16-28. (in Thai).
 16. Siriniyomchai C. Nurses' roles in supporting self-management for preventing diabetic foot ulcer among patients with diabetes mellitus. *Journal of Nurses' Association of Thailand, Northern Office*. 2020;26(2): 78-89. (in Thai).
 17. Konyai J, Wayo W. Effects of a health promotion program on foot ulcer prevention behavior among uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. *Nursing Journal CMU*. 2024;51(1):73-85. (in Thai).
 18. Sohsai T. Effects of foot care knowledge and foot care program with coconut shell stepping with foot numbness on foot care behaviors and foot numbness in type 2 diabetes mellitus with uncontrollable glucose levels. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2022;3(3):150-62. (in Thai).
 19. Sangsawangchot R, Phothong J, Voraroon S. The development of foot care model using coconut shell material in community among type 2 in diabetic mellitus patients in one sub-district, Suphanburi Province, Thailand. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*. 2022; 5(2):61-78. (in Thai).

การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ปรัชญาวัชร ปรากฎผล* พรทิพย์ สำริดเปี่ยม* กนกพร แก้วโยธา* กนกพร เทียนคำศรี* จำรัส สารขวัญ*
ศิริพร ครุฑทากาศ** กฤตพัทธ์ ฝีกฝน*** ประกาศ เปล่งพานิชย์**** สุภาพรพรณ บุญสืบชาติ*****

บทคัดย่อ

บทนำ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนไปสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

จำเป็นต้องจัดระบบบริการสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อถอดบทเรียน ศึกษาการมีส่วนร่วม และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน ตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 1,888 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1) บุคลากรของ อบจ. จำนวน 38 คน
 - 2) บุคลากรทีมสุขภาพ จำนวน 1,055 คน
 - 3) อสม. จำนวน 393 คน และ
 - 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 402 คน
- เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2) แบบสอบถามการถอดบทเรียนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.
 - 3) แบบสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : มีความสอดคล้องกันของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. มีการจัดระบบบริการเหมือนอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งการให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระบบการคลัง และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

สรุปผล : รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ในระยะเปลี่ยนผ่านยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบบริการสุขภาพ โดยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : ข้อเสนอเชิงนโยบาย ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

**** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

***** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ผู้พิมพ์ประสานงาน : พรทิพย์ สำริดเปี่ยม, E-mail: sumridpeam.thip@gmail.com

Policy recommendation development for the health service system for patients with chronic diseases in sub-district health-promoting hospitals transferred to the provincial administrative organizations

Padthayawad Pragodpol* Pornthip Sumridpeam* Kanokporn Kaewyota*
 Kanokporn Thiankumsri* Jamras Sarakwan* Siriporn Kruttakart**
 Krittapat Fukfon*** Praguad Plengpanichaya**** Supaphan Boonsuebchat*****

Abstract

Background: Subdistrict health promoting hospital that has been transferred to the provincial administrative organizations (PAOs). It is important to provide continual health services that meet the standard to patients with chronic diseases.

Objectives: To debrief lessons, study participation, and develop policy proposals for the development of the health service systems for patients with chronic diseases in the sub-district hospitals under the jurisdiction of the PAOs.

Methods: Concurrent mixed-method research was conducted with the samples of four groups, including 38 PAOs staff, 1,055 health team members, 393 village health volunteers, and 402 patients with chronic diseases, totaling 1,888 people. The data collection tools, included 1) a basic data survey of health service systems for patients with chronic disease, 2) a questionnaire on debriefing lesson and development of chronic diseases in the sub-district hospitals under the jurisdiction of PAOs, and 3) semi-structured open-ended questionnaires for focus group discussions and in-depth interviews. Data analysis involved descriptive statistics and content analysis.

Results: There were consistent quantitative and qualitative data. The health service system for patients with chronic diseases in the sub-district hospitals under the jurisdiction of PAOs maintained the original service, but differences were found based on the context of each area, including health service delivery, health personnel support, health information systems, access to required medications and supplies, financing systems, and leadership and governance qualities.

Conclusions: The sub-district hospitals that had been transferred to PAOs still required continuous development of health service systems for patients with chronic diseases according to the six pillars of the health service system concept. This requires the support of the Ministry of Public Health and all relevant sectors.

Keywords: policy recommendation, the health service system for patients with chronic diseases, sub-district health-promoting hospitals that had been transferred to the provincial administrative organizations

* Boromarajonani College of Nursing, Phra-putthabat ** Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi

*** Boromarajonani College of Nursing, Phayao **** Pathum Thani Provincial Public Health Office

***** Nonthaburi Provincial Public Health Office

Corresponding Author: Pornthip Sumridpeam, E-mail: sumridpeam.thip@gmail.com

บทนำ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพของประเทศไทยได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่ระบุว่าให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งความรับผิดชอบภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม โดยในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) แล้วทั้งสิ้น 3,263 แห่ง จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด 9,872 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.05 ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งจังหวัดครบทุกแห่ง ร้อยละ 100 2) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนมากกว่าร้อยละ 50 และ 3) กลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนน้อยกว่าร้อยละ 50¹

รพ.สต. เป็นหน่วยบริการด้านหน้า (Gate keeper) ของระบบบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยเฉพาะมิติของการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และยังทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงการดูแลประชาชนในชุมชนครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการหลักของ รพ.สต.² จากข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) พ.ศ. 2566³ พบว่าประเทศไทยยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่สำคัญของ Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อตามที่กำหนดไว้ เช่น จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ การตรวจคัดกรอง

ภาวะแทรกซ้อนและความสามารถในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา ควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชนมีความใกล้ชิดกับ รพ.สต. นับตั้งแต่การเข้าถึงการประเมินสภาพ การตรวจคัดกรองเพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคเรื้อรัง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรค การให้บริการต่อเนื่องทั้งใน รพ.สต. และการติดตามเยี่ยมบ้าน การประสานส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ถือเป็น การเชื่อมต่อระบบบริการระหว่าง รพ.สต. ที่เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่เป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ⁴

ถึงแม้ว่าจะมีระบบการประเมินความพร้อมของ อบจ. ก่อนถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. แต่ รพ.สต. และ อบจ. ในแต่ละพื้นที่มีความพร้อมและมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างกันออกไป⁵ นอกจากนี้บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ยังขาดแคลน ไม่เป็นไปตามกรอบอัตรากำลังตามที่กำหนดไว้ คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ต้องมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 7 คน 12 คน และ 14 คนตามลำดับ ถึงแม้จะมีการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพของ รพ.แม่ข่ายหมุนเวียนมาช่วยงานใน รพ.สต. แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ⁶ จึงส่งผลกระทบต่อระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁷

ดังนั้นในช่วงแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ยังขาดองค์ความรู้ที่สำคัญว่าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต.

ไปสังกัด อบจ. เป็นอย่างไร และถ้าต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ให้มีคุณภาพในระดับสูงยิ่งขึ้น ควรมีข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างไร โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อถอดบทเรียนและศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องของจังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ร้อยละ 100 มากกว่าร้อยละ 50 และน้อยกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนผู้รับบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

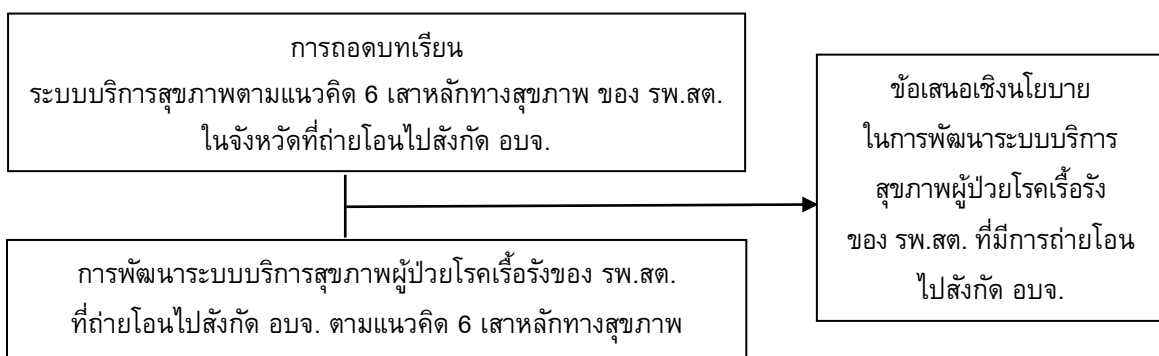
1) เพื่อศึกษาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.

2) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

3) เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รพ.สต. ในสังกัด อบจ.

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดหกเสาหลักระบบสุขภาพ (The six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก ที่นิยมใช้ในการวางแผนและพัฒนากระบวนการสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ⁸ ได้แก่ 1) การให้บริการ 2) บุคลากรด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น 5) ระบบการคลังด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ในการถอดบทเรียน พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. และนำมาพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยผสมผสานแบบคู่ขนาน (Concurrent mixed method) ที่ผู้วิจัย

เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน รวมถึงผู้วิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งสองประเภทเท่ากัน

(Concurrent triangulation)⁹ ระหว่างเดือนมิถุนายนถึง
เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือใน
การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการถอด
บทเรียนและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย
โรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ที่มีข้อคำถาม
แบบถูกผิด และแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน
37, 47, 28, และ 30 ข้อ ตามลำดับของตัวอย่าง
4 กลุ่ม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิง
คุณภาพ คือ แบบคำถามถึงโครงสร้างในการสนทนา
กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ครอบคลุมแนวคิด
6 เสาหลักทางสุขภาพ (Six building block)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยหา

1) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity
index: CVI) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจำนวน
5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง
นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงาน
ส่งเสริมสุขภาพ กองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริม
ปกครองส่วนท้องถิ่น และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป
ผู้รับผิดชอบงานไม่ติดต่อโรคเรื้อรังของ รพ.สต.
ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1, 0.99, 1, และ 1
ตามลำดับ และมีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ 2) ความเที่ยง (Reliability)¹⁰ โดยนำ
แบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ที่จังหวัด
ปทุมธานี จำนวน 30 คน หลังจากนั้นวิเคราะห์ความ
เที่ยงของแบบสอบถามของบุคลากรในสังกัด อบจ.
บุคลากรทีมสุขภาพ อสม. และ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วย
วิธีการ KR-20 ได้ค่าความเที่ยง .30, .79, .91, และ .90

ตามลำดับ และข้อคำถามที่เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า ด้วย Alpha Cronbach coefficient
ได้ค่าความเที่ยง .59, .90, .42, และ .42 ตามลำดับ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) บุคลากรสังกัด อบจ.
2) บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการถ่าย
โอน รพ.สต. และ/หรือการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3) อสม. และ 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังของจังหวัดที่มีการถ่ายโอน
รพ.สต.ไปยัง อบจ. ในปีงบประมาณ 2566

ตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากรสังกัด อบจ.
2) บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน
รพ.สต. และ/หรือการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3) อสม.
และ 4) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จาก 3 จังหวัดที่มีการถ่าย
โอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ใน 3 รูปแบบ คือ จังหวัด
ที่ถ่ายโอน 1) ร้อยละ 100 2) มากกว่าร้อยละ 50
และ 3) น้อยกว่าร้อยละ 50 ด้วยวิธีการสุ่มอย่าง
ง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบ
ไม่แทนที่ ซึ่งได้ จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดพะเยา และ
จังหวัดนนทบุรี ตามลำดับ หลังจากนั้นมีการเลือก
ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามกรอบอัตรากำลัง
และขนาด รพ.สต. ที่แบ่งออกเป็น รพ.สต. ขนาด
ใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)
สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ และบุคลากร อบจ. คือ
เป็นผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัด
ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต.
ในสังกัด อบจ. อย่างน้อยหนึ่งปี หรือนับตั้งแต่มีการ
ถ่ายโอนสำหรับ อสม. คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
อย่างน้อย 1 ปี สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ เป็นผู้ป่วย
ใน 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ที่มารับบริการจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. อย่างน้อยหนึ่งปี 2) ไม่เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาด้วยปัญหาทางจิตเวช 3) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) สำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ บุคลากร อบจ. และ อสม. เป็นผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการ การบริหารจัดการ สนับสนุน กำกับติดตาม หรือให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ รพ.สต. สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ 1) เป็นผู้มีอาการผิดปกติระหว่างมารับบริการ ได้แก่ มีความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ มีอาการปวดศีรษะรุนแรง หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ และ 2) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น ชาวต่างชาติ หรือแรงงานต่างด้าว

ขนาดของตัวอย่าง กำหนดขึ้นตามกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำสุดที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงสำหรับ อบจ. คือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอน รพ.สต. โดยกำหนด อบจ. ละ 13 คน รวม 3 จังหวัด เท่ากับ 39 คน ส่วนบุคลากรที่มีสุขภาพมาจาก 2 ส่วน ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ สสจ. สสอ. และ รพ.แม่ข่ายที่ปฏิบัติงานจริง จำนวน 433 คน และ 2) บุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ตามขนาดของ รพ.สต. ได้แก่ ขนาดเล็ก (54 แห่ง) ขนาดกลาง (91 แห่ง) และขนาดใหญ่ (21 แห่ง) รวม รพ.สต. ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 166 แห่ง และกำหนดตามกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำสุดที่ปฏิบัติงานจริงใน รพ.สต. โดยกำหนดเป็นสัดส่วนตามขนาดของ รพ.สต. รวมกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่มีสุขภาพทั้งสิ้น 1,244 คน สำหรับขนาดของ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้สูตร $n = \left(\frac{Z\alpha/2\sigma}{E} \right)^2$ ของ Khazanie¹¹ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่แน่นอน ได้ขนาดของตัวอย่าง 385 คน และประมาณการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวน อสม. และผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มละ 423 คน รวมตัวอย่างที่คำนวณได้ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 2,130 คน กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากทุกพื้นที่ได้มาจากการสุ่มสุ่มกลุ่มจำนวน 687 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับสูงจำนวน 33 คน ในขั้นของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท เลขที่ BCNPB007/2566 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 18/2566 ลงวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยดำเนินการ 1) ประชุมเตรียมความพร้อมผู้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2) ทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 3) จัดทำแผนการเก็บข้อมูลและประชุมชี้แจงผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อนัดหมายการเก็บข้อมูลตามที่วางแผนไว้ 4) จัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม 5) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกัน ดำเนินการในวันที่ สถานที่ และตัวอย่างเดียวกัน โดยแจกแบบสอบถามให้ตัวอย่างตอบแล้ว

นำมาส่งก่อนเข้าร่วมสนทนากลุ่ม 6) วิเคราะห์ข้อมูล โดยให้ความสำคัญของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ อย่างเท่าเทียมกัน 7) นำข้อมูลเชิงคุณภาพส่งคืนผู้ให้ ข้อมูลเพื่อตรวจสอบ 8) จัดทำร่างข้อเสนอเชิง นโยบาย 9) ประชุมประชาพิจารณ์ร่างข้อเสนอเชิง นโยบาย และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง (Inferential statistics) คือ Chi-square 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ถอดเทปที่บันทึกไว้แบบ ชนิดคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (Conventional content analysis) ตามแนวทางของ Hsieh and Shannon¹² โดยมีการจัดกลุ่ม (Theme) ตามข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) จาก

การตีความระหว่างนักวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ครอบคลุม (Trustworthiness) และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (Member check)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยบุคลากร อบจ. เป็น นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรทีมสุขภาพเป็น พยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 39.47 และ 26.45 ตามลำดับ บุคลากรทีมสุขภาพ และ อสม. มีประสบการณ์ การจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เฉลี่ย 11.14 และ 10.70 ปี กลุ่ม ตัวอย่างมีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 72.14 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 48.26

2. การถอดบทเรียนระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย โรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ตามแนวคิด 6 เสาหลักทางสุขภาพ ดังข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณภาพการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนไป สังกัด อบจ. ตามมุมมองของบุคลากรทีมสุขภาพ

คุณภาพการ บริการสุขภาพ	ถ่ายโอน 100% (n=481)		ถ่ายโอน>50% (n=353)		ถ่ายโอน<50% (n=122)		โดยรวม (n=956)		Chi - square	p- value
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพิ่มขึ้น	120	25.00	89	24.70	98	45.60	307	29.10	36.266	.001**
เหมือนเดิม	346	72.10	257	71.40	111	51.60	714	67.68		
ลดลง	14	2.90	14	3.90	6	2.80	34	3.22		

** p-value <.01

จากตารางที่ 1 บุคลากรทีมสุขภาพ พิจารณาว่า คุณภาพการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ภายหลังถ่ายโอนไปสังกัด อบจ.

ทั้งรายจังหวัดและโดยรวมทั้ง 3 จังหวัด มีลักษณะเหมือนเดิมมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการบริการสุขภาพและทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ภายหลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ตามมุมมองของบุคลากรที่มีสุขภาพ

ทรัพยากรในการให้บริการ		ถ่ายโอน 100%		ถ่ายโอน>50%		ถ่ายโอน<50%		โดยรวม		Chi - square	p-value
		(n=454)		(n=343)		(n=203)		(n=1,000)			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคลากรสายวิชาชีพ	เพียงพอ	122	26.9	121	35.3	99	48.8	342	34.2	30.155	.001**
	ขาดแคลน	332	73.1	222	64.7	104	51.2	658	65.8		
ยา	เพียงพอ	60	13.2	96	28.0	34	16.7	190	19	28.544	.001**
	ขาดแคลน	394	86.8	247	72.0	169	83.3	810	81		
เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	เพียงพอ	95	20.9	137	39.9	16	7.9	248	24.8	76.978	.001**
	ขาดแคลน	359	79.1	206	60.1	187	92.1	752	75.2		
งบประมาณ	เพียงพอ	130	28.6	118	34.4	130	28.6	378	37.8	48.541	.001**
	ขาดแคลน	324	71.4	225	65.6	73	7.3	622	62.2		

** p-value <.01

จากตารางที่ 2 บุคลากรที่มีสุขภาพพิจารณาว่าทรัพยากรในการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งด้านบุคลากรสายวิชาชีพ ยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา และงบประมาณนั้น ยังมีไม่เพียงพอและมีความขาดแคลนต่อการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

1) การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ยังคงดำเนินการตามแนวปฏิบัติเดิมและคุณภาพการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหมือนเดิม โดยในปีงบประมาณ 2566 อบจ. ส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข แต่มีแผนในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังเต็มรูปแบบโดย อบจ. ในปีงบประมาณ 2567 2) บุคลากรด้านสุขภาพของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ส่วนใหญ่มีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ครบตามกรอบอัตรากำลัง ขาดแคลนบุคลากร

ทางการแพทย์และเภสัชกร บุคลากรที่ปฏิบัติงานต้องมีการปรับตัวต่อระบบการทำงานใหม่และมีความต้องการพัฒนาศักยภาพด้านเวชปฏิบัติทั่วไปและการดูแลโรคเรื้อรัง 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพยังใช้ของกระทรวงสาธารณสุขในหลายรูปแบบทั้ง HosXp, JHCIS, MyPCU ที่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ยังไม่มีการตกลงตัวชี้วัดคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แน่นอน และมีการบันทึกข้อมูลเข้าระบบที่ลดน้อยลง แต่มีแผนพัฒนาฐานข้อมูลของ อบจ. ที่เชื่อมต่อกับกระทรวงสาธารณสุขในอนาคต 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ยังคงได้รับการสนับสนุนจาก รพ.แม่ข่าย แต่มีระบบการดำเนินการแตกต่างไปจากเดิม ปริมาณ รายการยาและเวชภัณฑ์ลดน้อยลง และได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจาก อบจ. 5) ระบบการคลังด้านสุขภาพ ได้รับเงินอุดหนุนเฉพาะกิจตามขนาดของ รพ.สต. SML น้อยกว่าจำนวนเงินที่แจ้งไว้ได้แก่ สี่แสน หกแสน และหนึ่งล้านบาท แต่แจ้งไว้หนึ่งล้าน

หนึ่งล้านห้าแสนบาท และสองล้านบาท ตามลำดับ การจัดสรรงบประมาณจาก CUP (Contracted unit of primary care) ยังตกลงสัดส่วนไม่ลงตัวระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต. โดย รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังต้องการได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจของ รพ.สต. 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลผู้บริหารของ อบจ. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า บุคลากรมีภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลแต่ขาดประสบการณ์ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีความจำเป็นต้องมีทีมที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการบริหารจัดการด้านสุขภาพและสาธารณสุข

3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีปัญหาอยู่เล็กน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละประเด็นและแต่ละพื้นที่ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต้องเร่งให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 องค์ประกอบตามเสาหลักของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ด้านบุคลากรและการคลังให้สามารถจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในระดับสูงยิ่งขึ้นและมีความสอดคล้องกับ พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹³

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. คือ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สำนักงานประมาณ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

(กสพ.) สสจ. สสอ. รพ.แม่ข่าย อบจ. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รพ.สต.ในสังกัด อบจ. จำเป็นต้องปรับบทบาทการทำงานในการพัฒนาความร่วมมือเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนในลักษณะที่สนับสนุนช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อให้ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีมาตรฐานในระดับที่สูงและได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านบุคลากรและด้านงบประมาณและที่สำคัญที่สุดคือการส่งเสริมให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังคงดำเนินการตามแนวปฏิบัติเดิม และยังขาดความพร้อมและจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ดังนั้นทีมสุขภาพ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากร อบจ. พยาบาลวิชาชีพ และทีม อสม. ผู้ที่มีประสบการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรมีการร่วมมือกันในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการบริหารจัดการด้านสุขภาพและสาธารณสุข

อภิปรายผล

การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ในปัจจุบันยังพบปัญหาอุปสรรคของการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากขาดแคลนแพทย์จาก รพ. แม่ข่ายออกตรวจหรือออกตรวจน้อยลง ประเภทและจำนวนของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาได้รับการสนับสนุนน้อยลง ระบบและกลไกการเบิกจ่ายเปลี่ยนแปลงขาดความคล่องตัว ทำให้ต้องนัดผู้ป่วยมารับยาบ่อยครั้งมากขึ้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังและ

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดลง งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินการ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมตามขนาดของ รพ.สต. อีกทั้งงบประมาณที่ต้องได้รับการจัดสรรจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านระบบ CUP ยังมีความล่าช้าและยังไม่สามารถตกลงกันได้ ในบางพื้นที่ ระบบสารสนเทศมีการบันทึกข้อมูล ตัวชี้วัดคุณภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบของ กระทรวงสาธารณสุขลดน้อยลง ยังไม่มีการกำหนด ตัวชี้วัดคุณภาพที่สะท้อนให้เห็นมาตรฐานการบริการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴⁻¹⁶ อย่างไรก็ตาม อบจ. มีจุดเด่นหลายประการที่สามารถสนับสนุน การบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น การมีงบประมาณ ของ อบจ. ที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย โรคเรื้อรัง มีระบบบริหารจัดการที่มีเส้นทางการ ดำเนินงานสั้น สามารถอนุมัติได้โดยสภา อบจ. เป็นต้น

เพื่อให้การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วย โรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ. เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในระดับสูงยิ่งขึ้น สามารถดำเนินการ ได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) จัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรค เรื้อรังร่วมกับ รพ.แม่ข่ายของกระทรวงสาธารณสุข และ 2) จัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้อำนาจ นิติบุคคลของ อบจ. ระยะเปลี่ยนผ่านกระทรวง สาธารณสุข สสจ. สสอ. รพ.แม่ข่าย ยังต้องให้การสนับสนุน รพ.สต. ในสังกัด อบจ.¹⁶ เพราะ อบจ. ไม่มีความพร้อมใน การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งด้าน บุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ เกษัชกร จาก รพ. แม่ข่าย ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา งบประมาณ ระบบสารสนเทศ ความเข้มแข็งทางวิชาการ มาตรฐาน ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการสุขภาพ⁵ เพื่อไม่ให้กระทบ กับมาตรฐานการบริการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับ และ

สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ พรบ.การกระจาย อำนาจที่มุ่งหวังให้ประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับบริการสุขภาพที่ดีไม่น้อยไปกว่าเดิม

ดังนั้น อบจ. จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบ บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ในสังกัด โดยมีการกำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขเชิงรุก ที่ชัดเจน จัดโครงสร้างกรอบอัตรากำลังที่สนับสนุน ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กำหนดแผน การดำเนินการด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการถ่ายโอน การกิจที่เพียงพอครอบคลุม รวมถึงการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับบริการตามมาตรฐาน ของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยบูรณาการกับภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับดึงศักยภาพและทรัพยากร รวมถึงจุดเด่นของ อบจ. มาพัฒนาสุขภาพผู้ป่วย โรคเรื้อรังในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพในระดับสูง ยิ่งขึ้นต่อไป ดังตัวอย่างการพัฒนาตัวแบบระบบ สุขภาพปฐมภูมิของ อบจ. ระยอง เป็นต้น¹⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ในระยะแรก ของการเปลี่ยนผ่านยังจำเป็นต้องมีการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบบริการสุขภาพ จากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

รพ.สต. ในสังกัด อบจ. สามารถนำผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการกำกับติดตามมาตรฐาน การบริการสุขภาพผู้ป่วย และประกาศเป็นนโยบายใน การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป คือ การประเมินผลระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. หลังการถ่ายโอนไปสังกัด อบจ. ในระดับพื้นที่และระดับประเทศ และ 2) ระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พึงประสงค์ของ รพ.สต. ในสังกัด อบจ.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยนี้และขอขอบคุณทุกหน่วยงาน ผู้ประสานงาน และกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Hfocus.org. Reveal "6 provinces" that transferred the sub-district hospital to PAO (fiscal year 2023). [internet]. 2022 [cited 2022 Dec 15]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26111>. (in Thai).
2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. NCDs annual report 2022. [internet]. 2022 [cited 2023 Jan 5]; Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/forecast_detail.php?publish=13924&deptcode=dncd. (in Thai).
3. Division of Strategy and Plan, Ministry of Public Health. Standard data storage and submission in compliance with the health standard set of the Ministry of Public Health version 2.4 fiscal year 2023 (B.E. 2566) dashboard. [internet]. 2023 [cited 22 Dec 20];

Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai).

4. Sambhawamana O, Klaypugsee L, Arwut P, Phaenoi S. The development of chronic disease management for patients in a health promotion hospital: a case study of Maluan Health Promotion Hospital, Phunphin District, Suratthani Province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2017; 27(1):157-67. (in Thai).
5. Sudhipongpracha T, Choksettakij W, Phuripongthanawat P, Kittayasophon U, Satthatham N, Onphothong Y. Policy analysis and policy design for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai).
6. Utama W. Performance appraisal diabetes care system public health district hospital Chaturapakphiman District Roi-Et Province. Region 11 Medical Journal. 2017;31(4): 577-88. (in Thai).
7. Thianjuruwatthana W, Nawsuwan K, Vachirapapun S. Public health manpower development to support primary health care. Journal of Health Science. 2021;30(4): 743-59. (in Thai).
8. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. [internet]. 2010 [cited 22 Dec 5];

Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/258734>.

9. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. CA: Sage Publications; 2017.
10. Thato R. Nursing research: concepts to applications. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai).
11. Khazanie R. Elementary statistics in a world of applications. 4th ed. New York: HarperCollins College; 1996.
12. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005;15(9):1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687.
13. Office of Primary Health System Support, Ministry of Public Health. Primary health care standard quality manual 2023. Bangkok: Office of Printing Affairs, Veterans Welfare Organization under Royal Patronage; 2022. (in Thai).
14. Chotchoungchatchai S, Markchang K, Uansri S, Tanomsridachchai W, Pattanasiri T, ittiphisit S, et al. A comprehensive report on situational codification mechanisms and support for academic work, health policies and systems: the case for the transfer of subdistrict health promotion hospitals to provincial administrations. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai).
15. Wongpreedee A, Sudhipongpracha T, Kerdrit K. Developing a model of a primary care system for provincial administrative organizations (PAOs): a case of Rayong Provincial Administrative Organization. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai).
16. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Pattarateerakun N, Sensai S, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: Phase 1 warning signs on potential health impacts. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2023. (in Thai).

กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟ ในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน

ผุสดี เหนี่ยวพื้ง* ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา* ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ช่วยให้พยาบาลสามารถนำตนเองผ่านพ้นอุปสรรค ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จในการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) ศึกษาภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน 2) ศึกษาผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการ

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัย แบบผสมวิธี ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบวัดภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน 2) แบบสอบถามกลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงจิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา One way ANOVA with repeated measure และสถิติ Two way ANOVA with repeated measure วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=2.43$, $SD = 0.29$) กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ประกอบด้วย กลยุทธ์การจัดการตนเอง กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน และกลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นในการบริการงานการพยาบาล สามารถรับรู้ กำกับตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง

สรุปผล : การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานพยาบาล ช่วยให้พยาบาลมีความสามารถเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ มีความมั่นใจในตนเองและเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่นเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการ ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน พยาบาลหอผู้ป่วย

* หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาเพื่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ผู้พิมพ์ประสานงาน : ผุสดี เหนี่ยวพื้ง, E-mail: bronco_angie@yahoo.com

Integrative psychological strategies for enhancing work burnout immunity of in-patient nurses in private hospitals

Pusadee Neawpung* Prasarn Malakul Na Ayudhya* Pongpan Kirdpitak*

Abstract

Background: Integrative psychological strategies to enhance burnout immunity in the workplace help nurses to overcome obstacles, live a happy life, and achieve success in their career.

Objectives: 1) To investigate immunity to work burnout. 2) To examine the effects of using integrated psychological strategies.

Methods: This research study used a mixed-methods research design. The sample consisted of 50 nurses, randomly assigned to an experimental group and a control group, 25 people each. The research instruments included: 1) immunity for working burnout questionnaires, 2) integrated psychological strategies to enhance work burnout immunity questionnaires, and 3) interview questionnaires. Data were analyzed using standard deviation, mean, one-way ANOVA with repeated measures, and two-way ANOVA with repeated measures.

Results: The overall mean score of burnout immunity of nurses in private hospital wards was at a high level ($\bar{X}=2.43$, $SD=0.29$) and the integrated psychological strategies to enhance the immunity to burnout immunity consisted of self-management strategies, adaptation strategies, and strategies for change. The mean score of burnout immunity of the experimental group after the experiment was higher than before the experiment, with a statistically significant difference at the .01. The results of the qualitative data analysis showed that the experimental group had confidence in providing nursing services and was able to perceive, control, and see self-value.

Conclusions: Promoting work burnout immunity in nursing can help nurses develop the ability of facing various situations, increases self-confidence, and enhances nurses' self-esteem and others.

Keywords: integrative psychological strategies, work burnout immunity, in-patient nurses

* Psychology for Developing Human Potential, Graduate School, Kaem Bundit University

Corresponding Author: Pusadee Neawpung, E-mail: bronco_angie@yahoo.com

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นอาการของบุคคลที่มีปฏิกิริยาตอบสนองจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาระงานในความรับผิดชอบที่จำนวนเกินกำลังและสะสมมาเป็นเวลานาน อาการที่แสดงออกทางร่างกาย ส่งผลต่อจิตใจ และอารมณ์ ทำให้เกิดความอ่อนล้า เหนื่อยหน่าย และขาดความสุขในการทำงาน^{1,2} รวมทั้งขาดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่า มีทัศนคติทางลบต่องานและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน^{3,4} ได้แบ่งลักษณะอาการของภาวะหมดไฟในการทำงานเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกับร่างกายและจิตใจ รับรู้ และรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ 2) การมองเห็นคุณค่าความเป็นบุคคลลดลง การมีทัศนคติด้านลบต่อตนเอง ผู้อื่น และต่องานที่ได้รับมอบหมาย และ 3) การลดคุณค่าของความสำเร็จส่วนบุคคล

ภาวะหมดไฟในการทำงานพบได้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้มีภาวะความเครียดเพิ่มขึ้น^{5,6} ส่งผลต่อภาวะหมดไฟจากการทำงาน⁷ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริม และฟื้นฟู ตามแผนการรักษา ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลที่มีต่อชีวิตผู้ป่วย ต้องรับมือและปรับตัวให้ทันสถานการณ์ต่าง ๆ⁸ ซึ่งทำให้มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้⁹⁻¹¹ นอกจากนั้นส่งผลให้พยาบาลขาดความกระตือรือร้นและเป้าหมายในการทำงาน^{12,13} ภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวเป็นระยะเวลานาน การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความอ่อนล้าของร่างกาย ส่งผลต่อภาวะทางอารมณ์และจิตใจ

ภาวะหมดไฟ เป็นภาวะที่ต้องเฝ้าระวังและค้นหาวิธีการป้องกัน ดังนั้นแนวทางป้องกันให้พยาบาลหอผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันตนเอง มีวิธีการจัดการตนเองให้สามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ จึงมีความจำเป็น ซึ่งการสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน มีอยู่ด้วยกัน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) การกำกับตนเอง (Self-regulation) การมีสติ (Mindfulness) และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)¹⁴⁻¹⁶ ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา ตั้งแต่ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาและทางสังคม ทฤษฎีการรู้คิด การเรียนรู้จากการปฏิบัติ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยนำมาพัฒนาเป็นกลยุทธ์ทางจิตวิทยา ได้แก่ กลยุทธ์การจัดการตนเอง กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน และกลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟให้แก่พยาบาล ได้มีความสามารถในการเผชิญกับภาวะและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบสภาวะจิตใจได้ดียิ่งขึ้น และสามารถทำงานได้อย่างมีความสุขอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและทำการศึกษากลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

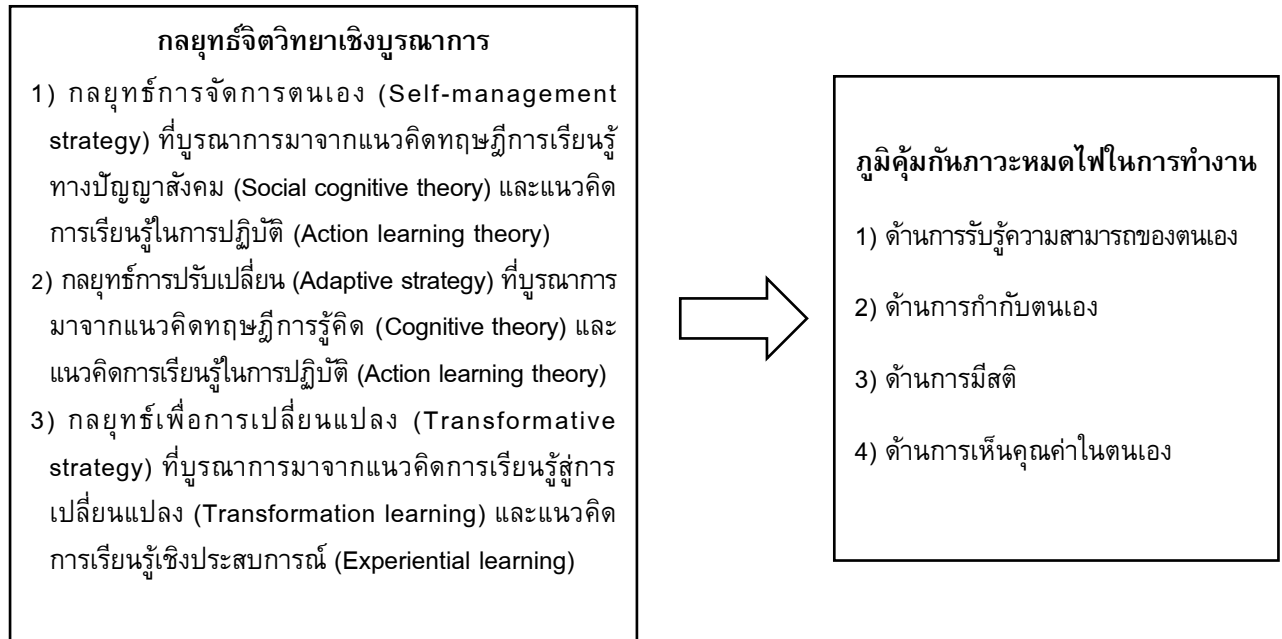
1. เพื่อศึกษาภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน
3. เพื่อศึกษาผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะ

หมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ได้มีการบูรณาการแนวคิด
ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม แนวคิดการเรียนรู้ใน
การปฏิบัติ แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และ

แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และนำมาพัฒนา
เป็นกลยุทธ์ทางจิตวิทยาได้ 3 กลยุทธ์ ได้แก่
1) กลยุทธ์การจัดการตนเอง 2) กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน
และ 3) กลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อการเสริมสร้าง
ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอ
ผู้ป่วย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods designs) เป็นการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 2 ชุดพร้อมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โดยสร้างแบบวัดตามแนวการเสริมสร้างการบริหารจัดการชีวิต (Selection optimization compensation: SOC) โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยแบบวัดสถานการณ์ (Situational test) จำนวนทั้งสิ้น

26 สถานการณ์ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 2) ด้านการกำกับตนเอง 3) ด้านการมีสติ และ 4) ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

2. แบบสอบถามกลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

3. แบบสัมภาษณ์เชิงจิตวิทยา สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย ยกตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ปัจจุบันพยาบาลหอผู้ป่วยประสบปัญหาอะไรบ้าง ปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดอะไรขึ้นกับตัวพยาบาล ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาล

หอผู้ป่วยเกิดจากสาเหตุใด และจากสาเหตุปัจจัย
ดังกล่าวทำให้มีความต้องการอะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบวัดภูมิคุ้มกัน
ภาวะหมดไฟในการทำงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Item Objective Congruence Index: IOC) ได้
ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-100

2) นำแบบวัดภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟใน
การทำงานไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลหอ
ผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน และหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ อยู่ระหว่าง .24-.80
และค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .93

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกลยุทธ์
จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน
ภาวะหมดไฟในการทำงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหา
ค่าความสอดคล้อง (Item Objective Congruence
Index: IOC) ได้ค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .70-.96

4) การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพของ
แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ให้
ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบข้อคำถามที่ใช้
ในการสัมภาษณ์ ผลการตรวจสอบข้อมูลได้ค่า
ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-100

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ในเขตกรุงเทพมหานคร
จำนวน 15 แห่ง จำนวน 220 คน

ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ประจำหอ
ผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ กำหนด
เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็น

พยาบาลหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ในเขต
กรุงเทพมหานคร 2) มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 2 ปี
ขึ้นไป 3) มีอายุระหว่าง 25-45 ปี ที่ได้มาจากการ
คัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ เกณฑ์การคัดออก
(Exclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่
ผ่านเกณฑ์ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยการคำนวณ
G*Power อำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัย
ที่สำคัญ .05 และใช้ค่า Effect size เท่ากับ .05 ได้
ขนาดตัวอย่าง 50 คน ทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ
กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยได้รับหนังสือรับรองจากโครงการวิจัย
ในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่รับรองโครงการ
TO20/66P วันที่รับรอง 16 มิถุนายน 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
มีดังนี้ 1) เก็บข้อมูลแบบวัดภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟ
ในการทำงานของกลุ่มประชากร จำนวน 220 คน
เพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบวัด
ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อเป็น
คะแนนก่อนการทดลอง 2) ผู้วิจัยดำเนินการใช้
กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการกับกลุ่มทดลอง และ
เก็บข้อมูลใช้แบบวัดชุดเดิม ทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อเป็นคะแนน
หลังการทดลอง และเก็บข้อมูลหลังการติดตามผล
1 เดือน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์พยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วย จำนวน 25 คน
โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) กลุ่มละ
5 คน เกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะหมดไฟ
ในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย และใช้

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มละประมาณ 25-30 นาที และถอดเทปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมทั้งสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการหาความถี่และร้อยละคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ใช้สถิติ One way ANOVA with repeated measure

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

และหลังการติดตามผล ใช้สถิติ Two way ANOVA with repeated measure

4) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่บันทึกไว้ และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และกำหนดหัวข้อ (Theme) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งนำผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์พร้อมกัน เพื่อใช้ในการสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.55 และช่วงอายุงานที่รองลงมาอยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.27

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน รายด้าน และโดยรวม (N=220)

ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของ พยาบาลหอผู้ป่วย	Max	Min	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.00	1.67	2.48	0.29	สูง
ด้านการกำกับตนเอง	3.00	1.17	2.47	0.39	สูง
ด้านการมีสติ	3.00	1.50	2.36	0.35	สูง
ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	3.00	1.20	2.40	0.41	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	2.97	1.66	2.43	0.29	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=2.43, SD=0.29) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 3 ผลการพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย พบว่ากลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน มี 3 กลยุทธ์ ดังนี้

3.1 กลยุทธ์การจัดการตนเอง มุ่งเน้นความเชื่อมั่นในความสามารถเพิ่มพูนทักษะประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การวางแผน 3) การปฏิบัติตามแผน 4) การประเมินผล และ 5) ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม

3.2 กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน มุ่งเน้นการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการเรียนรู้ การตระหนักรู้ทางปัญญา มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การรับรู้ข้อมูล 2) การวิเคราะห์ข้อมูล 3) การวางแผน 4) การลงมือปฏิบัติ และ 5) การประเมิน

3.3 กลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นการตระหนักรู้ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การดำเนินชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเห็นคุณค่า การยอมรับ การเผชิญปัญหาอย่างมีสติ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตระหนักรู้ ความคิด ความรู้สึก 2) การยอมรับอย่างมีสติ 3) การแสดงออกโดยเห็นคุณค่า 4) การเผชิญปัญหาอย่างมีสติ และ 5) การฝึกทักษะในการเผชิญสถานการณ์

ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โดยใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเริ่มต้น สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอน วิธีการ ประโยชน์ที่ได้รับ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนคิด ระดมสมอง ทบทวน 2) ขั้นดำเนินการการประยุกต์ใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการ และ 3) ขั้นสรุปและประเมินผล เป็นการสรุปผลการเรียนรู้ เสนอความคิดเห็น และเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ และความมั่นใจ เห็นคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรม

ตอนที่ 4 ผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน

4.1 เปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=25)

ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
1. ด้านการรับรู้	การวัดก่อน-หลังการทดลอง					
ความสามารถของตนเอง	และหลังการติดตามผล	5.986	1.106	5.411	115.772 [*]	.00
	ความคลาดเคลื่อน	1.241	26.548	0.047		0
	รวม	7.227	27.654	5.458		
2. ด้านการกำกับตนเอง	การวัดก่อน-หลังการทดลอง					
	และหลังการติดตามผล	10.605	1.266	8.378	244.04 [*]	.00
	ความคลาดเคลื่อน	1.043	30.378	0.034		0
	รวม	11.648	31.644	8.412		
3. ด้านการมีสติ	การวัดก่อน-หลังการทดลอง					
	และหลังการติดตามผล	10.081	1.231	8.187	112.008 [*]	.00
	ความคลาดเคลื่อน	2.160	29.550	0.073		0
	รวม	12.241	30.780	8.260		

ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
4. ด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง	การวัดก่อน-หลังการทดลอง					
	และหลังการติดตามผล	6.260	1.635	3.830	96.742 [*]	.00
	ความคลาดเคลื่อน	1.553	39.230	0.040		0
	รวม	7.813	40.870	3.870		
ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟโดยรวม	การวัดก่อน-หลังการทดลอง					
	และหลังการติดตามผล	8.076	1.232	6.557	445.993 [*]	.00
	ความคลาดเคลื่อน	0.435	29.56	0.015		0
	รวม	8.511	30.79	6.572		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 พบว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน

พบว่าทั้ง 4 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

4.2 เปรียบเทียบคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยรวมและรายด้าน ก่อน-หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน ในภาพรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล (n=25)

ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	การวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล (Main effect)	4.498	1.298	3.465	128.513 [*]	0
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)	1.888	1.298	1.454	53.940 [*]	0
	ความคลาดเคลื่อน	1.680	62.306	0.027		
	รวม	8.066	64.902	4.946		
ด้านการกำกับตนเอง	การวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล (Main effect)	6.583	1.584	4.155	180.437 [*]	0
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)	4.203	1.584	2.653	115.218 [*]	
	ความคลาดเคลื่อน	1.751	76.043	0.023		
	รวม	12.537	79.211	6.831		
ด้านการมีสติ	การวัดก่อน หลัง และหลังการติดตามผล (Main effect)	7.440	1.821	4.087	104.449 [*]	0
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)	3.363	1.821	1.847	47.205 [*]	0

ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟ ในการทำงาน	แหล่งความแปรปรวน	SS	Df	MS	F	Sig
ด้านการเห็นคุณค่า ในตนเอง	ความคลาดเคลื่อน	3.419	87.388	0.039		
	รวม	14.222	91.030	5.973		
	การวัดก่อน หลัง และหลังการ					
	ติดตามผล (Main effect)	4.514	1.664	2.712	106.397*	0
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)	2.010	1.664	1.208	47.384*	0
ภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟ ในการทำงาน โดยรวม	ความคลาดเคลื่อน	2.036	79.892	0.025		
	รวม	8.560	83.220	3.945		
	การวัดก่อน หลัง และหลังการ					
	ติดตามผล (Main effect)	5.678	1.646	3.449	360.278*	0
	ปฏิสัมพันธ์ (Interaction)	2.757	1.646	1.675	174.960*	0
	ความคลาดเคลื่อน	0.756	79.016	0.010		
	รวม	9.191	82.308	5.134		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมและรายด้านก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์พยาบาลหอผู้ป่วย พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วย มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลผู้ป่วยที่มาพักรักษาในหอผู้ป่วย รวมทั้งด้านเอกสารคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ มีความเครียดสะสม ขาดความมั่นใจในการทำงาน ขาดสมาธิในการบริหารจัดการงานที่รับผิดชอบ โดยพยาบาลหอผู้ป่วยมีความต้องการในการบริหารจัดการชีวิตและการทำงานของตนเอง ต้องการเพิ่ม

ความสามารถในการรับมือกับปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ยังไม่มั่นใจในความสามารถกำกับตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง ผลการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภายหลังที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการ พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถรับรู้ปัญหา และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างมีสติ สามารถกำกับตนเอง ควบคุมการทำงานของตนเองและทำงานร่วมกับทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเห็นคุณค่าในตนเอง เห็นความสำคัญของงานที่รับผิดชอบ และมีความสุขในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 50 คน พบว่าค่าเฉลี่ย

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการคงอยู่ของพยาบาลมาจากการสนับสนุนจากผู้บริหาร และอัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในทีมส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านการให้บริการรักษาของบุคลากรมีผลดี

2. ผลการพัฒนากลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย พบว่ากลยุทธ์ที่ประกอบด้วย 1) กลยุทธ์การจัดการตนเอง สามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถศักยภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน เพิ่มทักษะการปฏิบัติงาน มีวิธีการจัดการตนเอง สร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง 2) กลยุทธ์การปรับเปลี่ยนช่วยให้ปรับเข้ากับสถานการณ์ปัญหา ใช้กระบวนการเรียนรู้ และการตระหนักรู้ทางปัญญาให้เป็นพฤติกรรมใหม่ และ 3) กลยุทธ์เพื่อการเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ กล้าเผชิญปัญหาอย่างมีสติ นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ที่ปรับเปลี่ยนความคิดเดิมไปสู่กรอบความคิดใหม่สู่การเปลี่ยนแปลงตนเองผ่านประสบการณ์ที่ได้รับ มีจิตสำนึกใหม่เข้าใจตนเอง มีทักษะคิดวิเคราะห์ สะท้อนคิดลักษณะการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวิวรรณ บุปผาภา¹⁷ พบว่าการพัฒนาให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางจิตใจ ต้องใช้โปรแกรมการฝึกโดยใช้เหตุการณ์จำลอง เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ สัมพันธภาพ การมีสติ การช่วยเหลือระหว่างกัน และช่วยดึงศักยภาพในทางบวกของบุคคลนั้นออกมา

3. ผลการใช้กลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลหอผู้ป่วย อภิปรายผลได้ดังนี้

3.1 มีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมและรายด้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เป็นเพราะว่ากลยุทธ์ที่ใช้ในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถเสริมสร้างภูมิคุ้มกันที่ดี ที่มีต่อวิชาชีพ คำนึงกับการปฏิบัติงาน เสริมสร้างการรับรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน การเห็นคุณค่าในวิชาชีพผลต่อการแสดงออกในการปฏิบัติร่วมกันทักษะและความรับผิดชอบสูง ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองได้ดี เมื่อพบอุปสรรคสามารถนำพาตนให้ผ่านพ้นด้วยความสามารถของตนไปอย่างราบรื่น

3.2 กลุ่มทดลองที่ได้รับกลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน หลังการทดลองและหลังการติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การส่งเสริมป้องกันและแก้ปัญหา ด้านความเครียด ความเหนื่อยหน่ายจากการปฏิบัติของพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข และมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น และจะเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ตนเอง และผู้ป่วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การได้รับการเสริมสร้างกลยุทธ์จิตวิทยาผ่านกิจกรรม ด้านการสะท้อนคิด และเสริมกำลังใจให้มีความเชื่อมั่น และเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ทำให้สามารถปรับตนเข้ากับสถานการณ์ปัญหาต่างได้อย่างมีสติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำกลยุทธ์จิตวิทยาเชิงบูรณาการไปใช้ในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะงาน สถานที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ เช่น กลุ่มพยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลเวชกรรม หรือกลุ่มสนับสนุนทางกายภาพ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันภาวะหมดไฟ

ในการทำงาน และเพิ่มพูนความสุขในการ
ปฏิบัติหน้าที่ให้แก่ตัวผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

References

1. Sumalai P. The register nurses' burnout in Bamrasnaradura infectious disease institute. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(2): 66-78. (in Thai).
2. Na Wichian N, Rattanapongpinyo T, Thama-Apimon S. Factors affecting the nurse performance of government hospital nurses in Bangkok. Journal of The Police Nurse. 2020;12(2):277-89. (in Thai).
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Department of mental health joins hands with Sathiantham, a mental rehabilitation center for medical personnel workers in the COVID-19 situation and at-risk groups of people to create a prototype for the Bangkok area. [internet]. 2020 [cited 2020 Apr 11]. Available from: https://th.rajanukul.go.th/_adminfile-downloadFM-9372-1591591285.pdf. (in Thai).
4. Maneewan W, Songbundit A. Factor affecting teacher burnout of teacher under the Secondary Education Service Area Office 2 in Bangkok. SWU Educational Administration Journal. 2022;19(36):196-207. (in Thai).
5. Cheaplump S, Dangdomyouth P. Burnout syndrome. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2020;65(2):44-52. (in Thai).
6. Sinutpattanasuk P, Wijitraphan T. Risk factors of job burnout among personnel of Sanpatong hospital, Chiangmai province. Journal of Health Science. 2022;31(1):154-63. (in Thai).
7. Pimthong S. Antecedents of employee retention of the university academic staffs in Thailand. Journal of Business Administration. 2014;142(9):16-32. (in Thai).
8. Pimsakka R. Nursing management during the crisis of the COVID-19 pandemic. Thai Journal of Nursing. 2021;70(3):64-71. (in Thai).
9. Boonkiatcharoen V, Saengdiatha B, Vimolket T. Burnout among perioperative nurses in public hospitals in Bangkok. Royal Thai Army Medical Journal. 2018;71(3):163-72. (in Thai).
10. Santiparp P. Appreciative critical reflection in transformative learning process for enhancing self-esteem of undergraduate public health students: a qualitative study. The Turkish Online Journal of Educational Technology. 2017;39:39-48.
11. Sawaengdee K, Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, ministry of public health: policy recommendations. Journal of Health Science. 2017;26(2):456-68. (in Thai).
12. Progenuity. Adaptive strategy. [internet]. 2020 [cited 2024 Aug 27]; Available from: <https://www.progenuity.com.au/about.html>.

13. Choowichian N, Thapinta D, Sethabouppha H, Thungjaroenkul P. Factors predicting stress among nurses in the situation of unrest of the four Southern border provinces of Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology*. 2020;17(3): 269-84. (in Thai).
14. Kritthathip B, Boonchuaythanasit K. Relationship between self-efficacy and social support on coping with stress and coping with stress behaviors of nurses working in Pramongkutklao hospital. *Journal of Health Science Research*. 2016;10(2):1-7. (in Thai).
15. Panomrit S, Chareonsuk S, Ananchaipatana N. Self-regulation learning among nursing students who were different in perception of self-efficacy. *Journal of Nursing and Education*. 2011;4(2):94-107. (in Thai).
16. Photawon P, Pensuwan A, Wongpradis S. Breathing meditation program and stress level of nursing students in labor room practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2014;1(2):49-59. (in Thai).
17. Buppata T, Jaroenjittkul C, Kasiphol T, Nunsunanon S, The effectiveness of resilience enhancing program with mindfulness based on stress reduction and Tai Chi muscle relaxation among second year nursing students. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2022;15(2): 161-173. (in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการ กิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ชุตติมา มาลัย* สิริภพ โตเสม* อรุณช นุ่นละออง*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาทักษะชีวิตในนักศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นต่อการปรับตัวในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นการเตรียมนักศึกษาเป็นพยาบาลที่ดีและลดการสูญเสียนักศึกษาระหว่างการเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมฯ หลังการจัดการเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย : รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) การพัฒนาโปรแกรม 3) ประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรม โดยศึกษาจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 120 คนระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึง มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบประเมินทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล 2) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีและสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย : การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานฯ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม ส่วนที่ 2 เนื้อหาการเรียนรู้ ส่วนที่ 3 กระบวนการเรียนรู้ ผลการประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า 1) หลังการเรียนรู้คะแนนทักษะชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับมากขึ้นไปทุกด้าน

สรุปผล : การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะชีวิตเพิ่มสูงขึ้น สถานศึกษาพยาบาลควรนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษา

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการเรียนรู้ กิจกรรมเสริมหลักสูตร ทักษะชีวิต นักศึกษาพยาบาล

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน: สิริภพ โตเสม, E-mail: siraphob@bcnchainat.ac.th

Received: March 1, 2024

Revised: August 29, 2024

Accepted: August 31, 2024

Development of the project-based learning and extra-curricular activities program on life skills of nursing students

ChutimaMalai* Siraphob Tosem* Oranoot Nonla-ong*

Abstract

Background: Development of life skills among nursing students is necessary in adapting to changing situations. Preparing the students to be good nurses and reducing dropouts during study.

Objectives: To develop a project-based learning program integrated with extra-curricular activities on the life skills of nursing students and evaluate the effectiveness of the program after learning.

Methods: There were three phases of research and development; 1) Study the situation 2) Develop of program, and 3) Evaluation the effectiveness of programs. The sample consisted of 120 second-year nursing students in the academic year 2022 between October 2022 and March 2023. Data were analyzed using paired t-tests and descriptive statistics.

Results: The results found that the development of project-based learning program consisted of three components. The 1st component was the objectives of the program. The 2nd component was the learning content. The 3rd component was the learning process. After evaluating the effectiveness of the program, it was found that 1) The mean scores of life skills were significantly higher than before the experiment at the .05 level. 2) The overall satisfaction score after the learning activities was higher in every aspect.

Conclusions: Project-based learning integrated with extracurricular activities effectively improved the life skills of nursing students. Nursing education institutions should use this as guidelines for developing educational management.

Keywords: project-based learning, extracurricular activities, life skills, nursing students

* Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Boromrajonani College of Nursing Chai Nat

Corresponding Author: Siraphob Tosem, E-mail: siraphob@bcnchainat.ac.th

บทนำ

ทักษะชีวิตมีความจำเป็นในการดำรงชีวิตของวัยรุ่น เปรียบเสมือนภูมิคุ้มกันที่ช่วยสนับสนุนและลดปัญหาคุกคามชีวิต ช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดทักษะชีวิตย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ การเรียนครบถ้วน สังคมและการใช้ชีวิต^{1,2} นักศึกษาพยาบาลอยู่ในวัยที่ต้องปรับตัวด้านพัฒนาการตามวัย รวมทั้งการเรียนวิชาชีพการพยาบาล ต้องใช้ความรอบคอบและความรับผิดชอบสูง ต้องปรับตัวกับชีวิตในบริบทนักศึกษาพยาบาล ส่งผลให้เกิดความเครียด³ จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีความเครียดระดับปานกลาง³⁻⁵ ซึ่งผู้เรียนที่ขาดทักษะชีวิตที่ดี เมื่อสำเร็จการศึกษาอาจไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต เนื่องจากมีปัญหาด้านอารมณ์และมีความขัดแย้งในชีวิตได้ง่าย การพัฒนาทักษะชีวิตจึงจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล^{1,6}

การพัฒนาทักษะชีวิต พบว่ามีการพัฒนา 2 ลักษณะ คือ 1) การพัฒนาทักษะชีวิตผ่านการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยการเรียนรู้โครงการเป็นฐาน (Project-based learning) ส่งผลให้นักศึกษามีทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รวมถึงทักษะการคิดวิจารณ์ญาณสูงขึ้น และทักษะการตัดสินใจถูกต้องเหมาะสม^{1,7,8,9} 2) การพัฒนาทักษะชีวิต ผ่านกิจกรรมเสริมหลักสูตร ด้วยแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม (Training group) โดยการสร้างประสบการณ์ การสะท้อนการเรียนรู้ การสรุปองค์ความรู้ การประยุกต์ความรู้^{2,10} ให้นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ และปรับรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมนักศึกษาให้ดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ^{2,8}

การพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาทั้ง โดยการผ่านการเรียนรู้ในหลักสูตร นอกหลักสูตร และการสร้างโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต พบว่าประสิทธิผลเกิดในระยะสั้น^{1,11,12} แต่ยังคงพัฒนาให้เกิดการพัฒนาทักษะชีวิต ทั้งด้านสังคม ความคิดและการเผชิญทางอารมณ์ 'อย่างไรก็ดี การพัฒนาทักษะชีวิตที่จะบรรลุการเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ควรได้รับการพัฒนาทั้งความรู้และความสามารถในการใช้ชีวิต แนวทางหนึ่งคือการปูพื้นฐานทักษะการสร้างพฤติกรรมให้ผู้เรียน^{13,14} จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนกแต่ละวิทยาลัยแตกต่างกันและมีข้อเสนอแนะให้จัดกิจกรรมเสริมทักษะชีวิตทั้งในและนอกหลักสูตร โดยให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับการเรียนการสอน เพื่อประสิทธิภาพทักษะชีวิตนักศึกษา^{12,15,16} จะเห็นได้ว่าการพัฒนาทักษะชีวิตนักศึกษาเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้บริหารและอาจารย์ต้องร่วมกันพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ด้วยการพัฒนาโปรแกรมจัดการเรียนรู้ด้วยโครงการเป็นฐานบูรณาการกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตที่เป็นประสิทธิผลระยะยาวเตรียมพร้อมการเป็นพยาบาลที่ดี

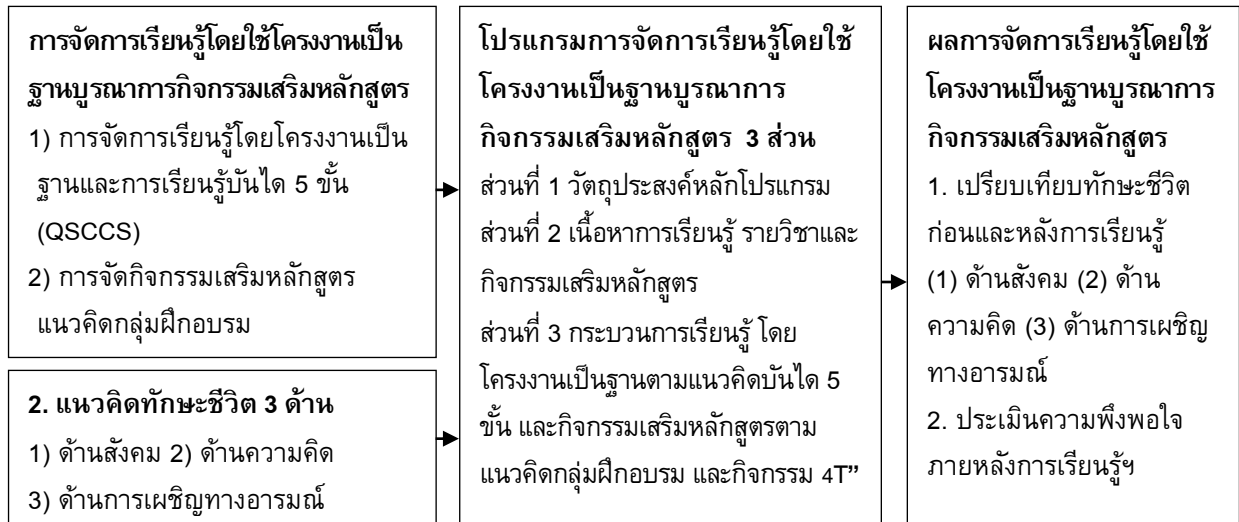
วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
- 2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
- 3) ประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประกอบด้วย 1) การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ด้วยการเรียนรู้แบบ 5 ขั้นตอน (QSCCS) ได้แก่ การเรียนรู้ประเด็นปัญหาโดยตั้งคำถาม การสืบค้นและรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การสร้างความรู้ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การแก้ปัญหาการประเมินโครงการและนำเสนอ 2) การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม (Training group) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ การสะท้อนการเรียนรู้ การสรุปองค์ความรู้สรุปความรู้เป็น

กิจกรรมที่นำไปปฏิบัติ และการประยุกต์ความรู้ ร่วมกับการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร “4T” คือ Talk for Change, Think for Change, Take care yourself for Change, Take the team for Change และ 3) แนวคิดทักษะชีวิต 3 ด้าน 7 ทักษะ 3.1) ด้านสังคม ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 3.2) ด้านความคิด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา 3.3) ด้านการเผชิญทางอารมณ์ ได้แก่ ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง^{17,18,19}



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีกระบวนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาด้านทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (Document study)

1) ศึกษาสถานการณ์การพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัย การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ทักษะชีวิต กิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อสังเคราะห์แนวคิดการสร้างโปรแกรมฯ เครื่องมือที่ใช้

แบบบันทึกเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา เก็บข้อมูล ตุลาคม-พฤศจิกายน 2565

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการ กิจกรรมเสริมหลักสูตรต่อการพัฒนาทักษะชีวิต

1. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้
ร่างที่ 1 เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2565 โดยนำ
แนวคิดที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 กำหนดโครงสร้างการ
เรียนรู้ ประกอบด้วยแผนการสอนวิชาจริยศาสตร์และ
กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล และกิจกรรมเสริม
หลักสูตร ยกร่างเป็นโปรแกรมห่างร่างที่ 1 ตรวจสอบ
คุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน เป็นคณะกรรมการ
บริหารหลักสูตร ประเมิน 5 ปีขึ้นไป วิเคราะห์ค่า
IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.78-1.00 มีข้อเสนอควรเพิ่ม
กิจกรรมกระบวนการคิดในแผนการสอนมากขึ้น นำผล
มาปรับปรุง นำไปทดลองใช้ระยะที่ 1

2. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้
ร่างที่ 2 เดือนมกราคม 2566 โดยนำผลจากการทดลอง
ใช้ระยะที่ 1 มาพัฒนาให้โปรแกรมห่างมีความสมบูรณ์
และยกร่างเป็นโปรแกรมห่างร่างที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพ
โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ด้านการสอนโดยใช้โครงงาน
เป็นฐาน 1 คน ด้านการจัดกิจกรรมนักศึกษา 1 คน
และด้านการพัฒนาทักษะชีวิต 1 คน นำผลมา
ปรับปรุงและนำไปทดลองใช้ระยะที่ 2

การทดลองใช้โปรแกรมฯ แบบกึ่งทดลอง
(Quasi-experimental design) กลุ่มเดียวทดสอบก่อน
และหลัง (One group pretest posttest design)

1. การทดลองระยะที่ 1 ให้ผู้เรียนเข้าใจ
ปัญหา สร้างความรู้จากการสืบค้นโดยใช้หลักฐานเชิง
ประจักษ์ ประชากรมี 2 กลุ่ม คือ 1) นักศึกษาชั้นปีที่
2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
สถาบันพระบรมราชชนก 120 คน แบ่งกลุ่มละ 15 คน
เพื่อศึกษาปัญหาและจัดทำโครงการแก้ปัญหา

2) อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ปฏิบัติงาน
ปีการศึกษา 2565 สถาบันพระบรมราชชนก คัดกลุ่ม
ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) 8 คน
จำแนกเป็น ผู้สอนและผู้ช่วยสอนวิชาจริยศาสตร์และ
กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล 4 คน และอาจารย์ที่
ปฏิบัติงานกลุ่มงานกิจการนักศึกษาประสบการณ์ 5 ปี
ขึ้นไป 4 คน เครื่องมือการทดลอง คือโปรแกรมการ
จัดการเรียนรู้ มีโครงสร้าง 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมเพื่อ
พัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 เนื้อหาการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาทักษะ
ชีวิต โดยมีการวิเคราะห์เนื้อหาและชั่วโมงเรียนรู้
วิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลฯ
หัวข้อ กฎหมายวิชาชีพการพยาบาล 9 ชั่วโมง และ
วิเคราะห์ประเด็นเรียนรู้กิจกรรมเสริมหลักสูตร
ที่สอดคล้องกับหัวข้อการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะการ
ติดต่อสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา 9 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 กระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน

1) เตรียมความพร้อมอาจารย์ และ
มอบหมายงานนักศึกษา ศึกษาข้อมูล กำหนดปัญหา
และตัดสินใจเลือกปัญหาจริยธรรมที่จะเรียนรู้

2) จัดการเรียนรู้โดยใช้โปรแกรมฯ
ระหว่างธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566

2.1) จัดการเรียนรู้ตามโปรแกรมห่าง โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ด้วยการเรียนรู้ QSCCS โดย
ระยะที่ 1 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน (1) การเรียนรู้ประเด็น
ปัญหาโดยตั้งคำถาม (2) การสืบค้นและรวบรวมข้อมูล
โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) การสร้างความรู้จากการ
แลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่ม (4) การนำเสนอผลงาน

2.2) จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรตาม
แนวคิดกลุ่มฝึกอบรม ได้แก่ การสร้างประสบการณ์
การสะท้อนการเรียนรู้ การสรุปองค์ความรู้เป็น
กิจกรรม การประยุกต์ความรู้ไปปฏิบัติ

3) ประเมินผลโดยประชุมสนทนากลุ่มสะท้อนความคิดเห็นผู้เรียน นำไปปรับปรุง ยกร่างโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ เป็นร่างที่ 2

2. การทดลองระยะที่ 2 ผู้เรียนทบทวนปัญหา สืบค้นความรู้เพิ่มเติม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติโครงการในสภาพการณ์จริง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาและอาจารย์กลุ่มเดิม เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้ ร่างที่ 2 ได้แก่

ส่วนที่ 1 วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรมเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 เนื้อหาการเรียนรู้ พัฒนาทักษะชีวิต รายวิชาเดิม หัวข้อทฤษฎีจริยศาสตร์ จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ปัญหาจริยธรรมและการพัฒนาจริยธรรม 24 ชั่วโมง และประเด็นเรียนรู้

กิจกรรมเสริมหลักสูตร ได้แก่ การติดต่อสื่อสาร การเห็นใจผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ การตัดสินใจแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การตระหนักรู้ตนเอง 24 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 กระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน

1) การเตรียมความพร้อมอาจารย์เพื่อสร้างความเข้าใจและวางแผนเพิ่มเติม

2) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมฯ เดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2566 2.1) จัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ด้วยการเรียนรู้ 5 ขั้น (QSCCS) ดังตารางที่ 1 2.2) การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม ด้วยหลัก “4T” ดังตารางที่ 2

3) ประเมินผล โดยสนทนากลุ่มผู้สอนกับผู้เรียน เรื่องความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรค ข้อค้นพบการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ตารางที่ 1 การจัดการเรียนรู้ ด้วยกระบวนการเรียนรู้บันได 5 ขั้น (QSCCS)

สัปดาห์ที่	กิจกรรมการเรียนรู้
1 (3 ชม.)	(1) การเรียนรู้ประเด็นปัญหาโดยการตั้งคำถาม (Q=Learn to Question) ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนศึกษาปัญหาโดยตั้งคำถามค้นหาปัญหา สรุปปัญหา สร้างความเข้าใจ สรุปสาเหตุเป็นแผนผังความคิดกลุ่ม เชื่อมโยงสู่ความเป็นมาและความสำคัญของโครงการ
2 (3 ชม.)	(2) การสืบค้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(S=Learn to Search) นักศึกษาสืบค้นความรู้และจากงานวิจัย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มย่อย วิเคราะห์ความสอดคล้องของปัญหาตามขั้นตอน PICO สรุปผลการเรียนรู้ที่จะใช้แก้ปัญหา ประเมินการทำงานกลุ่มร่วมกันและสรุปการเรียนรู้
3 (3 ชม.)	(3) การสร้างความรู้ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (C=Learn to Construct) ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม ผู้เรียนนำความรู้จากการเรียนรู้ทฤษฎีในระยะที่1 ร่วมกับข้อค้นพบกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชั้นเรียน (C=Learn to Communicate) กลุ่มย่อยสรุปแนวทางแก้ปัญหา สร้างกิจกรรมที่ปฏิบัติได้จริง ผู้สอนกลุ่มประเมินความเหมาะสมเพื่อออกแบบและเขียนโครงการ
4-7 (12 ชม.)	(4) การแก้ปัญหาเพื่อให้บริการสังคมภายในวิทยาลัยฯ โดยการดำเนินโครงการตามที่กำหนด (S=Learn to Serve) ประเมินผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สอนรายสัปดาห์ และสรุปผลการเรียนรู้
8 (3 ชม.)	(5) การประเมินโครงการและนำเสนอผลงานโดยการสรุปข้อมูลและนำเสนอผลงานประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาการประยุกต์ความรู้มาใช้แก้ปัญหา(C =Learn to Communicate)ผู้เรียนแลกเปลี่ยน สรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนตรวจสอบผลการเรียนรู้และประโยชน์จากการเรียนรู้

ตารางที่ 2 การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร ตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม ด้วยหลัก “4T” รายสัปดาห์

สัปดาห์	กิจกรรมเสริมหลักสูตร	กิจกรรมการเรียนรู้
1-2 (6 ชม.)	“นำทีมร่วมคิด”สร้างคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล (Talk for Change)	พบผู้บริหารเพื่อร่วมบริหาร และสโมสรสังสรรค์ผู้บริหาร
3-4 (6 ชม.)	“กล้าคิด กล้าทำ” สร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Think for Change)	นักศึกษาพยาบาลผู้ประกอบการ และสืบค้นเพื่อสร้างสรรค์ผลงาน
5-6 (6 ชม.)	“พาทีมทำความดี” สร้างโลกสดใสใส่ใจสิ่งแวดล้อม (Take the team for Change)	นำวัสดุเหลือใช้มาสร้างคุณค่า และร่วมสร้างวิทยาลัยสีเขียว
7-8 (6 ชม.)	“พัฒนาตน” สร้างทักษะการเป็นพลเมืองที่ดี (Take care yourself for Change)	สืบสานต่อยอดรักษาดมเนินธรรมประเพณี

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผล โปรแกรมการจัดการเรียนรู้

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล 1) แบบประเมินทักษะชีวิตนักศึกษาพยาบาล ดัดแปลงแบบประเมินจากการศึกษา^{1,17,18} ส่วนที่ 1 ลักษณะบุคคล ส่วนที่ 2 ทักษะชีวิต 53 ข้อ 2) แบบประเมินความพึงพอใจ (1) ด้านการจัดการเรียนรู้ ดัดแปลงจากแบบประเมินที่ผ่านมา^{1,17,20} 20 ข้อ (2) ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร 14 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คนชุดเดิม วิเคราะห์ ค่า IOC เท่ากับ 0.89, 0.82 ตามลำดับ ตรวจสอบ Cronbach's alpha coefficient 0.81, 0.89 ตามลำดับ ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บข้อมูลและสิทธิการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลทักษะชีวิตก่อนการเรียนรู้ เดือนตุลาคม 2565 หลังการเรียนรู้และความพึงพอใจ เดือนมีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้วย Paired t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หนังสือรับรองเลขที่ BCNC-IRB 005/2565 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ การพัฒนาด้านทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

1) พบว่าสภาพการจัดการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดพระบรมราชชนก โดยวิเคราะห์งานวิจัยและเอกสารมคอ.3 ของวิทยาลัย พบว่า มีการจัดการเรียนรู้โดยการใช้โครงงานเป็นฐานวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2,3 การวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ และการเรียนรู้แบบ 5 ขั้น (QSCCS) มีการวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และทักษะผู้เรียนแต่ไม่ครอบคลุมทักษะชีวิต และยังไม่มีการขยายผลการเรียนรู้ไปรายวิชาอื่น

2) ผลการศึกษาเอกสารงานวิจัย ทักษะชีวิตนักศึกษาพยาบาล 3 ด้าน 1) ด้านสังคม ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล 2) ด้านความคิด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา และ 3) ด้านการเผชิญทางอารมณ์ ได้แก่ ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ทักษะความ

ตระหนักรู้ในตนเอง^{1,17,20} แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ด้วยการเรียนรู้แบบ 5 ขั้นตอน (QSCCS) แนวคิดการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้วยแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม¹⁹

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม 2) เนื้อหาการเรียนรู้ 3) กระบวนการเรียนรู้ โดยจัดการเรียนรู้โครงงานเป็นฐานด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบ 5 ขั้นตอน (QSCCS) ร่วมกับการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรมด้วยหลัก “4T” (Talk for change, Think for change, Take the team for change, Take care yourself for change)

3. ผลประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการเรียนรู้พบว่าหลังการเรียนรู้ คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t_{119}=50.99, p<.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านสังคมและด้านความคิดเพิ่มขึ้น ($t_{119}=37.01, p<.001$ และ $t_{119}=27.92, p<.001$) แต่ด้านการเผชิญทางอารมณ์คะแนนเฉลี่ยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{119}=2.03, p>.05$) และเมื่อเปรียบเทียบรายทักษะ พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการติดต่อสื่อสาร ($t_{119}=36.38, p<.001$) 2) ทักษะการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ($t_{119}=32.39, p<.001$) 3) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ($t_{119}=14.52, p<.001$) 4) ทักษะการตัดสินใจ ($t_{119}=31.21, p<.001$) 5) และทักษะการแก้ปัญหา ($t_{119}=14.67, p<.001$) และพบว่าทักษะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด ($t_{119}=1.79, p>.05$) 2) และทักษะความตระหนักรู้ในตนเอง ($t_{119}=-.95, p>.05$)

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตรายทักษะและโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้ (N=120)

ทักษะชีวิต	ก่อนการจัดการเรียนรู้			หลังการจัดการเรียนรู้			t (1-tailed)	df	p- value
	M	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ			
1. ด้านสังคม	3.29	.21	ปานกลาง	4.26	.22	สูง	37.01	119	<.001
ทักษะการติดต่อสื่อสาร	3.32	.23	ปานกลาง	4.33	.24	สูง	36.38	119	<.001
ทักษะการเห็นใจบุคคลอื่น	3.26	.23	ปานกลาง	4.22	.26	สูง	32.39	119	<.001
ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ	3.31	.70	ปานกลาง	4.24	.17	สูง	14.52	119	<.001
2. ด้านความคิด	3.19	.13	ปานกลาง	3.93	.29	สูง	27.92	119	<.001
ทักษะการตัดสินใจ	3.18	.21	ปานกลาง	3.96	.25	สูง	31.21	119	<.001
ทักษะการแก้ปัญหา	3.20	.15	ปานกลาง	3.90	.52	สูง	14.67	119	<.001
3. ด้านการเผชิญทางอารมณ์	3.19	.14	ปานกลาง	3.20	.17	ปานกลาง	2.03	119	.55
ทักษะการจัดการอารมณ์	3.22	.19	ปานกลาง	3.25	.24	ปานกลาง	1.79	119	.07
ทักษะความตระหนักรู้ตนเอง	3.16	.21	ปานกลาง	3.18	.22	ปานกลาง	.95	119	.31
ทักษะชีวิตโดยรวม	3.22	.12	ปานกลาง	3.80	.12	สูง	50.99	119	<.001

*p<.05

ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา
พยาบาล ภายหลังการจัดการเรียนรู้พบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม ด้าน
การจัดการเรียนการสอนอยู่ระดับมาก ($\bar{x}=4.45$)
เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการเรียนรู้อยู่
ระดับมาก ($\bar{x}=4.32$) และผลกระทบจากการจัดการ
เรียนรู้อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.57$)

2) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมด้าน
กิจกรรมเสริมหลักสูตรอยู่ระดับมาก ($\bar{x}=4.21$) เมื่อ
พิจารณารายด้าน พบว่าด้านการจัดกิจกรรมอยู่ระดับ
มาก ($\bar{x}=4.28$) ด้านผลกระทบจากการจัดกิจกรรมอยู่
ระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.51$)

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 สภาพการจัดการเรียนรู้ของ
วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสถาบันพระบรมราชชนก
พบว่า มีการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน
จำนวน 3 วิชา โดยใช้แนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์
และการเรียนรู้แบบ 5 ขั้น (QSCCS) โดยมีการวัดผล
ผลลัพธ์การเรียนรู้และทักษะผู้เรียน แต่ไม่ครอบคลุม
ทักษะชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่ให้ข้อเสนอ
การพัฒนาทักษะชีวิต วิทยาลัยต้องจัดกิจกรรมเพื่อ
ส่งเสริมทักษะที่สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้เพื่อ
เพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาทักษะชีวิต⁶

ประเด็นที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการจัดการ
เรียนรู้ มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1
วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม ส่วนที่ 2 เนื้อหาการ
เรียนรู้โดยวิเคราะห์สาระการเรียนรู้วิชาและกิจกรรม
เสริมหลักสูตรที่มีความสอดคล้องกันกับทักษะที่
ต้องการพัฒนา เพื่อจัดเตรียมการเรียนรู้ในการพัฒนา
ทักษะชีวิตส่วนที่ 3 กระบวนการเรียนรู้อธิบายขั้นตอน

การเรียนรู้ 3 ขั้นตอน 1) การเตรียมความพร้อม
2) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมการจัดการ
เรียนรู้ โดยการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานด้วย
การเรียนรู้แบบ 5 ขั้น (QSCCS) และการจัดกิจกรรม
เสริมหลักสูตรตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรม ด้วยหลัก
“4T” 3) ประเมินผลเพื่อสรุปการเรียนรู้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้
พัฒนาโปรแกรมฯ ตามแนวคิดและขั้นตอนการ
วิจัยและพัฒนา (R&D) มีการทวนสอบด้วย
ผู้เชี่ยวชาญร่างโปรแกรมและทดลองใช้ 2
ระยะ เพื่อหาประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผล
การศึกษาที่เสนอแนวคิดและขั้นตอนการวิจัยและ
พัฒนา (R&D) ในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้
ให้เกิดประสิทธิภาพ⁸

ประเด็นที่ 3 การประเมินประสิทธิผล
โปรแกรมการจัดการเรียนรู้ พบว่าหลังการเรียนรู้
คะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ
จัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการจัดการ
เรียนรู้ที่ใช้โครงงานเป็นฐานนำมาสู่ผลลัพธ์การเกิด
ทักษะการคิดและการสื่อสารที่ดีขึ้น¹ ร่วมกับการจัด
กิจกรรมเสริมหลักสูตร Talk for Change และ Think
for Change ทำให้เกิดการวิเคราะห์การแก้ปัญหา
ค่าเฉลี่ยทักษะชีวิตด้านการคิด ด้านการตัดสินใจและ
ทักษะการแก้ปัญหาจึงมีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ส่วน
กิจกรรม Take the team for Change และ Take care
yourself for Change ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการ
พัฒนาด้านจิตสำนึก ความรับผิดชอบ ช่วยพัฒนา
ทักษะทางสังคมแก่นักศึกษา สัมพันธ์กับการศึกษาที่
ผ่านมาที่อธิบายถึงการนำกิจกรรมเสริมหลักสูตร
นำมาช่วยส่งเสริมให้มีการสื่อสาร การทำงานร่วมกัน
ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะชีวิตได้อย่าง

มีประสิทธิภาพ²¹ แต่การที่ทักษะชีวิตด้านการเผชิญทางอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากมีเวลาดำเนินการและการติดตามไม่เพียงพอและกิจกรรมต้องอาศัยประสบการณ์การทำซ้ำในแต่ละสถานการณ์ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาคือจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดได้²²

ความพึงพอใจภายหลังการจัดการเรียนรู้พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ระดับมาก ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานร่วมกับการบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตร เกิดจากการออกแบบจากสภาพการณ์จริง เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีบทบาทออกแบบการเรียนรู้ ส่งเสริมให้มีการตั้งคำถามจากปัญหาและมีกระบวนการสืบค้นปัญหา จนถึงขั้นสรุปผลการดำเนินการ โดยมีผู้สอนให้คำแนะนำทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ จนนำไปสู่การได้เห็นผลของความสำเร็จและเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจเป็นผลทำให้ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก² และส่งผลต่อการพัฒนาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานบูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรเป็นการวิจัยและพัฒนา ที่มีการศึกษาสภาพการณ์เพื่อนำสังเคราะห์กรอบการพัฒนา ผลการพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์หลักของโปรแกรม 2) เนื้อหาการเรียนรู้ และ 3) กระบวนการเรียนรู้โดยจัดการเรียนรู้โครงงานเป็นฐานด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบ 5 ขั้นตอน(QSCCS)ร่วมกับการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรตามแนวคิดกลุ่มฝึกอบรมด้วยหลัก “4T”

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพบว่า หลังการเรียนรู้ ทักษะชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจโดยรวม ทั้งด้านการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรอยู่ระดับมากขึ้นไปทุกด้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารและหน่วยงานการศึกษาควรให้ความสำคัญและส่งเสริมการนำโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ พัฒนาการจัดการเรียนรู้บูรณาการกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตเพิ่มขึ้น ครอบคลุมทุกสาขาวิชา เพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของผู้เรียนเกิดประสิทธิผลระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามทักษะชีวิตของนักศึกษาต่อเนื่องจนสำเร็จการศึกษา และภายหลังการปฏิบัติงาน 1 ปี เพื่อติดตามประสิทธิผลระยะยาวของโปรแกรมการคงอยู่ของทักษะชีวิตในนักศึกษา

2) ควรศึกษาวิจัยทั้งรายวิชาหรือขยายผลไปรายวิชาอื่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวมรายวิชา ซึ่งอาจทำให้มีการพัฒนาทักษะชีวิตครอบคลุมทุกด้านและทุกทักษะที่สูงขึ้น

References

1. Wuttijurepan A, No-in K, Chaiwongnakkapun C. Effectiveness of the project-based learning on life skills of nursing students. Journal of Health Sciences Scholarship. 2021;8(2):148-65. (in Thai).
2. Panthong K, Makmee P, Ruengtip P, Thongchai P, Pradujprom P. The

- development of life skills in critical cognitive skills of student in the vocational. The journal of faculty of nursing Burapha University.2019;27(30):10-22. (in Thai).
3. YodthongS, Sanee N, Chansungnoen N. Stressandcoping among nursing students in principles and nursing techniques practicum. Boromarajonani College of Nursing,Trang. The 9th Hatyainational and international conference; 761-72. (in Thai)
4. Kaewsakulthong J. Factors predicting stress among nursing students under thePraboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Journal of health research and Innovation. 2019;2(1):1-11. (in Thai).
5. Khumtorn L, Suwanvela S, Thaicharoen C.Factors relating to resilience ofnursing students. Mahasarakham Hospital Journal.2018;15(2):144-53. (in Thai).
6. Junwin B, Witwattanangoon A, Junyaem U, Chiaprasert S. 21st Century Learning Skills of Nursing Students at the Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS. 2022; 5(1):119-133. (in Thai).
7. Pipattanawong W. Life skill of Thai Teen in 21st century. Payap University Journal. 2018;24(2):39-63.
8. Malai C, Jansook N, Tosem S, Jarpum J. Education administration model for 21st century skills development of nursing students. Journal of nursing and education.2019;12(4):121-39. (in Thai).
9. SuvithayasiriK, Wadyim N, Techamuanwaivit S, Padklang S.The Effects of project-basedlearning to create innovation for developing of reflective thinking ability of nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):164-77. (in Thai).
10. Padasri W. The development of emotional and social intelligence among vocational students using a life skills training program [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2017.(in Thai).
11. Jiramanaswong A, Howharn C, Wannatawee P. A study on life skills of undergraduate nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surin. Nursing Public Health and Education Journal 2020;21(1):139-65. (in Thai).
12. Sarakshetrin, A, Sriyasak A, Howharn C, KunlakaS.Astudy on life skills of undergraduate nursing students Prachomklao College of Nursing,

- Phetchaburi Province. Hua Hin medical journal 2021;6(1):22-32. (in Thai).
13. Kliawthong S. Some factors affecting to life skills of mathayomsuksa V students in the secondary education service office area II [dissertation]. [Bangkok]: Srinakharinwirot University; 2014. (in Thai).
 14. Pipattanawong W. Life skill of Thai teen in 21st Century. Payap University Journal. 2014;2:39-63. (in Thai).
 15. Khumtom L, Suwanvela S, Thaicharoen C. Factors relating to resilience of nursing students. Mahasarakham Hospital Journal. 2018;2:144-53. (in Thai).
 16. Tantalanutkul S. Model of stress reduction for nursing students in northern-region nursing colleges by Ministry of Public Health. Phitsanulok: Naresuan University; 2022.
 17. Sarakshetri A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: Competencies and roles of nursing instructors. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):12-20. (in Thai).
 18. Voracharoensri S. A study of life skills and a training group model construction for developing life skills of adolescent students. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007.
 19. Nelson JR. Group leadership: A training approach. CA: Brooks Cole Publishing; 1992.
 20. Kusiriot K, Nuchprayoon N. Effect of developing through Zoom Cloud meetings applications to promote affecting practice skills for website development of undergraduate students. College of Asian Scholars Journal. 2022; 12(3):144-53. (in Thai).
 21. Somtua N, Sansuk J, Amomrojanavaravutti W. Learning, integrating extra-curricular activities (simulated family system) to support thinking skills and creative problem-solving skills of nursing students. Journal of research and curriculum development. 2019;9(2):344-61. (in Thai).
 22. Cortellazzo L, Bonesso S, Gerli F, Pizzi C. Experiences that matter: Unraveling the link between extracurricular activities and emotional and social competencies. Frontiers in psychology. 2021;12:659526.



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCN Non Health Science Research Journal)

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ดิฉัน นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....มีความประสงค์
ขอชำระค่าใช้จ่ายค่าตีพิมพ์ ดังนี้

ฉบับภาษาไทย

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 5,000 บาท

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 6,000 บาท

ฉบับภาษาอังกฤษ

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 8,000 บาท

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 9,000 บาท

ชำระเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) โดยชำระทาง

☐ เงินสด ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

☐ โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ส่งหลักฐาน e-mail: bcnnjournal@bcnnon.ac.th หรือ Fax มาที่ 0 2526 2904 ถึง

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสาร

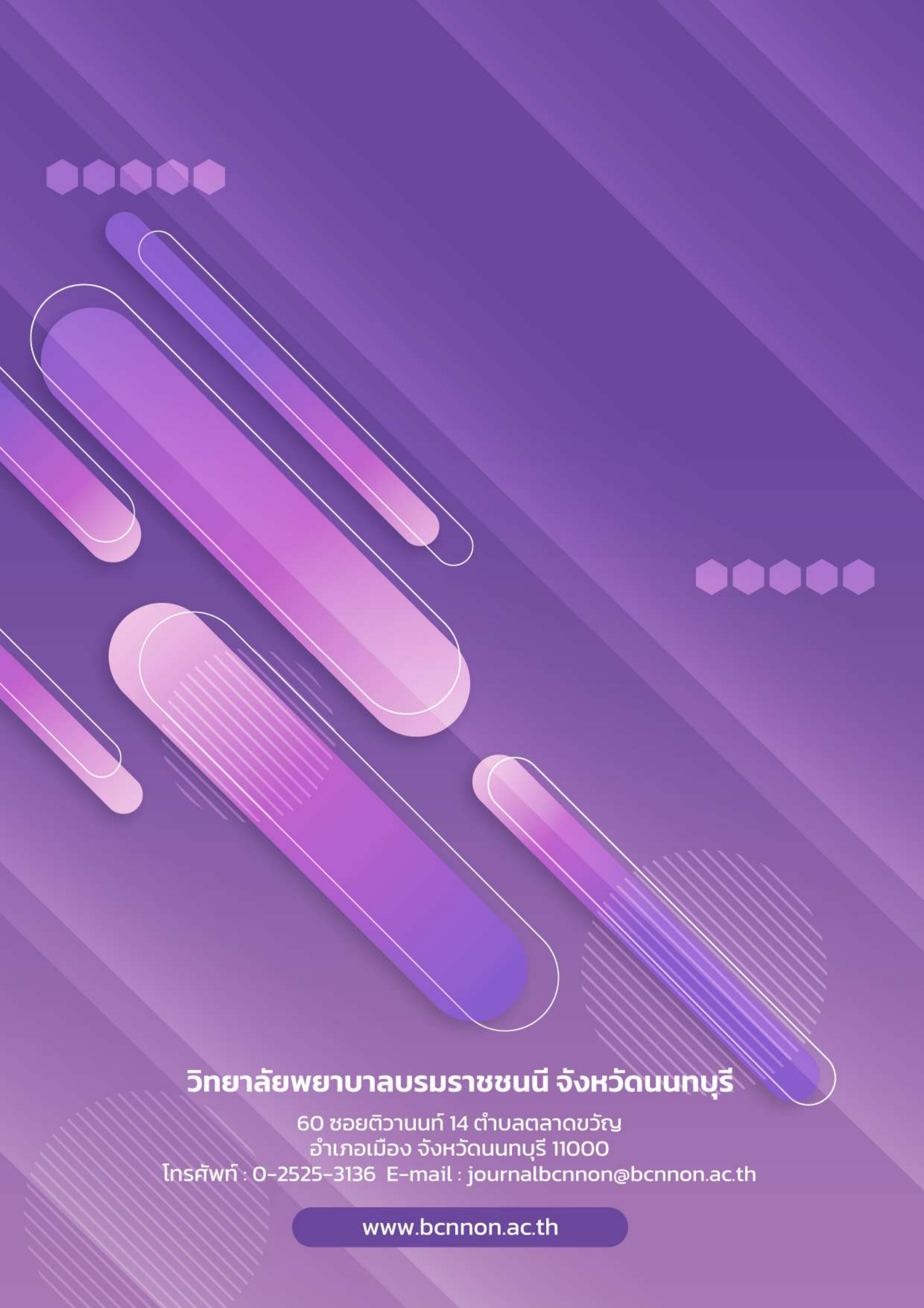
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : บทความวิชาการ วารสารรับตีพิมพ์เพียง 2 เรื่องต่อฉบับ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 E-mail : journalbcnnon@bcnnon.ac.th

www.bcnnon.ac.th