



วารสาร กองการพยาบาล Journal of Nursing Division

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569

Vol 53 No.2 May-August 2026

ISSN 3088-1706 (online)

วารสารกองการพยาบาล

Journal of Nursing Division

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2569 Vol. 53 No.2 May-August 2026 eISSN 3088-1706

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรทางการพยาบาล ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ที่สนใจหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ชื่อวารสาร ภาษาไทย

: วารสารกองการพยาบาล

ภาษาอังกฤษ

: Journal of Nursing Division

ขอบเขต

วารสารกองการพยาบาลจะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลการผดุงครรภ์การสาธารณสุขหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนี้

1. บทความวิจัยทุกประเภท ทั้งจากส่วนบริการ ส่วนการศึกษา และส่วนสนับสนุน
2. บทความวิชาการได้แก่ บทความด้านการศึกษา การบริหาร และบริการพยาบาล (ผลงานการพัฒนาคุณภาพนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีทางการพยาบาล)
3. ข่าวสาร สารความรู้ ที่มาจากองค์กรพยาบาล องค์กรสาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม -เมษายน พฤษภาคม -สิงหาคม กันยายน -ธันวาคม

บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสารกองการพยาบาล ถือว่าเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง อย่างไรก็ตามกองการพยาบาล และกองบรรณาธิการมีสิทธิที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้อง ตามหลักภาษา และความเหมาะสมได้

เจ้าของ

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 4 ชั้น 4 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-6294 โทรสาร 0-2590-6295
Website: <https://www.don.go.th/>
อีเมล: ndjournal@gmail.com

Copyright

Nursing Division, Office of Permanent Secretary
Building 4, 4th Floor Department of Medical Services,
Ministry of Public Health โทรศัพท์ 0-2590-6294
Tiwanon Rd, Muang District, Nonthaburi 11000
Website: <https://www.don.go.th/>
Tel. 0-2590-6294 Fax 0-2590-6295
E-mail: ndjournal@gmail.com

กองบรรณาธิการ วารสารกองการพยาบาล
(EDITORIAL BOARD Journal of Nursing Division)

คณะที่ปรึกษา (Advisory Board)

- | | | | | |
|----------------------|--------------|-----------|----------------|--------------|
| 1. ดร.ธีรพร | สถิรอังกูร | Teeraporn | Sathira-angura | กองการพยาบาล |
| 2. อาจารย์ศิริมา | ลีละวงศ์ | Sirima | Leelawong | สภาการพยาบาล |
| 3. อาจารย์อัมราภัสร์ | อรรถชัยวัฒน์ | Armarapas | Atthachaiwat | กองการพยาบาล |

บรรณาธิการ (Editor)

- | | | | | |
|------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. อาจารย์อุไรพร | จันทะอุมเมา | Uraiporn | Janta-um-mou | กองการพยาบาล |
| 2. ดร.กนกพร | แจ่มสมบุญ | Dr.Kanogporn | Jamsomboon | กองการพยาบาล |

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

- | | | | | |
|-------------|----------------|------------|-------------|--------------|
| 1. ดร.ศศมน | ศรีสุทิตศักดิ์ | Dr.Sasamon | Srisuthisak | กองการพยาบาล |
| 2. นายวชิรา | โพธิ์ใส | Vachira | Posai | กองการพยาบาล |

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

- | | | |
|--|----------------|------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ | ภทรสกุล | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| (Professor Dr. Patraporn Bhatarasakoon) | | |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ | พุททาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| (Associate Professor Dr. Somjai Puttapitukpol) | | |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดนุลดา | จามจุรี | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| (Associate Professor Dr. Danulada Jamjuree) | | |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พนารัตน์ | วิศวเทพนิมิตร | สถาบันบรมราชชนก |
| (Assistant Professor Dr. Panarut Wisawatapnimit) | | |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา | กรีทอง | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| (Assistant Professor Dr. Phuangphaka Krethong) | | |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editor)

- | | | | |
|------------------|---------|------------------|--------------|
| 1. นางวิภา | ตุนาค | Wipa Tunak | กองการพยาบาล |
| 2. นางสาวศุภิสรา | พลครุฑ | Supisara polkrut | กองการพยาบาล |
| 3. นางสาวสุพิชชา | อุดมไชย | Supicha Udomchai | กองการพยาบาล |

ฝ่ายจัดการวารสาร (Management Staff)

- | | | | | | |
|----------------|------------|--------------|------------------|------------|--------------|
| 1. นายนิชมาน | เทือกปัญญา | กองการพยาบาล | 3. นายภูวนาด | ป้อมเมือง | กองการพยาบาล |
| 2. นางจรรุวรรณ | จันทา | กองการพยาบาล | 4. นางสาวสรินทร์ | บุญเหลี่ยม | กองการพยาบาล |

วารสารกองการพยาบาล (Journal of Nursing Division)
 รายงานผู้พิจารณากลับกรองบทความวิจัย/วิชาการ (Peer review)

1. ศาสตราจารย์ ดร. จงกลณี เรื่องอัมพร โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
4. รองศาสตราจารย์ ดร.เวหา เกษมสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.ดนุตา จามจุรี วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยพะเยา
6. รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา สาธิยมาส มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา กรีทอง มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ สถาบันพระบรมราชชนก
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา สถาบันพระบรมราชชนก
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารัตน์ หัวหาญ สถาบันพระบรมราชชนก
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรัชย์ มณีเนตร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวณ สารข้าวคำ มหาวิทยาลัยมหิดล
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
15. ดร.กฤษดา แสงดี สภาการพยาบาล
16. ดร.ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล มหาวิทยาลัยมหิดล
17. ดร.นวรรตน์ สุทธิพงศ์ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
18. ดร.ชลียา วามะลุน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
19. ดร.จิราภรณ์ ศรไชย ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
20. ดร.ชาริน สุวรรณวงศ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
21. ดร.โชติณินท์ เลิศนิตธำรงรัฐ สถาบันโรคผิวหนัง
22. ดร.สุกมา แสงเดือนฉาย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
23. ดร.อุทยา นาคเจริญ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
24. ดร. สุรีย์พร กุมภะคาม นักวิชาการอิสระ
25. ดร.ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์ นักวิชาการอิสระ

26. ดร.กนกพร	แจ่มสมบุญ	นักวิชาการอิสระ
27. นางสาวไศภิชฐ์	สุวรรณเกษาวงษ์	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
28. นางพรรณณี	บัลลังก์	สถาบันโรคทรวงอก
29. ดร.กนกพร	แจ่มสมบุญ	นักวิชาการอิสระ
30. นางศิริมา	ลีละวงศ์	นักวิชาการอิสระ
31. นางสาวสมจิตต์	วงศ์สุวรรณศิริ	นักวิชาการอิสระ
32. ดร.ธีรพร	สถิรอังกูร	กองการพยาบาล
33. นางอัมราภัสร์	อรรถชัยวัฒน์	กองการพยาบาล
34. นางสาวอุไรพร	จันทะอุ่มเมา	กองการพยาบาล
35. ดร.อรรธยา	อมรพรหมภักดี	กองการพยาบาล
36. ดร.พัชรีย์	กัตต์จอมพงษ์	กองการพยาบาล
37. นางสาวขวัญนภา	ขวัญสถาพรกุล	กองการพยาบาล
38. ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ	วณิชโยบล	กองการพยาบาล
39. นางนันทรัตน์	ศรีวชิรางกูร	กองการพยาบาล
40. นายวชิรา	โพธิ์ใส	กองการพยาบาล
41. นายภราดร	ยิ่งยวด	กองการพยาบาล

สารบัญ		Content
บรรณาธิการแถลง		Chief Editorial
บทความวิจัย		
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง จตุพร จันทะพุกษ์ ชนุกร แก้วมณี พนัญญา ขันติจิตร	1	Spiritual Well-Being of Older Adults with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study in Ubon Ratchathani Jatuporn Janthapuek Chanukorn Kaewmanee Phanatchaya Khantichitr
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ชนิษฐา ปองดอง ฐิตาพร กันทะเนตร ดลหทัย จตุรคเชนทร์เดชา	16	Model development for promoting cervical cancer awareness and self-collection of HPV samples for cervical cancer screening (HPV Self Sampling) among public health volunteers in Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province Kannita Pongdong Thitaporn Kantanate Donhathai Jaturakhachendechea
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อมรรวรรณ ฤทธิเรือง สิริลักษณ์ ทองห้วย	24	Effects of a Self-Efficacy Enhancement Exercise Program using Stretch-and-Squat Aerobics on Balance among Older Adults with Hypertension Amornwan Rttitruang Siraluk Tonghui
ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความพร้อมและการะของญาติผู้ดูแล นันทยา เสนีย์ วราณี สัมฤทธิ์	37	Effects of a Discharge Planning Program for Stroke Patients on Readiness and Caregiving Burden among Family Caregivers Nuntaya Sanee Waranee Sumrit
ผลของโปรแกรมให้การปรึกษาแบบกลุ่มแบบผสมผสานต่อความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดทุมธานี ผุสดี ชูชีพ ฟารีดา คชฤทธิ์	51	The Effects of Eclectic Group Counseling Program on Stress coping ability of Caregiver in non -communicated disease in Community Pathum Thani Province Pusadee Chucheeep Fareeda Korcharit
ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม: การศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี นุชรินทร์ โคตรชัย จิรวรรณ อินคุ่ม กิตศราวุฒิ ขวัญขาริ อริสรา สุขวักจันี	60	Effectiveness of a Nurse Competency Enhancement Program on Reducing the Incidence of Unplanned Extubation in Critically Ill Medical Patients: A Comparative Study with 4-Year Retrospective Data Nuchjarin Kotchai Jirawan Inkoom Kitsarawut Khuancharee Arisara Sukwatjanee

สารบัญ		Content
บทความวิจัย (ต่อ)		
ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุตรดิตถ์ สุปราณี หมื่นยา อธิพิณ แก้วฟอง	73	Impacts and Mental Health Problems among Older Adults in Areas Affected by Flood Disasters in Uttaradit Province Supranee Muenya Ittipol Kaewfong
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะ ขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ชิตชนก เชาวดี เบญจวรรณ จันทรชิว	86	Development of nursing practice guideline for preventing birth asphyxia of newborn in labor room at Huaiyot hospital, Huaiyot District, Trang Province Chitchanok Chaowadee Benjawan Jantarasiw
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความ ปลอดภัยทางการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน รุจิรัตน์ มณีศรี เดือนเพ็ญดาว ชิวส์พิมาย	103	Effect of a Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) Learning Program on Professional Nursing Competencies Penchun Saenprasarn Rujiruth Maneesri Daunpendao Chiewsapimai
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรี ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ นิรมล พจน์ดั่ง สุจิตรา พึ่งเฟื่อง เปรมฤดี บุญภักทรานนท์ สมศรี ทิพย์ประสพโชค พชรพร พิเชฐโสภณ	117	The development of a health promotion model for women cancer survivors at the National Cancer Institute Niramon Pojdoung Sujira Foongfaung Premruedee Boonphattranon Somsri Thipprasopchock Patcharaporn Pichetsopon
อิทธิพลของปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์และปัจจัยเชิง จิตสังคมต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษา พยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พรรณภา เรืองกิจ วาสนา ดำดี ปนัดดา โพธิ์พุ่ม	133	The Influence of Social Media and Psychosocial Factors on the Intention to Use E-cigarettes among Nursing Students of Praboromarajchanok Institute Phannapa Ruangkit Wassana Damdee Panadda Phophum
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิง วิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเลิดสิน กระทรวงสาธารณสุข ณัฐธิดา พงษ์ภมร วันเพ็ญ แก้วปาน ลลิตา แก้ววิไล ชวภณ สารข้าวคำ	148	Factors related to the professional quality of work life of nurses at Lerdsin Hospital, Ministry of Public Health. Natthanicha Pongpamon Wonpen Keawpan Lalita Kaewwilali Chawapon Sarnkhaowkhom

บรรณาธิการแถลง

วารสารกองการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปีพุทธศักราช 2569 อันเป็นปีที่ 53 ของวารสาร ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิก นำบทความวิชาการและบทความวิจัย ส่งเข้ามาตีพิมพ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทีมงานกองบรรณาธิการ ได้ช่วยกันดำเนินการด้วยความละเอียดรอบคอบ และทุ่มเท เป็นอย่างมากติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องเช่นกัน จึงหวังว่า สมาชิกทุกท่านจะติดตามและส่งผลงาน เข้ามาในฉบับต่อไปอย่างต่อเนื่อง

วารสารกองการพยาบาลมีการปรับปรุงคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง ขณะนี้ดำเนินการเผยแพร่แบบออนไลน์ (Electronic journal) เพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้อ่านได้อย่างกว้างขวาง และเป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิจัย และ บทความวิชาการทันทีที่บทความแต่ละเรื่องดำเนินการตามกระบวนการและขั้นตอนของวารสารเรียบร้อย (Real time) โดยไม่จำเป็นต้องรอการรวมเล่ม และได้ปรับปรุงเนื้อหาให้มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิชาการและการวิจัยจากภายนอกเป็นผู้ประเมินบทความ (Peer review) ที่มีความหลากหลายทางด้านวิชาการ และเป็นการตรวจสอบและคัดสรรบทความวิชาการและงานวิจัยที่มีคุณภาพมีมาตรฐานเหมาะสมต่อการเผยแพร่

บรรณาธิการขอเชิญชวนนักวิชาการ สหวิชาชีพ พยาบาลประจำการ พยาบาลเฉพาะทาง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูง และบุคคลหรือองค์กรอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปและชุมชน ส่งงานวิจัย นวัตกรรม และบทความวิชาการต่างๆ โดยไม่ต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ทั้งนี้กองการพยาบาลต้องการให้วารสารนี้เป็นสื่อและแหล่งความรู้ ให้กับมวลสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความรู้ที่ทันสมัยในด้านวิชาการและการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเนื้อหาของวารสารฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ทางด้านวิชาการและงานวิจัย ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้

ขอขอบคุณสมาชิกและท่านผู้อ่านที่เป็นทั้งพยาบาลและเพื่อนร่วมวิชาชีพสหสาขาต่างๆ ที่สนใจในการส่งบทความวิชาการและงานวิจัยลงเผยแพร่ในวารสารกองการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านผู้อ่านทุกท่านจะสนใจเนื้อหา และส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมาเผยแพร่อีกอย่างต่อเนื่องต่อไป

ดร.กนกพร แจ่มสมบุญ

บรรณาธิการ

กรกฎาคม 2569

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

จตุพร จันทะพฤษ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ชนุกร แก้วมณี* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

พนัญญา ขันติจิตร** พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 26 เมษายน 2569, แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 29 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและส่งผลกระทบต่อสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและดำรงคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) 30-90 มิลลิลิตรต่อนาที ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 2 อำเภอที่ได้รับการสุ่มในจังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 31 ข้อ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.52) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 69.19) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 91.38) ป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 76.50) และมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 66.32) ความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (Mean = 2.79, SD = 0.72) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยด้านความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.86, SD = 0.72) ขณะที่ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.72, SD = 0.70)

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับค่อนข้างมาก บุคลากรทางการพยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และพัฒนาแนวทางการดูแลที่มุ่งเสริมสร้างการยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรัง การพยาบาลผู้สูงอายุ

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author: phanatchaya@gmail.com

Spiritual Well-Being of Older Adults with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study in Ubon Ratchathani

Jatuporn Janthapuek* M.N.S. (Adult nursing)

Chanukorn Kaewmanee* M.N.S. (Adult nursing)

Phanatchaya Khantichitr** M.N.S. (Adult nursing)

(Received: April 26, 2026, Revised: May 26, 2026, Accepted: May 29, 2026)

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a common health problem among older adults and affects physical, psychological, social, and spiritual well-being. Spiritual well-being is an important factor that helps older adults adapt to chronic illness and maintain quality of life. This descriptive cross-sectional study aimed to examine the level of spiritual well-being among older adults with stage 1–3 CKD and an estimated glomerular filtration rate (eGFR) of 30–90 mL/min in Ubon Ratchathani Province, Thailand. A purposive sample of 383 participants was recruited from two randomly selected districts. Data were collected from March to July 2021 using a demographic questionnaire and a 31-item Spiritual Well-Being Questionnaire for Older Adults with Chronic Kidney Disease. The instrument demonstrated excellent content validity (CVI = 0.96) and reliability (Cronbach's alpha = 0.92). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results showed that most participants were female (53.52%), aged 60–69 years (69.19%), Buddhist (100%), and married (91.38%). The majority had stage 3 CKD (76.50%) and more than one comorbid condition (66.32%). Overall spiritual well-being was at a moderately high level (Mean = 2.79, SD = 0.72). All dimensions of spiritual well-being were rated at a moderately high level. The highest mean score was observed in the dimension of joy and fulfillment in life and daily functioning (Mean = 2.86, SD = 0.72), whereas the lowest mean score was found in the dimension of acceptance of chronic illness (Mean = 2.72, SD = 0.70).

The findings revealed that older adults with CKD had a moderately high level of spiritual well-being. Nurses and healthcare teams should promote religious activities, encourage family involvement, and develop care interventions that foster acceptance of chronic illness. These strategies may contribute to enhancing spiritual well-being and improving the quality of life of older adults with CKD.

Keywords: spiritual well-being, older adults, chronic kidney disease, gerontological nursing

* Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromaraichanok Institute.

Corresponding Author: phanatchaya@bcnsp.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและก่อให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ ในสหรัฐอเมริกาพบรายงานอุบัติการณ์ความชุกของโรคไตวายเรื้อรังในผู้สูงอายุระหว่างปี ค.ศ. 2011–2018 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.3¹ และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 977,692 คน ในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 1,145,586 คน ในปี 2568 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มากกว่า 670,000 ราย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังร่วม เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง² โรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติ รวมถึงการมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก การดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นการควบคุมอาการ ชะลอการเสื่อมสภาพของไต และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายหลายด้านพร้อมกัน ด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีความทุกข์ทรมานด้วยอาการต่างๆ ที่ยากต่อการควบคุมด้านจิตใจ พบว่า โรคไตวายเรื้อรังส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้ ด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังอาจมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง³ ด้านจิตวิญญาณ พบว่า โรคไตวายเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ รู้สึกสูญเสียคุณค่าใน

ตนเอง ตั้งคำถามต่อความหมายและจุดมุ่งหมายของชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ (Spiritual Distress) และมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ไม่ได้รับการตอบสนอง การศึกษาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะกึ่งหนักหรือระยะ 45 รายงานว่าตนมีความต้องการด้านจิตวิญญาณที่ยังไม่ได้รับการดูแล⁴ นอกจากนี้ความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง⁵ นอกจากนี้ การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและบทบาทในครอบครัวเป็นปัจจัยที่กระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างรุนแรง โดยผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีความรู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว รู้สึกไม่มีคุณค่า และรู้สึกสิ้นหวังต่อชีวิตในอนาคต สภาวะเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงภาวะทุกข์ทางจิตวิญญาณที่ต้องการการประเมินและการดูแลที่เหมาะสมจากทีมสุขภาพ⁶

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) เป็นลักษณะภายในของบุคคลที่เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความหมาย ครอบคลุมถึงความรู้สึกสงบสุขภายใน ความหวัง ความเชื่อในสิ่งยึดเหนี่ยวทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ และการเข้าใจคุณค่าของตนเอง ฟังพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่⁷⁻⁸ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุประกอบด้วยสุขภาวะองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ 1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย 2) สุขภาวะทางจิต 3) สุขภาวะทางสังคม และ 4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ⁹⁻¹⁰ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการ เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ของจิตใจในการตัดสินใจต่อโรคและการรักษา เพิ่มความสามารถในการเผชิญชีวิตบนการเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับการเจ็บป่วย มีกำลังใจ ไม่ย่อท้อในการใช้ชีวิตอยู่กับโรค

และมีความหวังในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป¹¹ ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม ตลอดจนการเผชิญกับความตายที่ใกล้เข้ามา ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังใจและความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จิตวิญญาณนับเป็นมิติที่สำคัญและมักถูกละเลยในระบบการดูแลสุขภาพกระแสหลัก¹²⁻¹³ จะเห็นได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความหมาย และมีคุณภาพ การทำความเข้าใจระดับและลักษณะของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต่อการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะแต่ละพื้นที่

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ¹⁴ สังคมในพื้นที่มีรากฐานผูกพันกับครอบครัว ชุมชน และวิถีพุทธแบบอีสานอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ สิ่งเหล่านี้ถือเป็นทุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญและเป็นบริบทเฉพาะพื้นที่ที่อาจส่งผลต่อระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในจังหวัดนี้สูงถึง 7,292 คน

การวิจัยที่ผ่านมาพบอย่างสม่ำเสมอว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การปรับตัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัว การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการสนับสนุนทาง

สังคม⁴ สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก¹⁶ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของมิติจิตวิญญาณในผู้ป่วยไทยแม้ในระยะเวลาที่มีภาวะเจ็บป่วยสูง

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเผชิญกับภาระการรักษาและข้อจำกัดในชีวิตที่รุนแรงกว่า แตกต่างจากกลุ่มระยะที่ 1-3 ที่การทำงานของไตยังเหลืออยู่พอสมควรและสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ยังใช้แบบประเมินที่พัฒนาจากบริบทตะวันตก ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมมิติจิตวิญญาณตามบริบทผู้สูงอายุไทยได้อย่างสมบูรณ์ และการศึกษาที่เน้นกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยยังมีจำกัด การศึกษาในระยะเริ่มต้นของโรคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นช่วงที่การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปรับตัวจะช่วยชะลอความเสื่อมของไตและป้องกันภาวะทุพโภชนาการทางจิตวิญญาณก่อนเข้าสู่ระยะที่รุนแรงขึ้นได้ จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่ายังมีข้อจำกัดในการอธิบายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะระยะเริ่มต้น และความแตกต่างในการประเมินจิตวิญญาณในบริบทเฉพาะพื้นที่ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อสำรวจระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบแนวทางการดูแลด้านจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป

คำถามการวิจัย

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

กรอบแนวคิด

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณตามที่ ประเวศ และคันสนีย์⁹ ที่ได้กล่าวว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง “สภาวะจิตใจที่มีความสุข มีความสงบเย็น และมีความแข็งแรงทางจิตวิญญาณ ตลอดจนมีภูมิคุ้มกันทางจิต มีกระแสการรับรู้ที่ไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบ รู้ตื่นและเบิกบานกับการทำหน้าที่ และการใช้ชีวิต ไม่ประมาทหรือขาดสติ เป็นพลังงานแห่งความเข้าใจการใช้ชีวิต เป็นสิ่งที่สามารถทำอะไรที่มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้อีกมากมาย และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดสุขภาพทางกายและใจที่ดีอย่างถ่องแท้” และแบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันตก ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความสุขความสงบที่เกิดจากความดีความไม่เห็นแก่ตัวและมีพรหมวิหาร 4 2) ความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต 3) การมีสติสมาธิและปัญญา การวิจัยนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดดังกล่าว จึงเพิ่มการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังมากขึ้น เป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ด้านความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต 3) ด้านความสงบที่เกิดจากการมีความหวัง 4) ด้านการเข้าใจธรรมชาติของชีวิตโดยยึดหลักธรรมคำสอนของศาสนา และ 5) ด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional

Design) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 7,292 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ สุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากในการเลือกอำเภอในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ได้จำนวน 2 อำเภอ คือ อำเภอเมืองอุบลราชธานี และ อำเภอตระการพืชผล และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางของ Krejcie and Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 364 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ส่งผลให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น 383 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 ที่มีค่า eGFR 30-90 มิลลิลิตรต่อนาที 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตและไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต 3) มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดอุบลราชธานี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและสามารถตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะความบกพร่องทางสติปัญญาหรือโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน 3) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว บทบาทในครอบครัว ผู้ดูแล ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน และโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน

31 ข้อ ครอบคลุม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 ข้อ (2) ด้านความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต 7 ข้อ (3) ด้านความสงบที่เกิดจากการมีความหวัง 5 ข้อ (4) ด้านการเข้าใจธรรมชาติของชีวิตโดยยึดหลักธรรมคำสอนของศาสนา 7 ข้อ และ (5) ด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน 6 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ของนางเยาว์¹⁷ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = .96 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ในอำเภออื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha Coefficient = .92 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย ไม่เห็นด้วย) เกณฑ์การแปลผลพิจารณาตามค่าเฉลี่ย แบ่งค่าเฉลี่ยออกเป็น 4 ช่วง โดยวิธีการหาอันตรายภาคชั้น ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 = ระดับมาก คะแนน 2.51-3.25 = ระดับค่อนข้างมาก คะแนน 1.76-2.50 = ระดับน้อย และ คะแนน 1.00-1.75 = ระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยดำเนินการ 1) ทำหนังสือขอ

อนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และได้รับการอนุมัติก่อนดำเนินการ 2) ผู้วิจัยและอาสาสมัครผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 3) ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย 4) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังและบันทึกคำตอบ ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อคน และ 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 20/2564 เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2564 ผู้วิจัยยึดถือหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การรักษาความลับของข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวข้อมูลทั้งหมดนำเสนอเป็นภาพรวมและไม่มีการเปิดเผยตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง 383 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.52) อายุตั้งแต่ 60-88 ปี และอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 69.19) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ

100) มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 91.38) ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.12) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 38.64) รองลงมา คือ เกษตรกร (ร้อยละ 36.29) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 48.04) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 88.51) ส่วนใหญ่มีบทบาท เป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 77.81) ในด้านลักษณะ ทางคลินิก ส่วนใหญ่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 76.50) รองลงมาคือระยะที่ 2 (ร้อยละ 18.02) และระยะที่ 1 (ร้อยละ 5.48) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย น้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 59.79) รองลงมาคือ 4-6 ปี (ร้อยละ 30.81) และมากกว่า 7 ปี (ร้อยละ 9.40) มี โรคร่วมมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 66.32) โรคร่วมที่พบ มากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.77) และ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 79.11)

ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรัง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X}=2.79$, $SD=0.72$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยด้านความรู้สึก เบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตมีค่าเฉลี่ย สูงสุด ($\bar{X}=2.86$, $SD=0.72$) รองลงมาคือด้านความ สงบที่เกิดจากการมีความหวัง ($\bar{X}=2.84$, $SD=0.70$) ด้านการเข้าใจธรรมชาติของชีวิตโดยยึดหลักธรรม คำสอนของศาสนา ($\bar{X}=2.79$, $SD=0.72$) ด้าน คุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน ($\bar{X}=2.75$, $SD=0.75$) และด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังมีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X}=2.72$, $SD=0.70$) ดัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างแยกรายข้อ และรายด้าน (N = 383)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	$\bar{X}$	SD	ระดับคะแนน
ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	2.72	.70	ค่อนข้างมาก
1. ท่านยอมรับกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.97	.81	ค่อนข้างมาก
2. ท่านสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้เมื่อป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง	2.87	.56	ค่อนข้างมาก
3. ท่านสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.80	.66	ค่อนข้างมาก
4. ท่านรู้สึกปล่อยวางเมื่อนึกถึงชีวิตหลังความตาย	2.73	.66	ค่อนข้างมาก
5. ท่านแยกตัวออกจากบุคคลอื่น หลังจากทราบว่า ตนป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.44	.76	น้อย
6. ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจ เมื่อนึกถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	2.51	.74	ค่อนข้างมาก
ด้านความรู้สึกเบิกบานกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต	2.86	.72	ค่อนข้างมาก
7. ท่านมีความรู้สึกโกรธตัวเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ในครอบครัวได้เหมือนที่เคยทำก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.56	.68	ค่อนข้างมาก
8. ท่านรู้สึกมีกำลังใจที่ทุกคนให้การดูแลเอาใจใส่ท่าน หลังจากทราบว่าป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	3.20	.72	ค่อนข้างมาก
9. ท่านดำรงชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท เพื่อไม่ให้โรคไตวายเรื้อรังดำเนินไปในระยะที่รุนแรงขึ้น	3.02	.70	ค่อนข้างมาก
10. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดำเนินชีวิต เมื่อทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคไตวาย	2.62	.70	ค่อนข้างมาก

วารสารกองการพยาบาล

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน
เรื้อรัง			
11. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ที่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค	2.99	.77	ค่อนข้างมาก
12. ท่านสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติสุขถึงแม้จะทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.95	.69	ค่อนข้างมาก
13. ท่านมีความมั่นใจว่าจะสามารถเผชิญหน้าต่อความรุนแรงของโรคไตวายเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต	2.70	.79	ค่อนข้างมาก
ด้านความสงบที่เกิดจากการมีความหวัง	2.84	.70	ค่อนข้างมาก
14. ท่านมีความหวังที่จะมีอาการทุเลาจากการเจ็บป่วย	2.82	.74	ค่อนข้างมาก
15. ท่านอธิษฐานจิตขอให้คุณงามความดีที่เคยปฏิบัติมา ช่วยส่งผลให้อาการของโรคทุเลาและทรมานน้อยลง	2.80	.69	ค่อนข้างมาก
16. ท่านรู้สึกสงบสุขเมื่อได้แผ่เมตตาให้แก่สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย	2.87	.75	ค่อนข้างมาก
17. ท่านพร้อมที่จะให้อภัยแก่บุคคลใกล้ชิดแม้จะไม่ได้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ขณะเจ็บป่วย	2.82	.66	ค่อนข้างมาก
18. ท่านพร้อมที่จะเผชิญต่อโรคไตวายเรื้อรังและต้องการมีชีวิตต่อไป	2.91	.65	ค่อนข้างมาก
ด้านการเข้าใจธรรมชาติของชีวิต โดยยึดหลักธรรมคำสอนของศาสนา	2.79	.72	ค่อนข้างมาก
19. ท่านยอมรับและเข้าใจว่าการเกิดแก่เจ็บตายเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต	2.86	.71	ค่อนข้างมาก
20. การสวดมนต์ไหว้พระ และทำสมาธิ ช่วยให้จิตใจของท่านมีความสงบสุข	3.02	.68	ค่อนข้างมาก
21. ท่านสามารถยับยั้งความคิดฟุ้งซ่านและใช้สติพิจารณาไตร่ตรองสิ่งต่างๆเสมอ	2.82	.79	ค่อนข้างมาก
22. การรู้เท่าทันความทุกข์ช่วยให้ท่านมีความอดทนต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้	2.83	.67	ค่อนข้างมาก
23. ท่านฝึกจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ในทุกขณะ	2.88	.71	ค่อนข้างมาก
24. ท่านเชื่อว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคไตสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกคนที่สุด	2.32	.79	น้อย
25. การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้รู้สึกมีความหวังมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	2.80	.69	ค่อนข้างมาก
ด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน	2.75	.75	ค่อนข้างมาก
26. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นๆ ได้ตามปกติหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.76	.84	ค่อนข้างมาก
27. ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้ด้วยตนเองหลังจากพบว่าตนเอง เจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.78	.83	ค่อนข้างมาก
28. ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติหลังจากที่ท่านรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.77	.63	ค่อนข้างมาก
29. ท่านยังคงรับประทานอาหารได้ตามปกติหลังจากที่ท่านรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง	2.82	.68	ค่อนข้างมาก
30. ท่านเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์จะทำให้บรรเทาอาการเจ็บป่วยดีขึ้น	2.82	.75	ค่อนข้างมาก
31. ท่านมีความกังวลเมื่อนึกถึงการป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังที่รุนแรงขึ้นจะทำให้ถูกลูกหลานทอดทิ้ง	2.53	.75	ค่อนข้างมาก
โดยรวม	2.79	.72	ค่อนข้างมาก

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานีโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X}=2.79$, $SD=0.72$) อธิบายได้จากลักษณะของโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3 การทำงานของไตยังไม่เสื่อมสภาพถึงขั้นที่ทำให้เกิดการเสียสมดุลของน้ำ เกลือแร่ และการสะสมของสารพิษอย่างรุนแรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ในระดับที่ยอมรับได้ ยังไม่ต้องพึ่งพาการบำบัดทดแทนไตอย่างเต็มรูปแบบ ความสามารถในการดำเนินชีวิตจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งเสริมให้ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับที่ดี นอกจากนี้ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ผูกพันอยู่กับพุทธศาสนาและจารีตประเพณีอีสานเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำบุญ สวดมนต์ และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุมองความเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ยอมรับได้ จึงเป็นทุนทางจิตวิญญาณที่สำคัญ ทำให้สามารถประเมิณและให้ความหมายเชิงบวกต่อความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ยอมรับและปรับตัวได้¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน และอรุณญา¹¹ ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจังหวัดพะเยาพบว่าระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 92.2) นอกจากนี้การศึกษาของเบญญาภา และคณะ¹⁹ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก แม้จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย สะท้อนให้เห็นว่าการยึดหลักธรรมทางพุทธศาสนาและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถรักษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ อธิบายได้จากความแตกต่างของโรคเนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับภาระการรักษาสูงกว่ามาก ความแตกต่างทาง

วัฒนธรรมและศาสนาเพราะผู้สูงอายุไทยที่นับถือศาสนาพุทธอาจมีระบบความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาที่ช่วยรับมือกับความเจ็บป่วยได้ดี¹³ รวมถึงความแตกต่างของระบบสนับสนุนทางสังคมซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดอยู่ในครอบครัวแบบขยายและเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลาน มีผู้ดูแลประจำเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรังถูกกำหนดโดยปัจจัยหลายประการ¹⁵

ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.72$, $SD=0.70$) แม้จะอยู่ในระดับค่อนข้างมาก สะท้อนให้เห็นว่าการยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นกระบวนการทางจิตใจที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลา ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในระยะเริ่มต้น (ระยะ 1-3) ยังอยู่ในช่วงที่ต้องปรับตัวและเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตร่วมกับโรคตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) การที่ผู้สูงอายุสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตเมื่อป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ($\bar{X} = 2.87$) ได้ค่อนข้างมาก แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ได้รับการพัฒนาผ่านประสบการณ์ชีวิตในวัยสูงอายุ ทั้งนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านนี้คือ การแยกตัวออกจากบุคคลอื่นหลังทราบว่าตนป่วย ($\bar{X} = 2.44$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงรักษาสัมพันธภาพทางสังคมไว้ได้ เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ กันตการณ์ อ้วนศรีเมือง และคณะ²⁰ ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไตมีการยอมรับการเจ็บป่วยก็จะมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และนฤมล แก่นสาร²¹ ที่อธิบายว่า หากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี ยอมรับ และปรับตัวได้ ก็สามารถประคับประคองโรคให้ดำเนินไปอย่างช้าที่สุดได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการปรับตัวดีจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงตามไปด้วย¹⁵

ด้านความรู้สึกเบื่อกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิต เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.86$, $SD=0.72$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความรู้สึกมีกำลังใจที่ทุกคนให้การดูแลเอาใจใส่ ($\bar{X}=3.20$) ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้ดูแลเป็นรากฐานสำคัญที่สุดของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ สอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันตกของ ประเวศ และคันสนีย์⁹ ที่กำหนดให้ความรู้สึกเบื่อกับการทำหน้าที่และการใช้ชีวิตเป็นหนึ่งในสามองค์ประกอบหลักของความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลยังสามารถดำรงบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีความหมาย แม้จะอยู่ในสภาวะเจ็บป่วย และยังคงแสดงให้เห็นความสำคัญของระบบครอบครัวไทย การที่ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 91.38) และมีผู้ดูแลประจำ (ร้อยละ 92.86) เป็นสิ่งที่อธิบายได้ว่าเหตุใดด้านนี้จึงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน และอรุณญา¹¹ ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวและการได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีกำลังใจ และเกิดความหวังในการดำเนินชีวิต ยิ่งไปกว่านั้น ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเกิดกำลังใจต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ¹⁹ นอกจากนี้ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านนี้คือ ความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในการดำเนินชีวิต ($\bar{X}=2.62$) แม้ค่าเฉลี่ยจะยังอยู่ในระดับค่อนข้างมาก แต่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยบางรายยังคงมีความรู้สึกเชิงลบที่เกิดจากการเผชิญกับโรคเรื้อรัง เป็นเรื่องที่ต้องการการดูแลเชิงรุกจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลที่ควรประเมินระดับความรู้สึกเบื่อหน่ายและหาแนวทางการดูแลที่เป็นรายบุคคลต่อไป

ด้านความสงบที่เกิดจากการมีความหวัง มีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับสอง ($\bar{X}=2.84$, $SD=0.70$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่มีความหวังและความพร้อมที่จะเผชิญกับโรคต่อไป โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พร้อมที่จะเผชิญต่อโรคไตวายเรื้อรังและต้องการมีชีวิตต่อไป ($\bar{X}=2.91$) ความหวัง เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นพลังงานภายในที่ทำให้บุคคลมุ่งสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา และรู้สึกว่าตนเองมีความเป็นไปได้ในการบรรลุสิ่งที่ต้องการ²² ในบริบทของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ความหวังอาจไม่ได้หมายถึงการหายขาดจากโรค แต่เป็นความหวังที่จะสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพและยังคงมีคุณค่าในฐานะสมาชิกของครอบครัว และในทางพุทธศาสนา ความหวังมีรากฐานจากหลักกรรมและการทำความดี ผู้สูงอายุไตวายเรื้อรังในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การอธิษฐานจิตขอให้คุณงามความดีที่เคยปฏิบัติส่งผลให้อาการของโรคทุเลา ($\bar{X}=2.80$) และการรู้สึกสงบสุขเมื่อได้แผ่เมตตาให้แก่สิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ($\bar{X}=2.87$) เป็นสิ่งสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าหลักเมตตากรุณาในพุทธศาสนาเป็นแหล่งพลังใจสำคัญที่ช่วยสร้างความหวังและความสงบภายในจิตใจ สอดคล้องกับ Moura et al²³ ที่พบว่าความเชื่อและจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญในการสร้างความหมายให้กับชีวิตของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง อย่างไรก็ตามก็ดียังมีความแตกต่างจากบางการศึกษาในต่างประเทศที่รายงานว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีระดับความหวังอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ²⁴⁻²⁵ อธิบายได้จากความแตกต่างในมิติของความหวังระหว่างบริบทวัฒนธรรมการศึกษาของ Saisunantarom et al²⁶ ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังชาวไทยพุทธ ได้อธิบายไว้ว่าพุทธศาสนานำไปสู่ความหวังที่สมจริงและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งแตกต่างจากบริบทตะวันตกที่เน้น

ความสำเร็จและจุดมุ่งหมายในชีวิตปัจจุบันเป็นหลัก และเน้นความหวังเรื่องการหายขาดจากโรค

ด้านการเข้าใจธรรมชาติของชีวิต โดยยึดหลักธรรมคำสอนของศาสนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.79 (SD=0.72) แสดงให้เห็นบทบาทของพุทธศาสนาในการเป็นรากฐานของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยโรคไตวายเรื้อรังอย่างชัดเจน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสวดมนต์ไหว้พระและทำสมาธิช่วยให้จิตใจมีความสงบสุข ($\bar{X}=3.05$) และข้อเดียวในทั้ง 5 ด้านที่มีค่าเฉลี่ยเกิน 3.00 สะท้อนถึงความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในฐานะปัจจัยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการสวดมนต์ ทำสมาธิ ไม่ใช่เพียงกิจกรรมทางศาสนาเท่านั้น แต่เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสติปัญญาและความสงบภายใน โดยในทางสรีรวิทยา การทำสมาธิและการมีสติโดยเฉพาะที่เน้นการหายใจ ได้รับการพิสูจน์จากการวิจัยหรือภูมิปัญญาว่าช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก รวมถึงลดระดับคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนความเครียด ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดความผ่อนคลายและสงบสุข²⁷⁻²⁹ สอดคล้องกับ Yodchai et al¹³ ที่ศึกษาในผู้ป่วยไทยที่ฟอกเลือด พบว่าพุทธศาสนาและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณมีบทบาทสำคัญในการรับมือกับโรคไตและการฟอกเลือด และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม¹⁵ อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในด้านนี้คือ ความเชื่อว่าโรคไตสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{X}=2.32$) อาจสะท้อนถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค หรืออาจสะท้อนถึงทัศนคติเชิงลบต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ป่วย ซึ่งเป็นประเด็นที่ทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญ

ในการให้ความรู้และส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำเป็นอันดับสองรองจากด้านการยอมรับการเจ็บป่วย ($\bar{X}=2.75$, SD=0.75) และมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงสุดในทุกด้าน บ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและแตกต่างกันมากในด้านนี้ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ยังคงรับประทานอาหารได้ตามปกติและเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์จะบรรเทาอาการ ($\bar{X}=2.82$) ในขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความกังวลเมื่อนึกถึงการป่วยที่รุนแรงขึ้นจะทำให้ถูกหลอกหลานทอดทั้ง ($\bar{X}=2.53$) สะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มากในมิติของคุณภาพชีวิตปัจจุบัน เพราะคุณภาพชีวิตในปัจจุบันได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัจจัยหลายประการ เช่น ระยะของโรค ภาวะแทรกซ้อน โรคร่วม ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม การที่ผู้ป่วยยังคงรับประทานอาหารได้ตามปกติ สอดคล้องกับลักษณะของโรคไตวายเรื้อรังระยะ 1-3 ที่การทำงานของไตยังเหลืออยู่พอสมควรทำให้ยังไม่มีข้อจำกัดด้านอาหารที่เข้มงวดมาก อย่างไรก็ตาม ความกังวลเรื่องการถูกทอดทิ้งหากโรคทรุดลง ($\bar{X}=2.53$) เป็นข้อที่มียุทธศาสตร์ทางคลินิกและทางสังคม เพราะสะท้อนให้เห็นความกังวลลึกๆ เกี่ยวกับอนาคตของผู้สูงอายุไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์⁷ ที่พบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้น ส่งผลต่อผู้ป่วยในการดำรงชีวิตด้านต่างๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ความกังวลว่าหากโรครุนแรงขึ้นจะถูกทอดทิ้ง สะท้อนถึงความเปราะบางทางจิตวิญญาณ แม้ในผู้ที่ดูเหมือนจะปรับตัวได้ดี ซึ่งเป็นประเด็นที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากอาจพัฒนากลายเป็นภาวะซึมเศร้าหรือความสิ้นหวังในอนาคต

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่า พุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทยมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบ ทิศทาง และระดับของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง การที่กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 100) สะท้อนถึงบริบทวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง และมีอิทธิพลต่อทุกมิติของการตีความความเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิต การศึกษาของ ยุทธชัย¹⁵ ยืนยันว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทไทย โดยศาสนาทำหน้าที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวและปรัชญาในการดำเนินชีวิต ช่วยให้บุคคลมีสติในการดำเนินชีวิต พึงพอใจในชีวิต และมีความสันติสุขภายในจิตใจ นอกจากนี้ Bravin et al¹² ซึ่งทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการเกี่ยวกับประโยชน์ของความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง พบว่าความเชื่อทางศาสนาช่วยเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมการยอมรับโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในชุมชนจังหวัดอุบลราชธานีมีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก โดยมีพุทธศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และระยะของโรคที่ยังไม่รุนแรงเป็นปัจจัยส่งเสริมสำคัญ ขณะที่ด้านการยอมรับการเจ็บป่วยและด้านคุณภาพชีวิตในปัจจุบันยังเป็นที่ต้องการความสนใจเป็นพิเศษจากทีมสุขภาพ

อย่างไรก็ดี การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการงดกิจกรรมรวมกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัดและชุมชนได้ตามปกติ ผู้สูงอายุอาจปรับ

มาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาภายในบ้าน เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ และทำบุญร่วมกับครอบครัว ซึ่งช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ได้³⁰⁻³¹ ดังนั้นระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่พบในการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนภาพของสถานการณ์ทางสังคมในปัจจุบัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือการเปลี่ยนแปลงของความผาสุกทางจิตวิญญาณตามระยะเวลาได้ เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ระดับการสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา และพัฒนาทักษะการยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง โดยรวมตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และการศึกษาประสบการณ์เชิงลึกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Reference

1. The United States Renal Data System (USRDS). USRDS releases 2020 annual data report [Internet]. Minneapolis (MN): USRDS; 2020 [cited 2024 Dec 15]. Available from: <https://www.kidneynews.org/view/news/policy-advocacy/leading-edge/usrds-releases-2020-annual-data-report.xml>. Thai.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health (Thailand). The number of chronic kidney disease patients in Thailand exceeds one million [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2026 [cited 2026 Feb 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2026/03/37361> Thai.
3. Wanwisa Samrannet, Pattarin Thamduangsri, Suparada Wongjumpa. Nursing roles in caring for depression in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Nursing Public Health Education Journal*. 2020;21(2):3–13. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/241786>. Thai.
4. Davison SN, Jhangri GS. The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45(2):170–8. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.01.013
5. Bragazzi NL, Puente GD. Chronic kidney disease, spirituality and religiosity: a systematic overview with the list of eligible studies. *Health Psychol Res*. 2013;1(2):e26. doi: 10.4081/hpr.2013.e26
6. Oraya Yensamer, Kantaporn Yodchai, Ploenpit Thaniwatananont. Spiritual care needs and responses to spiritual care needs in end-stage renal disease patients. *J Nurs Ther Care*. 2017;40(2):55–64. available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/13276journal225630626143008.pdf. Thai.
7. Waraporn Phuca, Nopporn Vongsirimas, Wareerat Thanoi. Factors related to psychological well-being in patients undergoing hemodialysis. *Nurs Sci JTHAIL*. 2020;38(1):73–85. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/236646>. Thai.
8. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: it is time to review the current WHO's health definition. *J Health Soc Sci*. 2016;1(1):11–6. Doi: 10.19204/2016/sprt2
9. Prawase Wasi, Sansanee Sathirasut. Toward social and spiritual health. Nonthaburi: National Health System Reform Office; 2001. Thai.
10. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1486–97. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.08.001
11. Saengduean Promkeawngam, Arunya Namwong. Spiritual well-being of older adults with chronic illness in the community. *J Nurs Health Care*. 2017;35(3):204–13. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/101824>. Thai.

12. Bravin AM, Trettene AS, Andrade LGM, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with chronic kidney disease: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(2):541–51. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0358
13. Yodchai K, Dunning T, Savage S, Hutchinson AM. The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and hemodialysis in Thailand. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(2):359–67. doi: 10.1111/scs.12355
14. National Statistic Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 Survey of the Older Persons in Thaniland Provincial Level. Bangkok: National Statistical Office; 2024. Thai.
15. Yuttachai Chaiyasit. Analysis of related factors and outcomes of spiritual well-being in patients with chronic diseases. *JHNUBU.* 2022;1(1):7–17. available from: <https://nurse.ubu.ac.th/journal/cover/vol1/280625652.pdf>. Thai.
16. Weerasak Panngern, Areewan Cheawchanwattana. Spiritual well-being of end stage renal disease patients with comprehensive conservative management in Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province. *TJPP.* 2023;15(2):295–307. Thai.
17. Nongyao Kanthamul. Spiritual well-being of elderly patients with lung cancer [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003. Thai.
18. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image J Nurs Sch.* 1988;20(4):225–32. doi: 10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x
19. Benyapa Muksiritipanun, Khachee Pongsathonviboon, Ampun Jensuan, Yupha Wongrostrai & Boontiva Soowit. Spiritual Well-Being and needs among patients with end-stage renal disease, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *JRN-MHS* [internet]. 2018 Mar. 31 [cited 2026 Mar. 15];38(1):63-76. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nurpsu/article/view/117392>. Thai.
20. Kuntaparatt Ounsrimuang, Jirapa Siriwatanamethanon, Supatra Buatee. Effects of a self-management program on knowledge, self-management, and health indicators in stage 3 chronic kidney disease patients. *J Nurs Ther Care.* 2013;31(2):91–9. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/15405>. Thai.
21. Naruemon Kaensan. Nursing care for patients with end stage renal disease (ESRD) having peritonitis form continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) : A case study 2 case. *Mahasarakham Hospital Journal.* 2015;12(2):81–91. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/253001>. Thai.
22. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, de Mendiondo MS, Pavarini SCI, Orlandi FS. Hope and spirituality among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis: a correlational study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22(2):248–54. doi: 10.1590/0104-1169.3323.2409

23. Moura HCGB, Menezes TMO, Freitas RA, Moreira FA, Pires IB, Nunes AMPB, et al. Faith and spirituality in the meaning of life of the elderly with chronic kidney disease. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 3):e20190563. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0563
24. Orlandi FS, Pepino BG, Pavarini SC, Dos Santos DA, de Mendiando MS. The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(4):900–5. doi: 10.1590/s0080-62342012000400017
25. Ghasemi F, Ahmadian M, Nazari F, Shaygannejad V. The effect of hope therapy on the management of hemodialysis outcomes: a review article. *Int J Prev Med.* 2024;15:17. doi: 10.4103/ijpvm.ijpvm_204_22
26. Saisunantararom W, Cheawchanwattana A, Kanjanabuch T, Buranapatana M, Chanthapasa K. Associations among Spirituality, Health-Related Quality of Life, and Depression in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients: An Exploratory Analysis in Thai Buddhist Patients. *Religions.* 2015; 6(4):1249-1262. <https://doi.org/10.3390/rel6041249>
27. Pascoe MC, Thompson DR, Jenkins ZM, Ski CF. Mindfulness mediates the physiological markers of stress: systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2017;95:156–78. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.08.004
28. Pascoe MC, Thompson DR, Ski CF. Psychobiological mechanisms underlying the mood benefits of meditation: a narrative review. *Front Psychiatry.* 2022;13:895. doi: 10.3389/fpsy.2022.895
29. Vargas-Uricoechea H, Castellanos-Pinedo A, Urrego-Noguera K, Vargas-Sierra HD, Pinzón-Fernández MV, Barceló-Martínez E, Ramírez-Giraldo AF. Mindfulness-based interventions and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: A systematic review. *Neurol Int.* 2024 Nov 20;16(6):1552-84. doi: 10.3390/neurolint16060115. PMID: 39585074; PMCID: PMC11587421.
30. Lucchetti G, Góes LG, Amaral SG, Ganadjian GT, Andrade I, Almeida POA, et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry.* 2021;67(6):672–9. doi: 10.1177/0020764020970996
31. Coppola I, Rania N, Parisi R, Lagomarsino F. Spiritual well-being and mental health during the COVID-19 pandemic in Italy. *Front Psychiatry.* 2021;12:626944. doi: 10.3389/fpsy.2021.626944

**การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการ
เก็บตัวอย่างส่งตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self Sampling)
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย**

ชนิษฐา ปองดอง* พย.บ.

จิตาพร กันทะเนตร** พย.บ.

ดลหทัย จตุรคเชนทร์เดชา*** พย.บ.

(รับ: 26 เมษายน 2569, แก้ไข: 19 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 27 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. เพศหญิง จำนวน 41 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมีนาคม 2569 การวิจัยประกอบด้วยการศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนาแบบ และการทดลองใช้ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 68.41 (SD = 11.85) เป็น 103.24 (SD = 12.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.56$, $p < 0.001$) สัดส่วนผู้มีความรอบรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 เป็นร้อยละ 90.2 และไม่พบผู้มีความรอบรู้ระดับต่ำ ความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.35$, SD = 0.70)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจด้วยตนเองของ อสม. จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ อสม. และสนับสนุนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มะเร็งปากมดลูก การเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย

Corresponding author E mail: pongdong2564@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ จังหวัดเชียงราย

Model development for promoting cervical cancer awareness and self-collection of HPV samples for cervical cancer screening (HPV Self Sampling) among public health volunteers in Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province.

Kannita Pongdong* B.N.S.

Thitaporn Kantanate** B.N.S.

Donhathai Jaturakhachendechea*** B.N.S.

(Received: April 26, 2026, Revised: May 19, 2026, Accepted: May 27, 2026)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health literacy promotion model on cervical cancer and HPV self-sampling for Village Health Volunteers (VHVs) in Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province. The study consisted of three phases: problem and needs assessment, model development, and model implementation and evaluation using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design. The sample comprised 41 female VHVs. Data were collected from October 2025 to March 2026. Research instruments included a health literacy questionnaire, a satisfaction assessment form, and a semi-structured interview guide. Content validity was confirmed by experts (IOC = 1.00), and reliability coefficients were 0.87 and 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The developed model consisted of participatory learning activities, cervical cancer and HPV self-sampling education, hands-on practice, and follow-up evaluation. Following implementation, the mean health literacy score increased significantly from 68.41 (SD = 11.85) to 103.24 (SD = 12.65) ($t = 11.56$, $p < 0.001$). The proportion of participants with high health literacy increased from 4.9% to 90.2%, while no participant remained at a low level. Overall satisfaction with the model was high ($\bar{x} = 4.35$, $SD = 0.70$).

The findings indicate that the developed model was appropriate and effective in improving cervical cancer and HPV self-sampling health literacy among VHVs. The model can be applied to strengthen VHV capacity and support cervical cancer screening programs at the community level.

Keywords: health literacy, cervical cancer, HPV self-sampling, Village Health Volunteers, cervical cancer screening

* Registered Nurse, Professional Level, Chiang Khong Crown Prince Hospital, Chiang Rai, Thailand
Corresponding author E mail: pongdong2564@gmail.com

** Registered Nurse, Professional Level, Chiang Khong Crown Prince Hospital, Chiang Rai, Thailand

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, Chiang Khong Crown Prince Hospital, Chiang Rai, Thailand

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่สามารถป้องกันและตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดมะเร็ง แต่ยังพบอัตราป่วยและเสียชีวิตในระดับสูง โดยเฉพาะในประเทศไทยได้น้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการคัดกรององค์การอนามัยโลกรายงานว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 604,000 ราย และเสียชีวิตประมาณ 342,000 ราย ส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกยังเป็นหนึ่งในมะเร็งสำคัญของสตรีไทย มีผู้ป่วยรายใหม่และผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง ทั้งที่การคัดกรองและการรักษาระยะก่อนมะเร็งสามารถลดความรุนแรงของโรคได้²

บริบทตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่าสตรีอายุ 30–60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2568 เพียงร้อยละ 5.06 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายการดำเนินงานในพื้นที่ สาเหตุที่พบจากการทบทวนข้อมูลบริการและการดำเนินงานในพื้นที่ ได้แก่ ความกลัว ความอาย ความเข้าใจไม่ถูกต้อง ข้อจำกัดด้านเวลา การเดินทาง และความไม่มั่นใจในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในชุมชนที่อยู่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดด้านภูมิประเทศ^{3,4} ปัญหาดังกล่าวสะท้อนว่าการเพิ่มช่องทางการคัดกรองอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ หากประชาชนและผู้สื่อสารสุขภาพในชุมชนยังขาดความรู้และความมั่นใจในการอธิบายวิธีตรวจ HPV Self Sampling เป็นวิธีเก็บตัวอย่างด้วยตนเองเพื่อตรวจหาเชื้อเอชพีวี ช่วยลดอุปสรรคด้านความอายและการเข้าถึงบริการ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าวิธีดังกล่าวมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับในกลุ่มสตรีที่ไม่สะดวกเข้ารับการตรวจแบบเดิม^{5,6} อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการนำวิธีนี้ไปใช้ในชุมชนขึ้นอยู่กับความเข้าใจที่ถูกต้อง การสื่อสารที่เหมาะสม และการมีผู้สนับสนุน

ในพื้นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชน สามารถให้ข้อมูล สร้างความไว้วางใจ ชักชวน และติดตามกลุ่มเป้าหมายได้ แต่จากสภาพปัญหาในพื้นที่ยังไม่พบรูปแบบที่ออกแบบเฉพาะสำหรับการพัฒนาความรู้ของ อสม. เรื่องมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling อย่างเป็นระบบ การพัฒนารูปแบบจึงควรตอบทั้งปัญหาของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและศักยภาพของ อสม. ในฐานะผู้สื่อสารสุขภาพ

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam และ Sorensen et al. โดยเน้น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ และแรงจูงใจ ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ได้จริง^{7,8}

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง (HPV Self Sampling) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

2. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

3. ศึกษาความพึงพอใจและข้อคิดเห็นเชิงคุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดประกอบด้วยกระบวนการ R&D 3 ระยะและแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ

6 องค์ประกอบ การพัฒนารูปแบบเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการในพื้นที่ นำผลมาพัฒนาเนื้อหา กิจกรรม สื่อ และวิธีฝึกปฏิบัติ จากนั้นทดลองใช้กับ อสม. และประเมินผลจากคะแนนความรอบรู้ ความพึงพอใจ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้นรูปแบบจึงไม่ได้เป็นเพียง “โปรแกรมอบรม” แต่เป็นชุดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ที่ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง การสนับสนุนสื่อ และการติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบบผสมผสาน โดยระยะประเมินผลใช้แบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ อสม. ในตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 201 คน กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. เพศหญิง จำนวน 41 คน คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับ paired t-test กำหนด effect size 0.50 ระดับนัยสำคัญ .05 และ power .80 ได้ขนาดขั้นต่ำ 34 คน และเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล คัดเลือกโดยแบ่งชั้นตามหมู่บ้านแล้วสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อ อสม. เพศหญิง 115 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. เพศหญิงในพื้นที่ศึกษา สมัครใจเข้าร่วม และสามารถร่วมกิจกรรมครบตามกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และข้อมูลการคัดกรองในพื้นที่ รวมทั้งทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาจัดทำเนื้อหา กิจกรรม สื่อ และแบบประเมิน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่ม

ตัวอย่าง ประเมินความรอบรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ประเมินความพึงพอใจ และสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสะท้อนความเหมาะสมและข้อเสนอแนะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการของพื้นที่ 2) ชุดความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การป้องกัน และ HPV Self Sampling 3) กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้การอภิปราย กรณีตัวอย่าง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 4) การสาธิตและฝึกปฏิบัติขั้นตอนการเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มทักษะและความมั่นใจ และ 5) การสนับสนุนสื่อและการติดตามประเมินผล เพื่อให้ อสม. นำความรู้ไปถ่ายทอดต่อในชุมชนได้

เครื่องมือวิจัย

1) แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self Sampling ตามองค์ประกอบ 6 ด้าน รวม 24 ข้อ คะแนนรวม 24–120 คะแนน ผ่านการตรวจสอบ IOC เท่ากับ 1.00 และทดลองใช้กับกลุ่มใกล้เคียงจำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ IOC เท่ากับ 1.00 และค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91

3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความเข้าใจ ทักษะ ความมั่นใจ อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการนำรูปแบบไปใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วย paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดเชียงราย เลขที่ 133/2568 วันที่รับรอง 5 กันยายน 2568 ผู้เข้าร่วมได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนให้ความยินยอม

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ที่พัฒนาขึ้น ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการนำไปสู่รูปแบบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการ ชุดความรู้ กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนสื่อกับการติดตามประเมินผล รูปแบบนี้มุ่งพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และแรงจูงใจในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน

2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 41 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 39.0 รองลงมาคือ

60-69 ปี ร้อยละ 22.0, 50-59 ปี ร้อยละ 19.5, 30-39 ปี ร้อยละ 17.1 และ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.4

ภายหลังการใช้รูปแบบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.56, p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 68.41 ± 11.85 เป็น 103.24 ± 12.65 คะแนน นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยเฉพาะด้านแรงจูงใจ (3.98 เป็น 4.78) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (2.90 เป็น 4.29) และการนำข้อมูลไปใช้ (2.52 เป็น 4.14) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทั้งความรู้ ทักษะการประเมินข้อมูล และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลัง การใช้รูปแบบฯ (n = 41)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนใช้รูปแบบ	หลังใช้รูปแบบ	t	p-value
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	68.41 ± 11.85	103.24 ± 12.65	11.56	<.001*
ระดับสูง n(%)	2 คน (4.9%)	37 คน (90.2%)	-	-
ระดับต่ำ n(%)	4 คน (9.8%)	0 คน (0.0%)	-	-
องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	2.90	4.29	-	-
ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	2.56	4.15	-	-
การประเมินข้อมูลสุขภาพ	2.46	4.04	-	-
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	2.68	4.11	-	-
การนำข้อมูลไปใช้	2.52	4.14	-	-
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.98	4.78	-	-

3. ผลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ถึง
โครงสร้างพบ 4 ประเด็นหลัก คือ

1) อสม.เข้าใจเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้
จริง

2) อสม.มีทัศนคติเชิงบวกและมั่นใจในการ
ถ่ายทอดความรู้

3) อุปสรรคสำคัญในชุมชนคือความอาย
ความกลัว และความเชื่อผิดเกี่ยวกับการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูก รวมถึงความไม่มั่นใจหากไม่มีบุคลากรทาง
การแพทย์ให้คำแนะนำ

4) อสม.ต้องการสื่อและกิจกรรมที่ต่อเนื่อง
เช่น แผ่นพับ เสียงตามสาย และการอบรมเพิ่มเติมใน
กลุ่มสตรี อายุ 30 ปีขึ้นไป

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่ม
ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อ
รูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก
มดลูกโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ
4.35 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.70 เมื่อ
พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความเหมาะสมของ
เนื้อหา และ กิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33
(S.D.=0.77) ด้านความชัดเจนในการสื่อสารและการ
ถ่ายทอดความรู้มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (S.D.=0.71)
และด้านความรู้สึกและความคิดเห็นต่อการนำไปใช้
จริงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 (S.D.=0.72) ซึ่งทุกด้านอยู่
ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี
ความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และได้รับการ
ยอมรับจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการ
ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ
การเก็บตัวอย่างส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV Self-
Sampling) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) ที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบ
โดยผลลัพธ์ดังกล่าวมิได้เกิดจากการให้ความรู้เพียง
อย่างเดียว แต่เกิดจากการออกแบบกระบวนการ
เรียนรู้ที่เชื่อมโยงองค์ประกอบของความรอบรู้ด้าน
สุขภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูล การทำ
ความเข้าใจ การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ และการ
นำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam ที่อธิบายว่าการ
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรมุ่งให้บุคคลเกิด
ความสามารถมากกว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเพียง
อย่างเดียว โดยต้องพัฒนาไปสู่การคิดวิเคราะห์และ
การประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
และผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงไม่
เพียงช่วยให้ อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก
มดลูกเพิ่มขึ้น แต่ยังช่วยให้สามารถประเมินความ
น่าเชื่อถือของข้อมูล ตัดสินใจเลือกแนวทางการตรวจ
คัดกรอง และสามารถถ่ายทอดข้อมูลแก่สตรี
กลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง
สะท้อนถึงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับ
Interactive Health Literacy และ Critical Health
Literacy ตามแนวคิดของ Nutbeam

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ
กรอบแนวคิดของ Sorensen และคณะ ที่อธิบายว่า
ความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยความสามารถใน
การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูล
สุขภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า
คะแนนทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม โดยเฉพาะด้านการ
ประเมินข้อมูล และการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป็น
องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการใช้วิจารณญาณและ
การตัดสินใจเชิงสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่
พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ให้
เป็นผู้เชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพจากระบบ

บริการสุขภาพสู่ประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการใช้สื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน สามารถเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และการยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ HPV Self-Sampling ซึ่งพบว่า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและการมีโอกาสฝึกปฏิบัติจริงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตรวจด้วยตนเอง ลดความอาย และลดความกังวลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง ส่งผลให้สตรีมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจมากขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่พบว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาทักษะด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพสามารถทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบาย กลไกของความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดย อสม. สะท้อนว่าการได้รับความรู้ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเพื่อนร่วมกลุ่ม และการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย ทำให้เกิดความมั่นใจในการอธิบายข้อมูลแก่ประชาชน และสามารถตอบข้อซักถามเกี่ยวกับ HPV Self-Sampling ได้ดีขึ้น ประเด็นดังกล่าวสะท้อนว่าการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และการมีส่วนร่วมของผู้เรียนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าการบรรยายให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

องค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่บูรณาการแนวคิด Health Literacy เข้ากับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย HPV Self-Sampling โดยใช้ อสม. เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการเรียนรู้ในชุมชน รูปแบบดังกล่าวไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการเพิ่มพูนความรู้ แต่สามารถพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง วิเคราะห์ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างครบวงจร ส่งผลให้ อสม. มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของชุมชน และเป็นแนวทางที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยได้ในอนาคต

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ HPV Self-Sampling สำหรับ อสม. ตำบลเวียง อำเภอเวียงของ จังหวัดเชียงราย รูปแบบประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การประเมินปัญหาและความต้องการชุดความรู้ กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนสื่อกับการติดตามประเมินผล ผลการทดลองใช้พบว่ารูปแบบมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ อสม. มีความพึงพอใจระดับมาก และมีความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชน แต่ยังควรสนับสนุนสื่อและกิจกรรมต่อเนื่องเพื่อลดความกลัว ความอาย และความเชื่อผิดในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1) ควรนำรูปแบบไปขยายผลในชุมชน โดยให้ อสม. ทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำในระยะเริ่มต้น

2) ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และสาธิตอย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป เพื่อลดความกลัว

วารสารกองการพยาบาล

ความอาย และความเชื่อผิดเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของประชาชน

3) ควรพัฒนาสื่อประกอบ เช่น แผ่นพับ วิดีโอ และเสียงตามสาย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวและความต่อเนื่องของการใช้รูปแบบรวมทั้งผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจริง

2) ควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังประชาชนทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการยอมรับและการเข้ารับการตรวจ HPV Self Sampling

3) ควรศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือสื่อออนไลน์ร่วมกับโปรแกรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในกลุ่มประชาชนที่หลากหลาย

Reference

1. World Health Organization. Cervical cancer elimination strategy. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Department of Disease Control. The situation of cervical cancer in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2022. Thai.
3. Chiang Rai Provincial Public Health Office. Report on the Cancer Situation and Cervical Cancer Screening Results in Chiang Rai Province, 2021–2024. Chiang Rai: Chiang Rai Provincial Public Health Office; 2024. Thai.
4. Health Data Center, Ministry of Public Health. Results of cervical cancer screening in Wiang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province, 2025. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2025. Thai.
5. Nelson EJ, Maynard BR, Loux T, Fatla J, Gordon R, Arnold LD. The acceptability of self-sampled screening for HPV DNA: a systematic review and meta-analysis. Sex Transm Infect. 2017;93(1):56-61.
6. Nishimura H, Yeh PT, Oguntade H, Kennedy CE, Narasimhan M. HPV self-sampling for cervical cancer screening: a systematic review of values and preferences. BMJ Glob Health. 2021;6:e003743.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies. Health Promot Int. 2000;15(3):259-267.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
9. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
10. Arbyn M, Smith SB, Temin S, Sultana F, Castle P. Detecting cervical precancer and reaching under-screened women by using HPV testing on self-samples: updated meta-analyses. BMJ. 2020;370:m3564.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

อมรรวรรณ ฤทธิเรือง*

พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

สิริลักษณ์ ทองห้วย**

พ.ย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ)

(รับ: 28 เมษายน 2569, แก้ไข: 18 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 30 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 25 คน ระยะเวลาทดลอง 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.00 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Time Up and Go Test) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t\ 9.99, p < .001$) และค่าเฉลี่ยเวลาความสามารถในการทรงตัวระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t\ 7.17, p < 0.001$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน การออกกำลังกายแบบยืด-ย่อ การทรงตัว ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding author E-mail: siraluk@bcnt.ac.th

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Exercise Program using Stretch-and-Squat Aerobics on Balance among Older Adults with Hypertension

Amornwan Rittiruang*

M.N.S. (Gerontological Nursing)

Siraluk Tonghui**

M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

(Received: April 28, 2026, Revised: May 19, 2026, Accepted: May 10, 2026)

Abstract

This one group pre-posttest quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program for stretch-squat aerobic exercise on self-efficacy and balance in older adults with hypertension. The sample consisted of 25 hypertensive patients selected using purposive sampling. The experiment lasted for 6 weeks. The experimental instrument was the self-efficacy enhancement exercise program using stretch-and-squat aerobics, which yielded a Content Validity Index (CVI) of 1.00. Data collection tools included: (1) a perceived self-efficacy interview questionnaire (CVI = 0.92, reliability = 0.83), and (2) the Timed Up and Go (TUG) test for balance ability (reliability = 0.98). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that the mean score on exercise self-efficacy for stretch-and-squat aerobics after the experiment was significantly higher than before the experiment ($t = 9.99, p < .001$). The average postural balance time after the experiment was significantly lower than before the experiment ($t = 7.17, p < 0.001$).

Keywords: Self-Efficacy Enhancement Program, Stretch-and-Squat Aerobics, Balance, Older adults, Hypertension

* Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding author E-mail: siraluk@bcnt.ac.th

ความเป็นมาของปัญหา

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุโดยไม่ตั้งใจอันดับสองของโลก¹ ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทำให้ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามวัย² สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยประมาณ 1 ใน 3 มีการพลัดตกหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี คิดเป็นประมาณ 4 ล้านคน และในจำนวนนี้ร้อยละ 20 เกิดการบาดเจ็บที่ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา³ นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการหกล้มร้อยละ 28-35 และในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 อีกทั้งยังพบอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ย 3 รายต่อวัน²⁻³ สำหรับพื้นที่ศึกษาวิจัย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2566-2568 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 31.36, 48.49 และ 77.17 ตามลำดับ⁴ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่ปลอดภัย และปัจจัยภายใน เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านชีวภาพในผู้สูงอายุ ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเสื่อมของระบบประสาทสั่งการที่ส่งผลต่อการทรงตัว และโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ยาลดความดันโลหิตบางกลุ่ม เช่น Thiazide หรือ

Calcium Channel Blockers ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียนหรือหน้ามืด ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) เสี่ยงต่อการหกล้มตามมาได้ และเพิ่มโอกาสการหกล้มโดยเฉพาะในช่วงเริ่มต้นของการใช้ยา⁵ ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปถึง 2 เท่า⁶ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อเนื่องด้านร่างกาย ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ด้านจิตใจที่อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มซ้ำ สูญเสียความมั่นใจในการเดินและเคลื่อนไหวร่างกาย นำไปสู่การแยกตัวจากสังคมและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งด้านเศรษฐกิจทำให้รัฐต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ดูแลขาดรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง⁷

แนวทางการลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การจัดการปัจจัยเสี่ยงภายในผ่านการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและทักษะการทรงตัว โดยเฉพาะด้านความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ช่วยให้ค่าเฉลี่ยเวลาในการทดสอบความสามารถการทรงตัว จากการประเมิน Time Up and Go Test (TUGT) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.001$ และลดความถี่ของการล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ⁷ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับต่ำ⁸ ซึ่งมีกลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลในด้านสุขภาพที่เสื่อมลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการออกกำลังกาย และสภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยที่มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี ที่จัดเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในพื้นที่สาธารณะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใน

พื้นที่ภาคใต้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ^{7,9} ดังนั้นการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง และมีความปลอดภัย รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้ภายในที่พักอาศัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ “ยืด-ย่อแอโรบิก” เป็นนวัตกรรมที่ประยุกต์มาจากคู่มือป้องกันการหกล้ม¹⁰ มีความโดดเด่นในการนำเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมท้องถิ่น ทำนองเพลงมโนราห์มาเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มความสนุกสนาน สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติแล้ว ท่วงท่าที่เน้นความอ่อนช้อย สร้างเสริมทรวดทรงที่สง่างาม มีผลกระทบต่อกะตุกน้อยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากการเคลื่อนไหวใน ลักษณะช้าๆ ตามจังหวะดนตรีที่ต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นและการทำงานที่ประสานกันของกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น^{8,11}

นอกจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกแล้ว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนพฤติกรรมการออกกำลังกายตามโปรแกรมนี้ เนื่องจากความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุเริ่มและคงพฤติกรรมออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง¹²

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย สะดวก มีความปลอดภัย และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถพัฒนาสมรรถนะของตนเอง นำไปสู่การมีทักษะการทรงตัวที่ดีขึ้นและสามารถป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง

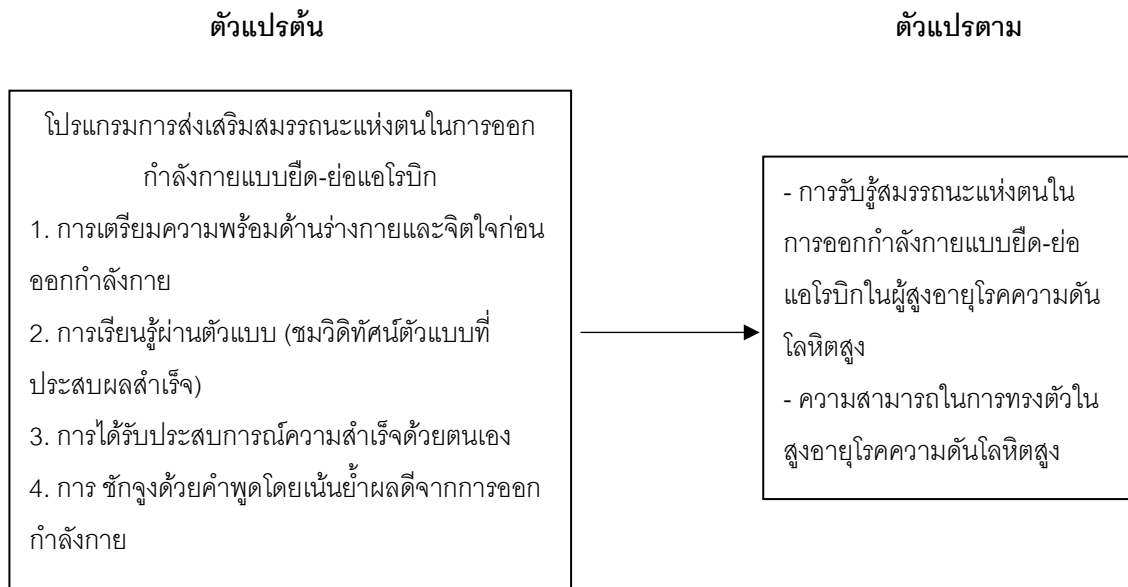
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวหลังการทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) เป็นกลไกหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่าน 4 แหล่งข้อมูลสำคัญ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนออกกำลังกาย 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ โดยชมวีดิทัศน์ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จ 3) การได้รับประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง ผ่านการฝึกปฏิบัติ ทำออกกำลังกายที่ถูกต้องจนทำได้สำเร็จ และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลให้คำแนะนำ ชมเชย และเน้นย้ำผลดีในการป้องกันการหกล้ม กลไกเหล่านี้ช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก และความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมารับบริการ ที่หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง จากรายงานสถิติจังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2563 พบสถิติจำนวนประชากรสูงอายุจำนวนมากที่สุด คือ 10,632 คน ในเขตอำเภอเมือง¹³ ซึ่งจากรายงานพบผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มสูงสุดติดลำดับ 1 ใน 3 ของสถิติจำนวนผู้สูงอายุประสบอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มทั้งจังหวัด¹⁴ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (effect size = d = 0.80) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

19 คน และได้สำรองเผื่อการถอนตัวระหว่างวิจัย (Drop-out) อีกร้อยละ 20 รวมเป็น 25 คน¹⁵ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยยา 2) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 3) ผ่านการคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002) ตามเกณฑ์ระดับการศึกษา และไม่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (TGDS ≤ 18 คะแนน) 4) มีผู้ดูแลที่มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ สามารถสื่อสารผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) และสนับสนุนการออกกำลังกายที่บ้านได้ 5) ไม่มีอาการกำเริบของโรค และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจรุนแรง และ 6) ไม่ได้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก

ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯได้ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) แผนการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การพลัดตกหกล้ม แนวทางที่สามารถลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2) วิดีทัศน์การออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก เป็นตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ ประกอบด้วย ภาพเคลื่อนไหวของตัวแบบผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก รวม 16 ท่า ประกอบการบรรยาย และเสียงเพลงที่เป็นลักษณะเฉพาะของคนตรีทางภาคใต้ของประเทศไทย 3) คู่มือการส่งเสริมความรู้เรื่อง การพลัดตกหกล้มและแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 4) คู่มือการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และ 5) แบบบันทึกและประเมินผลการฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกที่ถูกต้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity: CVI) ด้านความถูกต้อง การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้เชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ ในส่วนของคู่มือการส่งเสริมความรู้และคู่มือการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ

1.0 และ 1.0 ตามลำดับ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินก่อนเข้าโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ Barthel ADL Index (BAI) ปรับปรุงและพัฒนาโดย จิตตะพันธ์กุล และคณะ¹⁶ 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹⁷ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)¹⁸

ส่วนที่ 2 แบบประเมินที่ใช้ในโปรแกรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการหกล้มใน 12 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัวอื่นๆ อุปกรณ์ช่วยเดิน การมองเห็น การได้ยิน ยาที่รับประทานเป็นประจำ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา และเวลาที่รับประทานยา 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นข้อคำถามทางบวก 25 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ 0.92 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.83 3) แบบทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Time Up and Go Test: TUGT) ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ตรวจสอบค่าความ

เชื่อมั่นของเครื่องมือ แต่ใช้ค่าความเชื่อมั่นของการศึกษาก่อนหน้านี้ มีค่าเท่ากับ 0.98¹⁹

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบ ในวันนี้ 5 กันยายน พ.ศ. 2568 เลขที่ IRB of BCNT 22/2568 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากหัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพัทลุง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการให้ข้อมูลได้แก่ การแนะนำตัว ชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการรวบรวมข้อมูล การดูแลความสะอาดและปลอดภัยที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขึ้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบ และเสนอต่อหัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประสานงานและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย แก่หัวหน้าหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในวันที่แพทย์นัดตรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัย ก่อนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมนัดหมาย

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

1.2 ผู้วิจัยเตรียมตัวด้านทักษะการเป็นผู้นำการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก โดยฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายทั้ง 16 ท่าอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือนก่อนดำเนินโปรแกรมฯ

1.3 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สาธิตการจัดสถานที่ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการผิดปกติระหว่างออกกำลังกาย เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ และใจสั่น ใช้เวลาเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 ชั่วโมง พร้อมทั้งจัดตั้งกลุ่มผ่านไลน์บัญชีทางการเพื่อใช้ในการสื่อสารและติดตามพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ขึ้นดำเนินการทดลอง

2.1 ระยะก่อนการทดลอง 1) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก และประเมินความสามารถในการทรงตัวก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก และแบบทดสอบ Time Up and Go Test 2) สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 120 นาที เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในการสนับสนุนการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 3) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับประสบการณ์แห่งความสำเร็จ การเรียนรู้จากตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการส่งเสริมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิกทั้ง 16 ท่า รวมทั้งมอบคู่มือและวีดิทัศน์

ประกอบกรออกกำลังกาย 4) ผู้วิจัยส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในการให้กำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือ แนะนำ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ รวมทั้งร่วมสังเกตอาการและช่วยแก้ไข ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกาย 5) ภายหลังการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุฝึกออกกำลังกายร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยคอยติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผ่านไลน์บัญชีทางการ (Line Official Account) อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อคน พร้อมประเมินผลการฝึกทักษะการออกกำลังกายเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 2 สัปดาห์

2.2 ระยะดำเนินการทดลอง 1) สัปดาห์ที่ 3-6 ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบ ยืด-ย่อแอโรบิกทั้ง 16 ท่า ร่วมกับผู้ดูแลที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และกำหนดให้ผู้ดูแลส่งคลิปวิดีโอการออกกำลังกายผ่านไลน์บัญชีทางการให้ผู้วิจัยประเมินการออกกำลังกาย ในช่วงสัปดาห์แรก 2) ผู้ดูแลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เปิดทีวีทัศน์ประกอบการออกกำลังกาย และบันทึกพฤติกรรมกรออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ทุกครั้งหลังออกกำลังกาย 3) ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามกิจกรรมผ่านไลน์บัญชีทางการ โดยสัปดาห์แรกมีการติดตามทุกวัน และหลังจากนั้น ติดตามวันเว้นวัน พร้อมให้คำแนะนำ เสริมแรงจูงใจ ความเชื่อมั่น และประเมินความถูกต้องของการออกกำลังกาย โดยผู้ดูแลยังคงบันทึกพฤติกรรมกรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 4) ตลอดระยะเวลาการทดลองไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติรุนแรง และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

ระยะที่ 3 ขึ้นประเมินผลการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ

ออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก และประเมินความสามารถในการทรงตัวโดยใช้แบบทดสอบ Time Up and Go Test ภายหลังการทดลอง พร้อมกล่าวขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบไม่อิสระ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ควบคุมระดับระดับความดันโลหิตสูงด้วยยา มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผ่านการคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ตามเกณฑ์ระดับการศึกษา และไม่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง มีผู้ดูแลที่สามารถสนับสนุนการออกกำลังกายที่บ้านได้ ไม่มีอาการกำเริบของโรค และไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจรุนแรง ไม่ได้ ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.0) อายุ 60-64 ปี และอายุ 70-74 ปี

(ร้อยละ 36.0) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 56) มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 48) ค้าขาย (ร้อยละ 20) และไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 20) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) และมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว (ร้อยละ 40) ไม่เคยมีประวัติการหกล้ม (ร้อยละ 72) ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 80) การมองเห็นปกติ (ร้อยละ 52) การได้ยินปกติ (ร้อยละ 60) ส่วนใหญ่มียาที่รับประทานเป็นประจำเป็นยาความดันโลหิตสูง ร่วมกับการรับประทานยาอื่นด้วย (ร้อยละ 64) มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาบ้างบางครั้ง ได้แก่ อาการไอแห้งๆ ขาหรือข้อเท้าบวม (ร้อยละ 64)

ส่วนใหญ่รับประทานยาความดันโลหิตสูงหลังมื้อเช้า (ร้อยละ 60)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อ แอโรบิก ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 1) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อ แอโรบิกในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=9.99, p<0.001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Mean	SD	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง	15.08	3.24	-6.48	-9.99	0.001*
หลังการทดลอง	21.56	2.32			

*p < .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 2) พบว่า ค่าเฉลี่ยเวลาความสามารถในการทรงตัวระยะหลังการทดลอง

ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.17, p<0.001$) ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระยะก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

ความสามารถในการทรงตัว	Mean	SD	Mean difference	t	p-value
ก่อนการทดลอง	13.44	1.00	1.44	7.18	0.001*
หลังการทดลอง	12.00	2.99			

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง และเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัว ค่าเฉลี่ยของเวลาความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองจึงต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน ซึ่งช่วยลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997)¹² เป็นการจัดกิจกรรมอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้รับข้อมูลจากแหล่งกำเนิดของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ (1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำของตนเองจากการจัดให้ผู้สูงอายุเข้ารับการฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก โดยผู้วิจัยและผู้ดูแลคอยให้คำแนะนำก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (2) การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์การออกกำลังกายจากวีดิทัศน์ และจากคู่มือการออกกำลังกายฯ เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบและตั้งใจให้ปฏิบัติตาม (3) การส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มีการจัดให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายและยืนยันจากแพทย์ว่า สามารถออกกำลังกายได้ มีการสังเกตและประเมินร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น ระบายความคับข้องใจเกี่ยวกับอุปสรรคและปัญหา

ต่างๆ ในการออกกำลังกาย (4) การส่งเสริมให้ได้รับการพูดชักจูง โน้มน้าว ชี้แนะ เน้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงผลดีจากการออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁹ เมื่อมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัว ป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้²⁰ ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีการเคลื่อนไหวช้าๆ ต่อเนื่อง เกิดการประสานงานของกล้ามเนื้อหลายส่วน ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เพิ่มความยืดหยุ่น และสมดุลของร่างกาย สามารถพัฒนาความสามารถในการทรงตัว ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹

ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายแบบยืด-ย่อแอโรบิก ถือเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากไม่เพียงแต่เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มเท่านั้น ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความสามารถในการควบคุมการทรงตัว (Postural Balance) ลดอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจโดยรวมของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มระยะเวลาดำเนินการเป็น 8-12 สัปดาห์ และมีการติดตามผลต่อเนื่องในระยะ 3 และ

วารสารกองการพยาบาล

6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมและความคงอยู่ของผลลัพธ์

2. เพิ่มตัวชี้วัดทางกายภาพ เช่น ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความยืดหยุ่นของข้อระดับความกลัวการล้ม (FOF) และสถิติการหกล้มจริงเพื่อสะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกมิติ

3. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่ประยุกต์ให้เหมาะสมในบริบทสุขภาพที่ต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่า หรือมีปัญหาในการเคลื่อนไหวอื่นๆ

4. ควรศึกษาถึงความพร้อม ปัญหา อุปสรรคของครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้

5. ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการกำกับติดตามพร้อมจัดกิจกรรมเสริมความรู้ด้านโภชนาการ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้ยาอย่างปลอดภัยร่วมด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัยการศึกษานี้

1. โปรแกรมดำเนินการเพียง 6 สัปดาห์และประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง จึงยังไม่สามารถระบุถึงความยั่งยืนของพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระยะยาวได้

2. การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความพร้อมของผู้ดูแลในการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จึงไม่มีกลุ่มควบคุม (Experimental design with control group) เพื่อยืนยันเปรียบเทียบผลของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

Reference

1. World Health Organization. Falls [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2025 Mar 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
2. Department of Older Persons. Falls in older adults: accidents in older persons that should be prevented for your loved ones [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2021 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.dop.go.th>. Thai.
3. Piyarat Suankool, Hutsayaporn Intayos. Effectiveness of a fall prevention model among community-dwelling older adults. Journal of the Phrae Hospital. 2023;31(1):27-42. Thai.
4. Phatthalung Provincial Public Health Office. HDC report [Internet]. Phatthalung: Phatthalung Provincial Public Health Office; 2026 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>. Thai.
5. Kritsana Chatthai. Factors associated with fall risk among older adults in Nong Bua Yai Subdistrict, Chaturat District, Chaiyaphum Province. Chaiyaphum Medical Journal. 2024;44(2):27-38. Thai.
6. Thai PBS Sci & Tech. Older adults should beware! Research indicates antihypertensive drugs may increase dizziness and fracture risk from falls twofold [Internet]. 2024 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news>. Thai.

7. Suchanan Thanyakunsajja, Chatsiri Chatphuti. Prediction of falls among older adults in Thailand. *Journal of Science and Technology to Community*. 2025;3(3):17-30. Thai.
8. Roengrudee Patanavanich, editor. The seventh Thai national health examination survey 2024-2025 [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2025 [cited 2026 May 24]. Available from: <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report.php>. Thai.
9. Amonwan Rittiruang, Naiyana Piphatvanitcha, Pornchai Jullamate. The effects of the Noraprayuk exercise program applying self-efficacy and social support on glycosylated hemoglobin levels among older adults with type 2 diabetes mellitus. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015;36(1):179-99. Thai.
10. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Fall prevention handbook for older adults [Internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2026 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://thaitgri.org>. Thai.
11. Buanium K. Effects of applied Nora exercise on glycosylated hemoglobin levels among older adults with type 2 diabetes mellitus [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010. Thai.
12. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
13. Phatthalung Provincial Statistical Office. Phatthalung statistical report [Internet]. Phatthalung: National Statistical Office; 2020 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <http://phatthalung.nso.go.th>. Thai.
14. Piyanuch Chanaksorn. Fall prevention behaviors among older adults in Khao Chaison District, Phatthalung Province [master's thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2019. Thai.
15. Irwin MR, Olmstead R, Motivala SJ. Improving sleep quality in older adults with moderate sleep complaints: a randomized controlled trial of Tai Chi Chih. *Sleep*. 2008;31(7):1001-8.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandpraser S, Bunnag S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *J Med Assoc Thai*. 1994;77(5):231-8.
17. Institute of Geriatric Medicine. Mini-Mental State Examination Thai version 2002 (MMSE-Thai 2002). Bangkok: Institute of Geriatric Medicine; 1999. Thai.
18. Brain Rehabilitation Group. Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). *Siriraj Bulletin*. 1994;46(1):1-9. Thai.
19. Rattiporn Panitkul. The Effect of Self-Efficacy Enhancement in Paslop Exercise Program on Gait Balance and Fear of Falling Among Thai Elderly. [master's thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2019. Thai.
20. Napapan Thongsantia, Chiraporn Tachaudomdach, Kanittha Rattanakanlaya. Effects of a self-efficacy enhancement program on dietary and exercise behaviors among coronary artery disease patients after percutaneous coronary intervention. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi*. 2026;9(1):95-111. Thai.

วารสารกองการพยาบาล

21. Jutathip Rodsungnoen. Effects of an exercise program on balance and fear of falling among community-dwelling older adults. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38): 541-60. Thai.
22. Orawan Julasom. Development of an exercise model for preventing dependency among older adults [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org>. Thai.

ผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความพร้อมและ ภาระของญาติผู้ดูแล

นันทยา เสนีย์*

พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)

วราณี สัมฤทธิ์**

ค.ด. (การอุดมศึกษา)

(รับ: 27 เมษายน 2569, แก้ไข: 20 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 30 พฤษภาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1) เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และ (2) เปรียบเทียบผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน เครื่องมือคัดกรอง ได้แก่ MMSE-Thai 2002, NIHSS, mRS และ ADL มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.89 เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความพร้อมของญาติ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และภาระในการดูแล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.76 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล อยู่ในระดับมาก (M 30.87, SD 1.10) และมีภาระในการดูแล อยู่ในระดับไม่รู้สึกรบกวน (M 102.52, SD 3.96) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมและมีคะแนนการจัดการภาระในการดูแล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความพร้อมของญาติผู้ดูแล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก_Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th

Effects of a Discharge Planning Program for Stroke Patients on Readiness and Caregiving Burden among Family Caregivers

Nuntaya Sanee*

MS.N. (Nursing)

Waranee Sumrit**

Ph.D. (Education)

(Received: April 27, 2026, Revised: May 20, 2026, Accepted: May 30, 2026)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to (1) compare the readiness and burden of caregivers between experimental and control groups and (2) compare the effects of the discharge program in the experimental group before and after receiving the program. The sample consisted of 46 primary caregivers of stroke patients, selected using purposive sampling. The sample were divided into 23 persons in the experimental and 23 persons in the control groups. The Screening instruments consisted of MMSE-Thai 2002, NIHSS, mRS, and ADL, which yielded a Content Validity Index (IOC) of 1.00. The research instrument was a stroke patient discharge planning program, which yielded a Content Validity Index (IOC) of 0.89. Data collection instruments consisted of questionnaires on personal information, caregiver readiness (IOC = 0.81, reliability = 0.92) and caregiver burden (IOC = 0.76, reliability = 0.87). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that after the experiment, the experimental group had a high level of caregiver readiness (M 30.87, SD 1.10) and did not feel caregiving burden (M 102.52, SD 3.96). A comparison between groups revealed that the experimental group had significantly higher readiness scores and caregiving burden management scores than the control group ($p < .05$).

Keywords: Discharge planning program, Stroke patients, Readiness of family caregivers

* Assistant Professor, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

** Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding e-mail: waranee.s@bcnt.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 และเป็นสาเหตุความพิการถาวรอันดับที่ 3 ของโลก มีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 143 ล้านคน² ซึ่งเกิดจากการที่การไหลเวียนเลือดไปยังสมองถูกขัดขวาง ไม่ว่าจะเป็นจากหลอดเลือดอุดตัน (Ischemic stroke) หรือหลอดเลือดแตก (Hemorrhagic stroke) ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองเริ่มตายภายในไม่กี่นาที ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา³ สำหรับประเทศไทย สถานการณ์มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี⁴ อัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้นจาก 479 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 645 ในปี พ.ศ. 2563⁵ ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลตรังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นกัน จาก 2,240 ราย ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 2,272 และ 2,305 ราย ในปี พ.ศ. 2564 และ 2565 ตามลำดับ⁶ สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างยั่งยืน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตมักเผชิญกับความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจในระยะยาว ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเฉียบพลัน (24–48 ชั่วโมงแรก) ระยะหลังเฉียบพลัน (1–14 วัน) และระยะฟื้นฟูสภาพ ความบกพร่องที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ และต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในระยะยาว ญาติผู้ดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เช่น การลดชั่วโมงการทำงานหรือการย้ายถิ่นฐาน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด และความไม่มั่นใจในการดูแล

โดยเฉพาะความกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถรับมือกับภาวะฉุกเฉินได้⁷ ซึ่งภาระในการดูแล (Caregiver Burden) ครอบคลุมความยากลำบากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม

ทั้งนี้ ความพร้อมในการดูแล (Caregiver Readiness) ซึ่งหมายถึงการรับรู้ของญาติว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุม 8 ด้าน เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน วัดโดยแบบวัดความพร้อมฯ ส่วนภาระในการดูแล (Caregiving Burden) หมายถึงการรับรู้ความยากลำบากทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ป่วย งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมช่วยเพิ่มความพร้อมและลดภาระของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ⁸ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด ทำให้ญาติมักขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน และนำไปสู่ปัญหาตามมา เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ และความเครียดสะสมของผู้ดูแล⁹ นอกจากนี้ การวางแผนจำหน่ายในบริบทโรงพยาบาล

ตรง เป็นการดำเนินการโดยใช้ รูปแบบ D-METHOD ผ่านแผ่นพับประชาสัมพันธ์ แต่ทั้งนี้ยังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แนวทางสำคัญที่ใช้ในการวางแผนจำหน่าย คือ รูปแบบ D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่ Diagnosis, Medication, Environment and Economic, Treatment, Health, Outpatient referral และ Diet ¹⁰ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย ลดการดูแลแบบแยกส่วน และส่งเสริมความต่อเนื่องในการดูแล⁵ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจน ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนด้านจิต

สังคม จึงมีศักยภาพในการเพิ่มความมั่นใจและศักยภาพของญาติ คาดว่าจะลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis)¹¹ ซึ่งมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน การเสริมบทบาท และการสรุปเรียนรู้ และนำมาศึกษาผลของโปรแกรمدังกล่าวต่อความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตรัง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

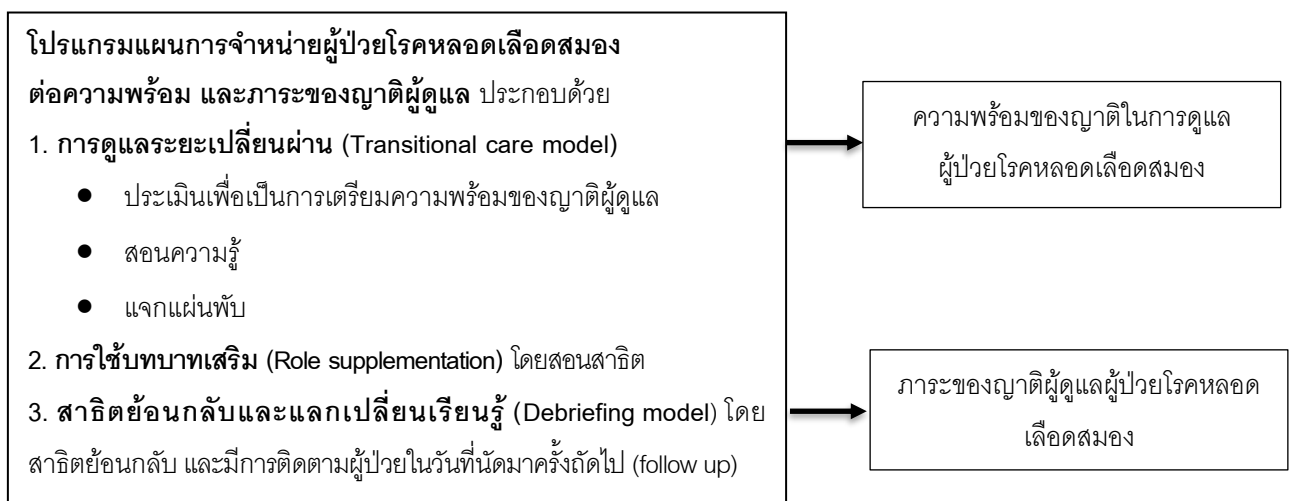
1. เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของระหว่างกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับแผนการจำหน่ายปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส⁹ ซึ่งอธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่บุคคลต้องปรับตัวจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง ซึ่งหากได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดี จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวก องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน รูปแบบการตอบสนอง และการบำบัดทางการพยาบาล

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมวางแผนจำหน่ายขึ้นตามแนวคิดดังกล่าว โดยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care Model) ประกอบด้วย ประเมินความพร้อมและภาระของผู้ดูแลก่อนให้ความรู้ 2) การใช้บทบาทเสริม (Role Supplementation) ให้ความรู้และทักษะผ่านสื่อวิดีโอและแผ่นพับ และการสรุปเรียนรู้ (Debriefing) 3) สาธิตย้อนกลับและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โปรแกรมนี้มุ่งหวังให้ญาติมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น และมีภาระการดูแลลดลง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันหรือตีบ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและโลหิตวิทยา (Stroke and Hematology Unit) โรงพยาบาลตรัง จากจำนวนผู้ป่วย 171 คน (ในปัจุบันประมาณที่ผ่านมา)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันหรือตีบ ระยะหลังเฉียบพลัน (1-14 วัน) ที่มีคะแนนความรุนแรงตามเกณฑ์ที่กำหนด (NIHSS=15-24, mRS=5, ADL=5-8) ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและโลหิตวิทยา (Stroke and Hematology Unit) โรงพยาบาลตรัง กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้โปรแกรม G*Power ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ Jacob Cohen Version 3.0.10 ที่ค่า $\alpha = 0.05$, effect size = 0.8 (large), power = 0.80 สำหรับการทดสอบแบบ two-tailed independent t-test คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 46 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเข้ากลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน รวมทั้งหมด 46 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

คัดเลือกแบบเจาะจงเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า โดยกำหนดคุณสมบัติของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกญาติผู้ดูแล (Inclusion Criteria)

1. เป็นญาติผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์และยืนยันว่าญาติจะดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงหลังกลับบ้าน

2. อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด สามารถสื่อสารได้ด้วย ภาษาไทยได้ ในกรณีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีการประเมินสมรรถภาพทางสมองโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai 2002)¹² ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน และในกรณีที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4. มีอุปกรณ์สื่อสารสมาร์ตโฟนที่สามารถติดต่อได้

5. ให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดเวลา

เกณฑ์ในการคัดออกญาติผู้ดูแล (Exclusion Criteria)

1. ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโครงการก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย
2. มีการเปลี่ยนญาติผู้ดูแลหรือไม่สามารถติดต่อได้หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Inclusion Criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมประสาทว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

2. คะแนนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) 15-24 คะแนน ระดับความพิการ (modified Rankin Scale: mRS) 5 คะแนน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) 5-8 คะแนน¹²

3. มารับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่อง (Follow up) ที่โรงพยาบาลตรัง

เกณฑ์ในการคัดออกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและต้องย้ายไปเข้ารับรักษาตัวที่อื่น
2. ผู้ป่วยในความดูแลของโรงพยาบาลไปรักษาเพื่อใช้สิทธิในการรักษาตามเขต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น¹⁰ เป็นแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ¹⁰ ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ (1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (National institute of health stroke scale no NIHSS)¹⁰ ใช้สำหรับการวัดขนาดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบประเมินระดับความพิการ (modified Rankin Scale หรือ mRS) เป็นการประเมินระดับความพิการ (level of disability) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน และนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง¹⁰ โดยประเมินจากการสูญเสียความสามารถในการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองว่าต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยเพียงใด ใช้งานได้ง่าย ประเมินได้รวดเร็ว และมักใช้ในงานวิจัยต่างๆ (3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living: ADL) คือ ดัชนีบาร์เธล (Barthel index) เป็นแบบวัดที่สร้างแบบ

composite scales ที่นำตัวแปลผลหลายตัวที่ใช้วัดผลเรื่องเดียวกันมารวมกัน ผ่านขั้นตอนการสร้าง มีระบบการให้คะแนนของคำตอบที่ได้จากแต่ละตัวแปร (คำถาม) ผ่านการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 1.00

2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน⁹ และแนวคิดการเสริมสร้างบทบาท (Role Supplementation) โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 4 สัปดาห์ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 30-60 นาที ผู้วิจัยและพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านการฝึกอบรมโปรแกรมร่วมกันเป็นผู้ดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การประเมินปัญหาและให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยและญาติในด้านการดูแลที่บ้าน ให้ความรู้ผ่านสื่อวิดีโอจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นและเผยแพร่ผ่าน YouTube แต่ละเรื่องมีความยาวไม่เกิน 10 นาที ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดและสุขสบายของผู้ป่วยติดเตียง การบริหารร่างกายและกายภาพบำบัดพื้นฐาน การป้องกันแผลกดทับและการให้อาหารทางสายยาง หลังจากดูวิดีโอแล้ว พยาบาลเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสรุปประเด็นสำคัญ พร้อมมอบแผ่นพับสรุปเนื้อหาที่มี QR Code เชื่อมโยงไปยังวิดีโอทั้ง 4 เรื่อง ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 การทบทวนความรู้ผ่านสื่อและตอบข้อซักถาม ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาทั้ง 4 เรื่อง โดยใช้แผ่นพับและสื่อวิดีโอประกอบ เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติจริงที่บ้าน (ถ้ามีการเริ่มดูแลแล้ว) หรือข้อสงสัยเพิ่มเติม ให้คำแนะนำปรึกษาเป็นรายบุคคล และเน้นย้ำจุดสำคัญที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลาทั้งสิ้น 40 นาที

สัปดาห์ที่ 3 การสาธิตย้อนกลับ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ไขทักษะ โดยญาติผู้ดูแลสาธิตทักษะการดูแลทั้ง 4 เรื่องให้พยาบาลดู โดยใช้อุปกรณ์จำลองหรือสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยประเมินความถูกต้องของทักษะตามแบบประเมินที่กำหนด (ผ่าน/ไม่ผ่าน) หากไม่ผ่านจะมีการสอนซ้ำเฉพาะส่วนที่บกพร่องจนกว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากสาธิตผ่าน พยาบาลและญาติร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อผิดพลาดที่พบ และแนวทางการแก้ไข ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลหลังการทดลอง ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความพร้อมและภาวะในการดูแล (post-test) ให้กำลังใจและแนะนำการดูแลอย่างต่อเนื่อง พร้อมแจ้งช่องทางติดต่อเมื่อมีปัญหา ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.89) และนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา และกิจกรรม ก่อนนำไปใช้จริง

3) เครื่องมือเก็บข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพ มี 3 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแล และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค 2) แบบวัดความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแนวคิดของ Boonchuaywong et al. (2017)¹¹ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกเกี่ยวกับการรับรู้ความพร้อมด้านความรู้ ทักษะ ความมั่นใจ และการสนับสนุนทาง

สังคม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่พร้อมอย่างยิ่ง” (1 คะแนน) ถึง “พร้อมอย่างยิ่ง” (5 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8–40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีความพร้อมสูง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.81 และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.917 3) แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะของญาติผู้ดูแลที่ดัดแปลงจากแนวคิดของ Kimhong (2023) และชานสิริ (2021)⁸ จำนวน 22 ข้อ เป็นแบบวัดภาวะเชิงอัตวิสัย (subjective burden) ที่ประเมินการรับรู้ความยากลำบากครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เป็นภาระเลย” (5 คะแนน) ถึง “เป็นภาระอย่างยิ่ง” (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 22–110 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงไม่รู้สึกรับภาระหรือสามารถจัดการภาระได้ดี ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.76 และทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.874

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครฯ ได้รับการอนุมัติหมายเลข IRB of BCNT 54/2567
2. ผู้วิจัยมีการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Inclusion Criteria)
3. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information Sheet) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

วาระการพิจารณา

การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากผู้ป่วยให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้เซ็นใบยินยอม (Inform Consent Form)

4. ผู้วิจัยให้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อความพร้อมและภาระของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างดังนี้

4.1 สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และประเมินความพร้อมและภาระของญาติในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 15 – 30 นาที

4.2 สัปดาห์ที่ 2-3 ให้โปรแกรมการ วางแผนจำหน่าย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การเตรียมความพร้อมญาติ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย เรื่อง การดูแลความสะอาดสุขสบายของ ผู้ป่วยติดเตียง การให้อาหารทางสายยาง การทำ กายภาพบำบัด และการป้องกันแผลกดทับ ใช้เวลา 40 – 60 นาที

2) ให้ญาติผู้ดูแลสแกน QR code ที่มีอยู่ในแผ่นพับเพื่อเปิดดูวิดีโอการสอนสาธิตที่ ผู้จัดทำวิจัยให้สร้างสื่อการสอนขึ้น มีความยาวของ วิดีโอในการให้ความรู้แต่ละเรื่องมีความยาว 10 นาที รวมทั้งหมด 4 วิดีโอ ในการฝึกปฏิบัติและทบทวน ความรู้ และมีการติดตามในครั้งถัดไป

4.3 สัปดาห์ที่ 4 รวบรวมข้อมูลโดยให้ ญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ทำ แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล แบบสอบถามภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทาง สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาหา

ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test (สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง) หรือ Chi-square (สำหรับตัวแปรหมวดหมู่)

2. เปรียบเทียบคะแนนความพร้อมและภาระ ภายในกลุ่ม (ก่อน-หลัง) ด้วย Paired t-test และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลองด้วย Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 (two-tailed)

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านกาพิจารณาของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติ หมายเลข IRB of BCNT 54/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.6) อายุระหว่าง 36-59 ปี (ร้อยละ 54.3) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 65.2) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 32.6) อาชีพทำสวน (ร้อยละ 39.1) รายได้เพียงพอในการดูแล (ร้อยละ 63.0) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตร ผู้ป่วย (ร้อยละ 52.2) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นคู่ สมรส (ร้อยละ 39.1) สองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติในด้านอายุ เพศ สถานภาพ รายได้ ภาวะ สุขภาพ และผู้ช่วยดูแล ($p>.05$) แต่มีสัดส่วน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่ต่างกันเล็กน้อย ($p=.08$)

การเปรียบเทียบก่อนการทดลองระหว่าง กลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน ความพร้อมเฉลี่ย ($M=26.35$, $S.D.=4.09$) สูงกว่ากลุ่ม ควบคุม ($M=21.92$, $S.D.=5.03$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t=3.56$, $p=.001$) ในขณะที่คะแนนภาระเฉลี่ย ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลอง $M=84.57$, $S.D.=11.18$; กลุ่ม ควบคุม $M=84.48$, $S.D.=9.47$; $t=0.03$, $p=.98$) ความไม่เท่าเทียมกันของ

วารสารกองการพยาบาล

คะแนนความพร้อมก่อนทดลองนี้เป็นข้อจำกัดสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการแปลผล

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 21.92 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 29.13 ซึ่งกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ ($t=8.81$, $p<.05$) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 84.48 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ เท่ากับ 90.35 ซึ่งกลุ่มควบคุมหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนได้รับ

แผนการจำหน่ายปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($t=6.63$, $p<.05$) ตามตารางที่ 1

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลอง เท่ากับ 26.35 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลอง เท่ากับ 30.87 ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t=6.77$, $p<.05$) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลอง เท่ากับ 84.57 และค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลอง เท่ากับ 102.52 ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับการทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลองก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t=10.04$, $p<.05$) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความพร้อมและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับแผนการจำหน่ายปกติ ($n=23$)

กลุ่ม	คะแนน	ก่อนได้รับแผนฯ	หลังได้รับแผนฯ	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มควบคุม	ความพร้อม	21.92 (5.03)	29.13 (5.65)	8.81	<.001*
	ภาระ	84.48 (9.47)	90.35 (8.19)	6.63	<.001*
กลุ่มทดลอง	ความพร้อม	26.35 (4.09)	30.87 (1.10)	6.77	<.001*
	ภาระ	84.57 (11.18)	102.52 (3.96)	10.04	<.001*

* $p<.05$

คะแนนความพร้อมและภาระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก $\bar{X}=30.87$, S.D.=1.10 และ $\bar{X}=29.13$, S.D.=5.65 (ตามลำดับ) และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) ($\bar{X}=102.52$, S.D.=3.96 และ $\bar{X}=90.35$, S.D.=8.19 ตามลำดับ)

โดยความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาระของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญสำหรับทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มทดลองมีความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและภาระของ

วาระการพยาบาล

ญาติในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) กลุ่มควบคุมมีความพร้อมของญาติในการดูแลผู้ป่วยและภาระของญาติ

ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมากและไม่รู้สึกรับภาระในการดูแล (no burden) โดยความพร้อมของญาติในการดูแล ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความพร้อมและภาระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง
(Independent t-test) (n=46)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23) M (S.D.)	กลุ่มควบคุม (n=23) M (S.D.)	t	p
ความพร้อม	30.87 (1.10)	29.13 (5.65)	2.70	.008*
ภาระ	102.52 (3.96)	90.35 (8.19)	6.30	<.001*

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ความพร้อมของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มความพร้อมของญาติผู้ดูแลได้จริง ซึ่งสามารถอธิบายกลไกที่ทำให้ความพร้อมเพิ่มขึ้น ได้ตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) ของ Meleis และคณะ¹¹ ซึ่งได้มีการปรับปรุงและนำเสนออย่างต่อเนื่อง ในช่วงหลัง โดยระบุว่า การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาที่บ้านคนและครอบครัวต้องเผชิญกับการปรับบทบาท ความรับผิดชอบ และอัตลักษณ์ใหม่ หากได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบ จะช่วยส่งเสริมความเชื่อมั่นและนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล⁹

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายในงานวิจัยนี้ ได้รับการออกแบบให้ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบผ่าน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care) โดยพยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการเฉพาะรายของญาติก่อนให้ความรู้ ทำให้เนื้อหา มีความสอดคล้องกับบริบทจริงของครอบครัว การเสริมบทบาทผู้ดูแล (Role Supplementation) ผ่านสื่อวิดีโอ และแผ่นพับ ซึ่งเปิดโอกาสให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตามจังหวะการเรียนรู้ และการสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Debriefing) ส่งผลให้ ญาติได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจและพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความมั่นใจเป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งของความพร้อมในการดูแล (readiness) ตามแนวคิดของ Meleis และคณะ¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kimhong⁸ ที่พบว่า โปรแกรมดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสามารถเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของ Liu และคณะ¹³ ที่รายงานว่า โปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลได้ดีกว่า การให้ความรู้ทางเดียว

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตสำคัญคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมก่อนทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.001$) ซึ่งอาจเกิดจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามลำดับเวลาที่ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ทั้งหมด (เช่น ประสบการณ์การดูแลเดิม หรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง) ความแตกต่างนี้ทำให้การสรุปว่าความพร้อมหลังทดลองที่สูงกว่าในกลุ่มทดลองเป็นผลจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียวทำได้ยาก เพราะอาจได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างเดิมร่วมด้วย ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ภายในกลุ่มทดลองพบว่าความพร้อมเพิ่มขึ้น 4.52 คะแนน (จาก 26.35 เป็น 30.87) ซึ่งเป็นขนาดการเปลี่ยนแปลงที่มาก ($d=1.41$) แต่ควรตีผลอย่างระมัดระวัง

อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น แต่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าแผนการจำหน่ายปกติของโรงพยาบาลต้งซึ่งประกอบด้วยแผ่นพับประชาสัมพันธ์และคำแนะนำจากพยาบาลก็สามารถเพิ่มความพร้อมได้ในระดับหนึ่ง การเพิ่มขึ้นของความพร้อมในกลุ่มควบคุมนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nilak & Chantra¹⁰ ที่พบว่าการได้รับเอกสารคำแนะนำและข้อมูลพื้นฐานช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดูแลได้บ้าง อย่างไรก็ตาม ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่า และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าโปรแกรมที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้สื่อหลายรูปแบบ และมีการสาธิตย้อนกลับ ส่งผลให้ความพร้อมเพิ่มขึ้นมากกว่าแผนปกติอย่างชัดเจน

2. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการ

ทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยการที่คะแนนสูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้ภาวะที่ลดลงหรือความสามารถในการจัดการภาวะได้ดีขึ้นเนื่องจากแบบวัดที่ใช้เป็นมาตรวัดเชิงบวก นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยให้ญาติรับมือกับภาวะการดูแลได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน การลดลงของภาวะในการดูแลสามารถอธิบายได้จากผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทั้งความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดความวิตกกังวลและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การฝึกปฏิบัติและการแก้ไขทักษะอย่างถูกต้องก่อนจำหน่ายช่วยลดความเสี่ยงของปัญหาที่พบบ่อย เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร หรือการกลับเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ญาติรู้สึกเครียดและเกิดภาวะในการดูแล¹² นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสนับสนุนทางอารมณ์จากพยาบาลในช่วงท้ายของโปรแกรม ยังช่วยให้ญาติได้ระบายความรู้สึก รับคำแนะนำ และเกิดความรู้สึกว่ามีแหล่งช่วยเหลือ ส่งผลให้ภาวะทางอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การลดลงของภาวะสามารถอธิบายได้จาก (1) การเพิ่มความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติทำให้ญาติมีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Wu และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการฝึกทักษะผู้ดูแลช่วยลดภาวะทางกายและอารมณ์ (2) การสนับสนุนทางจิตสังคมผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการให้กำลังใจช่วยให้ญาติได้ระบายความรู้สึกและรู้สึกว่ามีแหล่งช่วยเหลือ ลดภาวะทางอารมณ์ สอดคล้องกับ Park และ Kim¹⁵ (3) ระยะเวลาของ

โปรแกรมที่ต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ และการที่ญาติสามารถ ทบทวนสื่อวิดีโอได้เอง ช่วยเสริมสร้างความสามารถ ในการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า นอกจากนี้ การที่กลุ่ม ควบคุมก็มีคะแนนการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อน ว่าแผนการจำหน่ายปกติซึ่งรวมแผนพบและคำแนะนำ จากพยาบาลก็มีประโยชน์ในระดับหนึ่ง แต่โปรแกรมที่ พัฒนาขึ้นให้ผลดีกว่าอย่างชัดเจน

ข้อจำกัดของการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมี คะแนนความพร้อมก่อนทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งเกิดจากการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา การวิจัย จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้ ทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมของกลุ่มตั้งแต่ ก่อนการทดลองบริบทของโรงพยาบาลตรังอาจไม่เป็น ตัวแทนของโรงพยาบาลอื่น อาจไม่สามารถสรุปอ้างอิง ไปยังประชากรทั่วไปได้ ระยะเวลาติดตามผลสั้น (4 สัปดาห์) ไม่สามารถประเมินความคงอยู่ของความ พร้อมและภาระที่ลดลงในระยะยาวได้ นอกจากนี้ ดังนั้นควรตีความผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการ วางแผนจำหน่ายสามารถเพิ่มความพร้อมและลด ภาระการรับรู้ของญาติได้ดีกว่าแผนปกติ จึงมี ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมการวางแผน จำหน่ายที่มุ่งเน้นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไป ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่ม ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และดำเนินการเตรียมญาติอย่างต่อเนื่องจนถึงหลัง กลับบ้าน เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและลดภาระใน การดูแลของญาติผู้ดูแล

1.2 ควรส่งเสริมการใช้สื่อการเรียนรู้ที่

หลากหลาย เช่น วิดีโอ แผ่นพับ หรือสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงและการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ญาติสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง และ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการ สนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ของญาติผู้ดูแล โดย เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ ระบายความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลด ความเครียดและภาระทางอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วย ระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ฝ่ายการพยาบาลควรกำหนดนโยบายการนำ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดการเปลี่ยน ผ่านของ เมลิสเป็นมาตรฐานการดูแลของหอผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังจำหน่าย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย เช่น ระยะเวลา 3-6 เดือนหลังกลับบ้าน เพื่อประเมินความคงอยู่ของ ความพร้อมและภาระในการดูแลของญาติ

3.2 ควรศึกษานำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือภาวะอื่น ๆ ที่ต้องพึ่งพาการดูแล จากครอบครัว เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยาย ขอบเขตการใช้งานของโปรแกรม

3.3 ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล เช่น อายุ ระดับการศึกษา หรือ ประสบการณ์ในการดูแล ที่อาจมีผลต่อความพร้อม และภาระในการดูแล เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้ เหมาะสมกับผู้ดูแลแต่ละกลุ่มมากยิ่งขึ้น

3.4 เนื่องจากงานวิจัยนี้พบความไม่เท่าเทียม ของกลุ่มก่อนทดลองในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม หรือการจับคู่ เพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างเท่าเทียมกันตั้งแต่เริ่มต้น หากไม่สามารถสุ่ม ได้ ควรใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

วารสารกองการพยาบาล

(ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม หรือใช้การวิเคราะห์คะแนนความแตกต่าง แทนการเปรียบเทียบด้วย Independent t-test เพียงอย่างเดียว

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: WHO; 2020.
2. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2022. [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://world-stroke-academy.org/media/uploads/2022/02/World-Stroke-Organization-WSO-Global-Stroke-Fact-Sheet-2022.pdf>
3. Natha Chiangpiw, Waraporn Boonchiang, Sivaporn Ungwattana. Effects of participatory learning on stroke prevention on knowledge and perceived self-efficacy among village health volunteers. Nursing Journal. 2018;45(1):87-99. Thai.
4. Ministry of Public Health. Statistics of stroke patients in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai.
5. Kumluang S, et al. Stroke resource utilization and all-cause mortality in Thailand 2017-2020. BMJ Open. 2023;13(6):e072259.
6. Trang Hospital. Stroke patient statistics report. Trang: Trang Hospital; 2023. Thai.
7. Phongpuk Junsiri. Sense of burden among caregivers of intermediate-phase stroke patients receiving treatment at Kosum Phisai Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2021;18(2):72-80. Thai.
8. Pasika Kimhong. Effects of a transitional stroke care program on readiness and caregiving burden of family caregivers [master's thesis]. Bangkok: Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; 2023. Thai.
9. Sathitphan S. Nursing management model for discharge planning on outcomes of stroke patients and caregivers. Journal of Nursing Science. 2022;40(3):45-59. Thai.
10. Kamonwan Nilaek, Rungnapa Chantra. Effects of a discharge planning program on self-care ability and quality of life among burn patients in male surgical ward 4, Surat Thani Hospital. Journal of Medical Academic. 2019;33(2):143-156. Thai.
11. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. 2021;44(1):14-28.
12. Institute of Neurology, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Nursing care guidelines for stroke patients. Nonthaburi: Institute of Neurology; 2015. Thai.
13. Liu Y, Yang Y, Zhou Y. Effects of transitional care interventions on family caregivers of stroke survivors: A randomized controlled trial. Journal of Clinical Nursing. 2022;31(19-20):2760-2771.

14. Wu CY, Lee SH, Chen MC. Home-based caregiver training and its impact on caregiver burden and patient outcomes after stroke. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(8):2019-2026.
15. Park JS, Kim HS. Psychosocial support interventions to reduce caregiver burden in stroke caregiving: An integrative review. *Journal of Nursing Research*. 2022;30(6):e241.

ผลของโปรแกรมให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสานต่อความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

ผุสดี ชูชีพ*

ปร.ด (จิตวิทยา)

ฟารีดา คชฤทธิ์**

พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

(รับ: 24 เมษายน 2569, แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 11 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสานต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสานตามแนวคิดของ Corey ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสาน แบบประเมินความเครียดสวนปฐ (SPST-20) และแบบสอบถามความสามารถในการเผชิญความเครียด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (CVI = 1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568 ถึง 20 มกราคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 4.27 และ 2.73 ตามลำดับ; $t = -5.67$, $p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean = 4.27 และ 3.01 ตามลำดับ; $t = -7.57$, $p < 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลในชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การให้การศึกษแบบกลุ่มแบบผสมผสาน, ความสามารถในการเผชิญความเครียด, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, สุขภาพจิตชุมชน

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** อาจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

Corresponding author; E-mail: Fareeda071135@gmail.com

The Effects of Eclectic Group Counseling Program on Stress coping ability of Caregiver in non - communicated disease in Community Pathum Thani Province

Pusadee Chucheeep *

Ph.D. (Psychology)

Fareeda Korcharit**

M.S. (Psychiatric Nursing and Mental Health)

(Received: April 24, 2026, Revised: May 26, 2026, Accepted: June 11, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an eclectic group counseling program on the stress coping ability of caregivers of older adults with chronic non-communicable diseases in a community in Pathum Thani Province, Thailand. The sample comprised 52 caregivers, who were assigned to an experimental group (n = 26) and a control group (n = 26). The experimental group participated in an eclectic group counseling program developed based on Corey's counseling approach, while the control group received usual care. Research instruments included the eclectic group counseling program, the Suan Prung Stress Test-20 (SPST-20), and a stress coping ability questionnaire. The counseling program and questionnaire were reviewed by five experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. The stress coping ability questionnaire demonstrated acceptable reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.84. Data were collected from November 1, 2025, to January 20, 2026, and analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that, after participating in the program, the experimental group had significantly higher stress coping ability scores than before the intervention (Mean = 4.27 and 2.73, respectively; $t = -5.67$, $p < 0.05$). Furthermore, the experimental group demonstrated significantly higher stress coping ability than the control group (Mean = 4.27 and 3.01, respectively; $t = -7.57$, $p < 0.05$).

These findings suggest that the eclectic group counseling program is effective in enhancing stress coping ability among caregivers of older adults with chronic non-communicable diseases. The program may be applied as a mental health promotion strategy to strengthen caregivers' coping capacity and improve their quality of life in community settings.

Keywords: Eclectic group counseling, Stress coping ability, Caregivers of older adults, Chronic non-communicable diseases, Community mental health

* Lecturer, Faculty of Nursing, Pathum Thani University.

** Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang. Corresponding author; E-mail: Fareeda071135@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดย ปี 2025 ทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 800-810 ล้านคน (คิดเป็นประมาณ 10% ของประชากรโลกทั้งหมด) และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากหนึ่งพันล้านในปี 2020 เป็น 1.4 พันล้าน ภายในปี 2050 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าระหว่างปี 2020 ถึง 2050 โดยมีจำนวนถึง 426 ล้านคน¹ รวมทั้งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13,916,333 คน คิดเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากร²

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น การทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ ทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและมีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาและต้องการการดูแลระยะยาวจากผู้อื่น³ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ ซึ่งญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยเป็นสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกัน⁴ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีหน้าที่ในการดูแลตั้งแต่การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานจนถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน⁵ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเครียดของ Lazarus & Folkman⁶ ที่กล่าวว่า ความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคล

ประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพ และเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง

โปรแกรมการปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานเป็นกระบวนการที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาที่ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสะสม วิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยได้นำทฤษฎีการปรึกษาทางจิตวิทยากลุ่มแบบผสมผสาน มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ตระหนักได้ว่าการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง มีกำลังใจ มีความสอดคล้องกับ Corey⁷ ที่ให้ความหมายของการให้การปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานไว้ว่าการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานนั้นเป็นการผสมผสานทฤษฎีการปรึกษาจากสถานการณ์ที่เป็นรูปธรรมผู้ที่รับความช่วยเหลือสามารถจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานในที่ผ่านมาจะส่วนใหญ่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนด้านสุขภาพจิตดีขึ้น และแม้ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสานในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเพียงการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁸

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ในผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมดูแล

วาระการทบทวนการพยาบาล

ตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ งานนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งให้ ประชาชนดูแลตนเองให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต⁹ ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้นำมาพัฒนาโปรแกรมการให้การ บริการแบบกลุ่มผสมผสาน เพื่อการดูแลและส่งเสริม สุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในการเผชิญความเครียด และปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบความสามารถเผชิญความเครียด

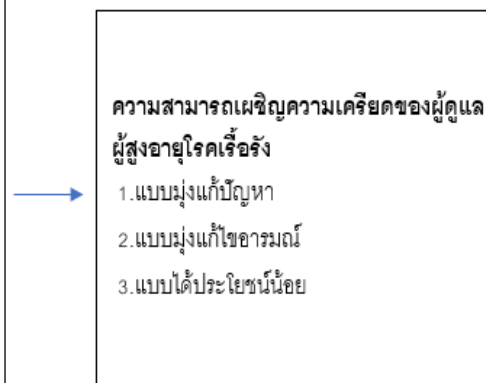
โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบผสมผสาน
ครั้งที่ 1 กิจกรรม สร้างสัมพันธภาพ ให้รู้จักกัน เข้าใจตนเอง และจัดการกับตัวกระตุ้น ทางอารมณ์
ครั้งที่ 2 กิจกรรม ความสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหา (รู้เรา รู้เขา เราชนะ)
ครั้งที่ 3 กิจกรรม ความสามารถเผชิญความเครียด (ปรับตัว ปรับใจ)
ครั้งที่ 4 กิจกรรม ความสามารถจัดการเครียดได้เหมาะสม (สุขกันเถอะเรา)
ครั้งที่ 5 กิจกรรมสะท้อน สรุป ก้าวต่อไปด้วย ความมั่นใจ

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสาน

2. เปรียบเทียบ ความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการให้ คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานกับกลุ่มควบคุมที่ให้ คำปรึกษาแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยูกต์¹ ใช้แนวคิดการให้ คำปรึกษาแบบผสมผสานของ Corey⁷ และการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman⁶ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

(purposive sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.08 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน แต่เมื่อสิ้นสุดการวิจัย เหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวม 52 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

วาระการพิจารณา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีความเครียดอยู่ในระดับสูง 42 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 (กรมสุขภาพจิต) 2) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Conclusion criteria) ดังนี้ 1) มีปัญหาสุขภาพ และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Corey⁷ ประกอบด้วย 1) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย 3) การออกแบบเทคนิคมาให้บริการการปรึกษากับผู้รับบริการ 4) การให้คำปรึกษา และ 5) การสะท้อน สรุปผลให้การปรึกษาและประเมินผล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียด ของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20)¹¹ จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ 20 ข้อมีคะแนนรวมทั้งสิ้น 100 คะแนน และมีการแปลผลคะแนนรวมตามเกณฑ์แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้ ความเครียดน้อย (0-23) ความเครียดปานกลาง (24-41) ความเครียดสูง (42-61) และความเครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถเผชิญความเครียด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ Wannakorn & Jantra¹² ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และการเผชิญความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และค่าคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับต่ำมาก (1.00-1.49) ระดับต่ำ (1.50-2.49) ระดับปานกลาง (2.50-3.49) ระดับสูง (3.50-4.49) และระดับสูงมาก (4.50-5.00) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ PTU-IRB-CERT- 2025-065 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจว่า การตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568- 20 มกราคม 2569 จำนวน 5 สัปดาห์ ใช้เวลาสัปดาห์ละ 45 -60 นาที ดังนี้

1) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ความเครียดส่วนตัว และความรู้สึกในบทบาทผู้ดูแล และทำแบบสอบถาม (pre-test) และการจัดการ

วาระของการพยาบาล

ตัวกระตุ้นทางอารมณ์โดยใช้ Emotion Cards เทคนิค ABC สื่อสารเชิงบวก

2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานพฤติกรรมเป้าหมาย สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหา และการมองโลกในแง่ดี

3) การออกแบบเทคนิคมาให้บริการการปรึกษากับผู้รับบริการ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมใช้ Brainstorm & Brain การคิดวิเคราะห์ปัญหา 5 ขั้นตอนการแก้ปัญหา CBT เบื้องต้น และการมองมุมบวก

4) การให้คำปรึกษา สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาความสามารถในการเผชิญและคลายความเครียดโดยการพัฒนาความสามารถในการคลายความเครียด ด้วยการฝึกหายใจ ศิลปะบำบัด กล้องความสูง

5) การสะท้อน สรุปให้การปรึกษาและประเมินผล สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมแลกเปลี่ยนในกลุ่มและสร้างแผน Self-care ระยะยาว สรุปผลและทำแบบสอบถาม (post-test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาแล้วต่อคณะกรรมการการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

เพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบ ได้แก่ paired t-test และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 69.23 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.15 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 69.23 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.92 และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 69.23 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.69 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.15 และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ร้อยละ 73.08 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.08

2. ความสามารถในการเผชิญความเครียด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสาน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{Mean}_{\text{ก่อนทดลอง}} = 2.73, \text{SD} = 1.33; \text{Mean}_{\text{หลังทดลอง}} = 4.27, \text{SD} =$

วารสารกองการพยาบาล

1.13) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการ

เผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.67, p = <.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (N=26)

ความสามารถเผชิญความเครียด	$\bar{x}$	SD	t	df	P
ก่อนทดลอง	2.73	1.33	-5.67	25	.004*
หลังทดลอง	4.27	1.13			

*p < .01

3. เปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{Mean}_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.27$,

$\text{SD} = 1.13$; $\text{Mean}_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 3.01$, $\text{SD} = 1.40$) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ ด้วยค่าสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.57, p = <.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (N=52)

ความสามารถเผชิญความเครียด	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
กลุ่มทดลอง	4.27	1.13	-7.57	50	0.011**
กลุ่มควบคุม	3.01	1.40			

**p < .05

การอภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\text{Mean}_{\text{ก่อนทดลอง}} = 2.73$, $\text{SD} = 1.33$; $\text{Mean}_{\text{หลังทดลอง}} = 4.27$, $\text{SD} = 1.13$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

.05 ($t = -5.67, p < .05$) สอดคล้องตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman⁶ ที่อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์และการใช้กลวิธีในการเผชิญความเครียดของบุคคล ซึ่งหากบุคคลรับรู้ความเครียด และสามารถจัดการหรือเผชิญความเครียดได้ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความปกติสุขได้นอกจากนี้การได้รับโปรแกรมการให้การปรึกษาแบบกลุ่มผสมผสานที่ผสมผสานเทคนิคการให้ข้อมูลความรู้ การฝึกผ่อนคลาย และการเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับมุมมองต่อสถานการณ์ ลดความ

วาระการสาธารณสุข

ตั้งเครือข่ายทางอารมณ์ และพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anothai & Poonpon¹³ ที่พบว่าโปรแกรมการให้การศึกษาแบบกลุ่มผสมผสานสามารถเสริมสร้างทักษะด้านจิตใจและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความสามารถในการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษารูปแบบผสมผสานสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ให้การศึกษาแบบปกติ ($Mean_{\text{กลุ่มทดลอง}} = 4.27, SD = 1.13; Mean_{\text{กลุ่มควบคุม}} = 3.01, SD = 1.40$) และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยค่าสถิติ ด้วยค่าสถิติ Independent t-test พบว่า ความสามารถในการเผชิญความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.57, p = <.05$) สอดคล้องกับแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผสมผสานของ Corey⁷ ที่กล่าวว่า การให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานนั้นเป็นการผสมผสานการให้คำปรึกษาจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่

ได้รับความเครียด ทำให้สามารถจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย กำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตการให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มอื่น

ด้านบริหารการพยาบาล หน่วยงานควรส่งเสริมสนับสนุนในการนำรูปแบบการดูแลการให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานไปใช้อย่างจริงจังต่อเนื่อง และติดตามผลทั้งระยะสั้นและระยะ ที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตแก่ผู้รับบริการ และครอบครัว

ด้านปฏิบัติการพยาบาล นำไปวางแผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตการให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่างๆ ในการเผชิญและจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

ด้านการทำวิจัย ติดตามรูปแบบการดูแลการให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงนำไปพัฒนาโปรแกรมการดูแลการให้คำปรึกษารูปแบบผสมผสานในกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

References

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai Elderly 2025. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2025. Thai.
3. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G, Wu Y, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Diseases International; 2016.

วารสารกองการพยาบาล

4. Wongsawang N. Family caregiving for dependent older adults in Thai families. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013. 45(4): 336-343.
5. Connors M. H, Seeher K, Teixeira P. A, Woodward M, Ames D, Brodaty H. Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2020.35(2), 250–258.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
7. Corey G. Theory and practice of group counseling. 9th ed. Belmont, CA: Cengage Learning; 2016.
8. Nilawan Daoset. The Effects of a Stress Management Program on the Mental Well-being of Caregivers of Psychiatric Patients in the Community of Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Environmental and Community Health*. 2025;10(3):306-15. Thai.
9. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015. Thai.
10. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
11. Department of Mental Health. Suanprung Stress Test-20 (SPST-20). Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. Thai.
12. Wannakorn Ponpichai, Jantra Uieng. Study of stress and coping strategies of high school students in Muang District, Trang Province. *Nakbutparitat Journal*. 2018;10(1):94-106. Thai.
13. Surachat Anothai, Pitchayane Poonpon, Ungsinun Intarakamhang. Effects of an integrated group counseling program on social skills of patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2022;30(1):15-28. Thai.

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพต่อการลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม: การศึกษาเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี

นุจรินทร์ โคตรชัย*	พย.บ. (การพยาบาล)
จิรวรรณ อินคัม**	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
กิตติราวุฒิ ขวัญชาตรี***	วท.ม. (เวชศาสตร์ป้องกัน)
อริสรา สุขวักนี้****	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

(รับ: 20 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 4 มิถุนายน 2569, ตอรับ: 14 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจหลังดำเนินโปรแกรมกับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี และเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังดำเนินโปรแกรม กลุ่มละ 50 ราย คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โปรแกรมพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะ 9 กิจกรรม เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.96) และมีค่าความเชื่อมั่น (ICC = 0.84) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Exact Poisson test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม อุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจเท่ากับ 1.92 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลย้อนหลัง 4 ปีที่พบอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 9.32–13.68 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ขณะเดียวกันสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพยาบาลทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินสมรรถนะ

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และมีส่วนช่วยลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้

คำสำคัญ: การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
หอผู้ป่วยวิกฤต

* หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

** ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Corresponding author): jirawain@g.swu.ac.th

*** ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**** ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Effectiveness of a Nurse Competency Enhancement Program on Reducing the Incidence of Unplanned Extubation in Critically Ill Medical Patients: A Comparative Study with 4-Year Retrospective Data

Nuchjarin Kotchai *	B.N.S. (Nursing)
Jirawan Inkoom**	M.N.S. (Adult Nursing)
Kitsarawut Khuancharee***	M.Sc. (Preventive Medicine)
Arisara Sukwatjanee****	M.N.S. (Adult Nursing)

(Received: May 20, 2026, Revised: June 4, 2026, Accepted: June 14, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a professional nursing competency enhancement program for preventing unplanned extubation (UE) among critically ill medical patients. Specifically, the study compared the incidence of UE after program implementation with four-year retrospective data and examined changes in professional nursing competency before and after participation in the program. The sample comprised 14 registered nurses and 100 mechanically ventilated critically ill patients, including 50 patients before and 50 patients after program implementation. Participants were selected according to predetermined criteria. The program was developed based on Bandura's Self-Efficacy Theory and consisted of nine competency-enhancing activities. The research instruments demonstrated satisfactory content validity (IOC = 0.96) and reliability (ICC = 0.84). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Exact Poisson test.

The findings showed that the incidence of UE after program implementation was 1.92 events per 1,000 ventilator days, which was lower than the incidence reported in the four-year retrospective data (9.32–13.68 events per 1,000 ventilator days). In addition, professional nursing competency significantly increased after participation in the program ($p < 0.001$), and all nurses met the competency evaluation criteria.

The results suggest that the professional nursing competency enhancement program effectively improved nurses' competency in preventing unplanned extubation and contributed to reducing the incidence of UE among critically ill medical patients. The program may be applied to enhance the quality and safety of nursing care in medical intensive care units.

Keywords: Unplanned Extubation; Critically Ill Medical Patients; Professional Nursing Competency; Intensive Care Unit

* Semi-Medical Intensive Care Unit, HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center

** Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

Corresponding author: jirawain@g.swu.ac.th

*** Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University

**** Department of Adult and Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่มีภาวะคุกคามชีวิต โดยเฉพาะภาวะล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) และการใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อประคับประคองสัญญาณชีพ¹ แม้การใส่ท่อช่วยหายใจจะเป็นหัตถการที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่กลับเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สำคัญ คือ "การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้อำนาจ" (Unplanned extubation: UE) ซึ่งรวมถึงการดึงท่อด้วยตนเอง (Self-extubation) และการเลื่อนหลุดจากอุบัติเหตุระหว่างการปฏิบัติหัตถการ (Accidental extubation)^{2,3}

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลกตั้งแต่ร้อยละ 0.5 ถึง 35.8^{4,5} สำหรับบริบทของประเทศไทยพบอัตราการเกิดอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล โดยบางแห่งพบสูงถึงร้อยละ 78.2 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดในหอผู้ป่วยวิกฤต⁶ ผลกระทบจากเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน บาดเจ็บของกล่องเสียง (Laryngeal trauma) และเพิ่มความเสี่ยงต่อปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ (VAP) ถึง 1.8 เท่า^{10,12} นอกจากนี้ยังส่งผลให้ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาพักในหอผู้ป่วยวิกฤต และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น^{2,5} ปัจจัยเสี่ยงของการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ แบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วย เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และความเจ็บปวดที่ไม่ได้รับการจัดการ 2) ด้านการพยาบาล เช่น การยึดตรึงท่อช่วยหายใจที่ไม่แน่นหนาและการจัดการยาระงับประสาทที่ไม่มีประสิทธิภาพ^{7,11,19} และ 3) ด้านบุคลากรพยาบาล

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (Nursing Competency) หมายถึง การบูรณาการความรู้ ทักษะ ทักษะ และ การตัดสินใจทางคลินิก เพื่อปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจถือเป็น Specific Functional Competency ที่พยาบาลต้องมีทักษะเฉพาะทาง หากพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ หรือการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการป้องกันอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญ^{3,12,15} ทั้งนี้ อุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไม่ได้เกิดจากสมรรถนะพยาบาลเพียงประการเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วย อัตราการล้มพยาบาลในช่วงรับ-ส่งเวร ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และ sedation protocol ของหน่วยงาน^{3,7} แนวทางการแก้ปัญหาในอดีตมักเน้นการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines: CPG)^{8,9,13} แต่พบว่าการนำแนวปฏิบัติไปใช้มักประสบปัญหาความไม่ยั่งยืน เนื่องจากขาดกระบวนการขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตัวบุคคล นอกจากนี้ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของ competency-based intervention กับข้อมูลระยะยาวในระดับองค์กร

ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura¹⁸ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฯ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถตนเองมี 4 ด้าน ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) (2) ประสบการณ์แทน (Vicarious Experiences) (3) การชักจูงทางวาจา (Verbal Persuasion) และ (4) สถานะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological &

Emotional States) ซึ่งแหล่งประโยชน์ทั้ง 4 ด้านนี้ ถูกนำมาออกแบบเป็น 9 กิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทฤษฎีของ Bandura ระบุว่า มีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การเลือกใช้ทฤษฎีนี้จึงมีความเหมาะสม โดยตรงต่อการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันต่อช่วยหายใจ เลื่อนหลุดของพยาบาล ผ่านการเสริมสร้าง ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากต้นแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการจัดการสภาวะอารมณ์¹⁷ บริบทของหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2563-2566) พบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจสะสมสูงระหว่าง 9.32 ถึง 13.68 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายคุณภาพที่หน่วยงานกำหนดไว้คือ "น้อยกว่า 9 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ" เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 มีประสบการณ์ทำงาน ≤ 5 ปี และยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้เกิดช่องว่างในสมรรถนะการประเมินและการจัดการความเสี่ยง จากความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นหลังการทดลองกับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปีของหน่วยงาน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤต และเป็นต้นแบบในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันเลื่อนหลุดต่อ

ช่วยหายใจกับข้อมูลอุบัติการณ์เลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจย้อนหลัง 4 ปี ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

2. เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ของ Bandura¹⁸ ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมและความสำเร็จในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy expectations) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยกำหนดตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการเลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจมี 9 กิจกรรม ได้แก่ 1. การอบรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ 2. การประเมินความเสี่ยงการเลื่อนหลุดต่อช่วยหายใจ 3. การให้ข้อมูลและการสื่อสารแก่ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ/ครอบครัวและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแล 4. การระบุขนาดตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้ชัดเจนที่ป้ายหัวเตียง และแฟ้มผู้ป่วย และการตรวจสอบ Cuff pressure 5. การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ 6. การผูกยึดร่างกาย 7. การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม 8. การป้องกันการดึงรั้งท่อช่วยหายใจจากการทำหัตถการต่างๆ 9. การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเตรียมเอาท่อช่วยหายใจออก โดยผ่านแหล่งประโยชน์ 4 ด้าน ตามทฤษฎีของ Bandura ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) (2) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experiences) (3) การชี้แนะทางสังคม (Social persuasion) และ (4) การกระตุ้นทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective

states) ตัวแปรตาม คือ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ^{17,18}

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รูปแบบการวิจัยนี้เลือกใช้เนื่องจาก ข้อจำกัดทางจริยธรรมในการแบ่งกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม และใช้ historical comparison เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการประเมินแนวโน้มในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การออกแบบนี้มีข้อจำกัดด้าน internal validity เนื่องจากไม่มี concurrent control group และอาจ เกิด Hawthorne effect, maturation bias และ historical bias ซึ่งจะอธิบายในส่วนข้อจำกัดของการ วิจัย ดำเนินการในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรม จำนวน 14 คน (2) ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วย หายใจทางปาก จำนวน 100 ราย แบ่งเป็นกลุ่มก่อน ได้รับโปรแกรมฯ (เก็บข้อมูลย้อนหลัง มกราคม- มีนาคม 2568) จำนวน 50 ราย และกลุ่มหลังได้รับ โปรแกรมฯ (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2568) จำนวน 50 ราย เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ใส่ท่อ ช่วยหายใจทางปากครั้งแรกไม่เกิน 24 ชั่วโมง และมี คะแนนความรุนแรงของโรค APACHE II น้อยกว่า 24

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้สูตร เปรียบเทียบ incidence rate ของกลุ่มตามวิธีของ Kelsey et al. โดยอ้างอิงจาก incidence rate ย้อนหลัง (ประมาณ 10/1,000 วัน) และ ค่าการณ ผลลัพธ์ที่ลดลงร้อยละ 80 ที่ระดับ $\alpha = 0.05$ และ power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 46 รายต่อกลุ่ม

และกำหนดเป็น 50 รายต่อกลุ่มเพื่อรองรับการ สูญหาย กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 14 คน เป็นประชากร ทั้งหมดของหอผู้ป่วยดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่ง ออกเป็น 2 ส่วน ตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ 1.1 แบบบันทึก ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การวินิจฉัยโรค ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Scale: GCS) ความรุนแรงของโรค (APACHE II) ชนิดโรคประจำตัว ยาที่ใช้ในการรักษา ปัจจุบัน ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการดื่มสุรา และระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ 1.2 แบบบันทึก ข้อมูลอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่เกิดการเลื่อนหลุดท่อช่วย หายใจ จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด และการ คำนวณอัตราอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ

2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 2.1 แบบบันทึก ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และ การอบรมเฉพาะทาง 2.2 แบบประเมินสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเลื่อนหลุดท่อ ช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากหลักฐานเชิง ประจักษ์และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง มี 9 ข้อ ใช้มาตร วัด 3 ระดับ (ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน ปฏิบัติครบถ้วนถูกต้อง = 2 คะแนน) คะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยต้องผ่านเกณฑ์ 100% การแปลผลคะแนน: คะแนน 0-11 = สมรรถนะต้อง ปรับปรุง คะแนน 12-14 = สมรรถนะปานกลาง คะแนน 15-18 = สมรรถนะดี และผ่านเกณฑ์เมื่อได้ คะแนนเต็ม 18 คะแนน (ร้อยละ 100)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการ ป้องกันการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ พัฒนาจาก

ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะของตนเองของ Albert Bandura และหลักฐานเชิงประจักษ์ ออกแบบให้สอดคล้องกับองค์ประกอบ 4 ด้านของทฤษฎี Bandura ได้แก่ (1) ประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) ผ่านการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองและผู้ป่วยจริง (2) การเรียนรู้จากต้นแบบ (vicarious experience) ผ่านการสาธิตจากผู้เชี่ยวชาญและวิดีโอ (3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงเชิงบวก และ (4) การจัดการสภาวะอารมณ์ (emotional arousal) ผ่านการลดความเครียดและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย โปรแกรมประกอบด้วย 9 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) การอบรมพยาบาลวิชาชีพ (2) การประเมินความเสี่ยงการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ (3) การให้ข้อมูลและการสื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติ (4) การระบุขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจอย่างชัดเจน (5) การตรวจสอบ cuff pressure (6) การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ (7) การผูกยึดร่างกายผู้ป่วย (8) การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม (9) การป้องกันการดึงรั้งท่อช่วยหายใจจากการทำหัตถการต่างๆ และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อเตรียมถอดท่อช่วยหายใจ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบ checklist ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเวอร์ละ 1 ครั้ง โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตและประเมินบันทึกทุกวัน เมื่อพบปัญหาหรือข้อสงสัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้พูดคุยให้ข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินโปรแกรมฯ ประเมินสมรรถนะพยาบาลก่อนรับโปรแกรมฯ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการอบรมพยาบาลวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการ

ป้องกันการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจในเดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 14 คนถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน เพื่อเฝ้าต่อการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดกิจกรรมการอบรมในแต่ละสัปดาห์มีดังนี้ เหตุผลที่กำหนดระยะเวลา 4 สัปดาห์เนื่องจากเนื้อหาครอบคลุมทักษะทางคลินิกหลายด้านที่ต้องการการฝึกปฏิบัติซ้ำและการสะท้อนคิด ช่วยให้พยาบาลสามารถนำทักษะไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริงระหว่างสัปดาห์ก่อนอบรมสัปดาห์ถัดไป ซึ่งเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับการสร้าง Mastery Experience ตามทฤษฎีของ Bandura

สัปดาห์ที่ 1 มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยกระตุ้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวล จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจด้วยเครื่องมือ Motor Activity Assessment Scale (MAAS) และ Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) รวมถึงการผูกยึดร่างกายผู้ป่วยผ่านการบรรยาย วิดีทัศน์ คู่มือ และการสาธิตจากผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลได้ฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเสมือนจริงและได้รับการประเมินทักษะพร้อมคำแนะนำและการเสริมแรงทางบวกจากผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 2 เน้นการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเริ่มจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัย จากนั้นพยาบาลเรียนรู้เทคนิคการสื่อสาร การระบุขนาดและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ การตรวจสอบแรงดัน cuff pressure และการยึดตรึงท่อช่วยหายใจอย่างเหมาะสม ผ่านสื่อการสอนและการสาธิต พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติและรับการประเมิน พร้อมคำแนะนำเฉพาะเจาะจงและการเสริมแรงเชิงบวก

สัปดาห์ที่ 3 มุ่งเน้นการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมและการป้องกันการติดเชื้อช่วยหายใจระหว่างการทำหัตถการ โดยพยาบาลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้การประเมินและจัดการความเจ็บปวด การป้องกันการติดเชื้อ และการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการถอดท่อช่วยหายใจผ่านสื่อการสอนและการสาธิต จากนั้นฝึกปฏิบัติและรับการประเมิน พร้อมการให้กำลังใจและคำชมเชยจากผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 4 เป็นสัปดาห์สุดท้าย มุ่งเน้นการบันทึกข้อมูลและการประเมินผล เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้พยาบาลวิชาชีพสามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง เปิดโอกาสให้พยาบาลสะท้อนความรู้สึกและประสบการณ์หลังการอบรม พร้อมฝึกการบันทึกอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจอย่างถูกต้องและครบถ้วน ในกรณีที่พยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมตามกำหนดได้ ผู้วิจัยจัดการอบรมทดแทนในวันและเวลาที่เหมาะสม โดยใช้เนื้อหาและกระบวนการอบรมเดียวกัน เพื่อให้การดำเนินโปรแกรมเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน

ระยะที่ 3 ระยะหลังใช้โปรแกรมฯ เก็บข้อมูลอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 50 ราย โดยพยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะฯ อย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามกำกับการปฏิบัติและประเมินผลตลอดระยะเวลาการศึกษา มีการติดตามประเมินสมรรถนะพยาบาลในระยะ 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินการลดความเอนเอียงและควบคุมตัวแปรกวน ดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดระยะ wash-out period
- 2 สัปดาห์ ระหว่างการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (contamination) กล่าวคือ เพื่อให้พฤติกรรมพยาบาลที่อาจเปลี่ยนแปลงจากการรับรู้ว่าการกำลังถูก

ศึกษาในระยะก่อนการทดลอง (Hawthorne effect) ลดลงก่อนเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มหลังการทดลอง

2. พยาบาลทุกคนได้รับการอบรมครบถ้วน โดยผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมตามกำหนดได้รับการอบรมทดแทนด้วยเนื้อหาและวิธีการเดียวกัน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ อย่างสม่ำเสมอ วันละ 1 ครั้ง

4. ใช้เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่เข้มงวด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเทียบเคียงกันได้

5. ประเมินสมรรถนะพยาบาลใน ระยะเวลา 3 เดือน

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-671114 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา และข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างสองกลุ่มด้วย Chi-square test เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย Paired t-test และการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจกับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี ใช้ Exact Poisson test เพื่อคำนวณ Incidence Rate Ratio (IRR) ซึ่งเหมาะสมกับข้อมูลจำนวนเหตุการณ์ที่น้อย (rare events) โดยไม่สมมติการแจกแจงแบบปกติ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

วารสารกองการพยาบาล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งกลุ่มก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ย 73.5 ± 12.8 ปี และ 72.8 ± 13.1 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36 และ 34 ตามลำดับ) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 58 และ 54) และได้รับการวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินหายใจเป็นหลัก (ร้อยละ 46 และ 48) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้สึกตัวตาม Glasgow Coma Scale (GCS) ระหว่าง 7-10 คะแนน (ร้อยละ 88 และ 84) และมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางตามคะแนน APACHE II ระหว่าง 18-24 คะแนน (ร้อยละ 94 ทั้งสองกลุ่ม) ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-7 วัน (ร้อยละ 48 และ 50) เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มก่อนได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ($p = 0.996$) เพศ ($p = 0.689$) การวินิจฉัยโรค ($p = 0.843$) ระดับความรู้สึกตัว (GCS)

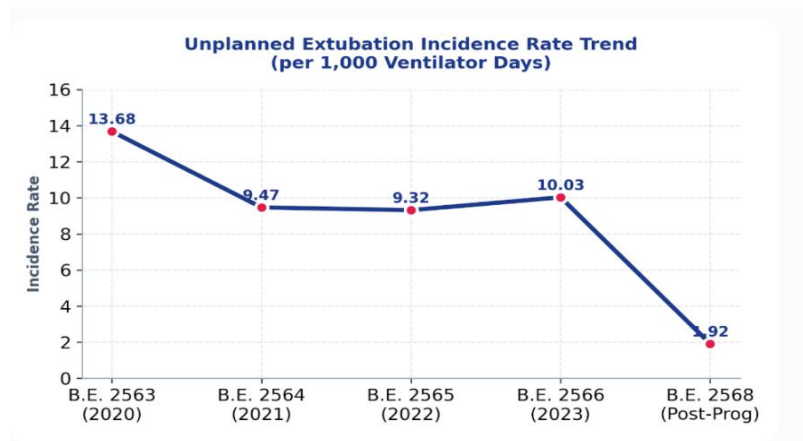
($p = 0.564$) ความรุนแรงของโรคตามคะแนน APACHE II ($p = 1.000$) และระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ($p = 0.969$)

ผลการวิจัยหลังได้รับโปรแกรมฯ พบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ เพียง 1 ครั้งจาก 520 วันใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็น 1.92 ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ (95% CI = 0.47-7.09) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายขององค์กร (น้อยกว่า 9 ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ) และต่ำกว่าข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (9.32-13.68 ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ) อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลการเปรียบเทียบทางสถิติยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ ($p = 0.143$) อาจเนื่องจากขนาดตัวอย่างที่เล็กและจำนวนเหตุการณ์ที่น้อย (พบเพียง 1 ครั้ง) ซึ่งส่งผลให้ confidence interval กว้างมากและ statistical power ต่ำ ดังนั้นผลที่พบจึงควรตีความในเชิง clinical significance มากกว่า statistical significance รายละเอียดการเปรียบเทียบแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (พ.ศ. 2568) กับข้อมูลย้อนหลัง 4 ปี (2563-2566)

พ.ศ.	อุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ (ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ)	อุบัติการณ์หลังใช้โปรแกรมฯ ปี 2568 (ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ)	p-value	IRR (95% CI)
2563	13.68	1.92	0.054	7.11 (0.96-52.51)
2564	9.47	1.92	0.122	4.92 (0.65-37.14)
2565	9.32	1.92	0.140	4.85 (0.59-39.39)
2566	10.03	1.92	0.106	5.21 (0.70-38.62)
เฉลี่ย	9	1.92	0.143	4.68 (0.59-36.94)

หมายเหตุ: IRR = Incidence Rate Ratio; วิเคราะห์ด้วย Exact Poisson test



รูปที่ 1: กราฟแท่งแสดงแนวโน้มอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2563–2566) เปรียบเทียบกับอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจหลังได้รับโปรแกรมฯ (พ.ศ. 2568)

2. การเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเฉลี่ย ก่อนได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.57 (SD = 1.65) และ หลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นเป็น 18.00 (SD = 0.00)

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน สมรรถนะครบทุกด้านร้อยละ 100 โดยมีขนาดอิทธิพล ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 3.90$) แสดงถึงผลลัพธ์ ที่มีความสำคัญในทางปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 14)

สมรรถนะ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ	หลังใช้โปรแกรมฯ	p-value
	Mean ± SD	Mean ± SD	
1. การประเมินความเสี่ยงการเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ	1.29±0.47	2.00±0.00	<0.001
2. การให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ	1.14±0.36	2.00±0.00	<0.001
3.การระบุขนาดและตำแหน่งท่อช่วยหายใจ	1.43±0.51	2.00±0.00	<0.001
4.การตรวจสอบ cuff pressure	1.21±0.43	2.00±0.00	<0.001
5. การยึดตรึงท่อช่วยหายใจ	1.36±0.50	2.00±0.00	<0.001
6. การผูกยึดร่างกายผู้ป่วย	1.50±0.52	2.00±0.00	<0.001
7. การประเมินและจัดการความเจ็บปวด	1.07±0.27	2.00±0.00	<0.001
8. การป้องกันการดึงรั้งจากหัตถการ	1.29±0.47	2.00±0.00	<0.001
9. การประเมินความพร้อมถอดท่อ	1.29±0.47	2.00±0.00	<0.001
คะแนนรวม (18 คะแนน)	11.57 ± 1.65	18.00 ± 0.00	<0.001

(Cohen's $d = 3.90$)

หมายเหตุ: Cohen's d คำนวณโดยใช้ SD ก่อนการทดลองเป็นฐาน (SD pre-based); $d \geq 0.8$ = large effect, $d \geq 2.0$ = very large effect; SD_{post} = 0.00 ในทุกรายการสะท้อน ceiling effect ของแบบประเมิน (คะแนนสูงสุด 2 คะแนน/ด้าน); * คะแนนรวม Cohen's d

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันเลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในเชิงคลินิก (จาก 9.32–13.68 เป็น 1.92 ครั้ง/1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และข้อมูลอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจย้อนหลัง 4 ปีอย่างชัดเจน แม้ผลทางสถิติยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ ($p = 0.143$) อาจเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กและจำนวน event ที่น้อยมาก (1 ครั้ง) ส่งผลให้ confidence interval กว้างและ statistical power ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wu และคณะ⁴ และเนลสันรต์นั พรหมโส และคณะ¹⁵ ที่สนับสนุนว่าการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลร่วมกับแนวปฏิบัติเชิงประจักษ์ สามารถลดอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมได้ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองตามทฤษฎีของ Bandura ผ่านแหล่งประโยชน์ทั้ง 4 ด้านมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยาบาลดังนี้: (1) Mastery Experiences ผ่านการฝึกปฏิบัติจำลองสถานการณ์ ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในทักษะ (2) Vicarious Experiences โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยสังเกตพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีความเชี่ยวชาญ (3) Verbal Persuasion ผ่านการชี้แนะและการสะท้อนคิดจากทีมวิจัย และ (4) Physiological States ผ่านการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ลดความวิตกกังวล ซึ่งกลไกเหล่านี้จะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากโปรแกรมฯ ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ แต่พัฒนาสมรรถนะเชิงพฤติกรรม^{15,16,17} อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่ออุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจ นอกเหนือจากสมรรถนะพยาบาล

ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วย อัตรากำลังพยาบาลในช่วงรับ-ส่งเวร ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ และ sedation protocol ตลอดระยะเวลาการศึกษา แพทย์ นโยบายการดูแลผู้ป่วย และ sedation protocol ในหอผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงและไม่มีการเปลี่ยนแปลงอัตรากำลังพยาบาล ซึ่งช่วยควบคุม confounding factors บางส่วน การวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญที่ต้องพิจารณา ได้แก่ (1) ไม่มี concurrent control group ทำให้ไม่สามารถตัด confounding factors ออกได้อย่างสมบูรณ์ (2) อาจเกิด Hawthorne effect คือพยาบาลอาจปฏิบัติดีขึ้นเพราะรู้ว่ากำลังถูกสังเกต (3) ระยะ historical comparison อาจเกิด temporal trend bias หรือ regression to the mean (4) กลุ่มตัวอย่างเล็กและ event rate ต่ำ ส่งผลให้ statistical power ต่ำ (5) ดำเนินการในหน่วยงานเดียว จำกัดการ generalizability ผู้วิจัยแนะนำให้ศึกษาซ้ำในวงกว้างขึ้นพร้อม concurrent control group แม้ว่าอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจจะลดลงอย่างมาก แต่ยังพบ 1 ครั้งในระหว่างการศึกษา เป็นประเภทผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจออกเอง (Self-extubation) ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับ Cosentino และคณะ¹² ที่ระบุว่าภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ยากที่สุด หลังเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว ทีมพยาบาลและแพทย์ได้ทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยเพิ่มความถี่ในการประเมิน RASS และปรับ sedation protocol ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผลการติดตามสมรรถนะพยาบาลในระยะ 3 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม พยาบาลทุกคนยังรักษาระดับสมรรถนะได้ร้อยละ 100 ไม่พบอุบัติการณ์เลื่อนหลุดท่อช่วยหายใจในช่วงติดตาม สะท้อนความยั่งยืนของโปรแกรมในระยะสั้น ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเลื้อนหลุดท่อช่วยหายใจ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 11.57 ± 1.65 คะแนน เป็น 18.000 ± 0.00 คะแนน และมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก (Cohen's $d = 3.90$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการเลื้อนหลุดท่อช่วยหายใจ ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่โปรแกรมได้รับการพัฒนาตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ซึ่งส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานผ่านการอบรม การฝึกปฏิบัติ และการได้รับข้อมูลสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการเลื้อนหลุดท่อช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลทุกคนมีคะแนนสมรรถนะอยู่ในระดับสูงสุดของแบบประเมิน ซึ่งอาจสะท้อนลักษณะ ceiling effect ได้บางส่วน กล่าวคือ เมื่อผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงมาก เครื่องมืออาจไม่สามารถแสดงความแตกต่างของสมรรถนะที่สูงกว่าระดับดังกล่าวได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ผลคะแนนเต็มของผู้เข้าร่วมทุกคนอาจสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ขณะเดียวกันการศึกษาค้างต่อไปอาจพิจารณาเพิ่มวิธีการประเมินที่มีความละเอียดมากขึ้น เช่น การประเมินระดับความเชี่ยวชาญเชิงพฤติกรรม หรือการติดตามผลในสถานการณ์ปฏิบัติงานจริง เพื่อสะท้อนความแตกต่างของสมรรถนะในระดับสูงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

สรุป

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

ในการป้องกันการเลื้อนหลุดของท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ที่พัฒนามาบนฐานทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura แสดงให้เห็นแนวโน้มการลดอุบัติการณ์เลื้อนหลุดท่อช่วยหายใจในเชิงคลินิกอย่างชัดเจน แม้ผลทางสถิติยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ อันเนื่องมาจากขนาดตัวอย่างที่จำกัด โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในหน่วยงาน และแนะนำให้ดำเนินการศึกษาในวงกว้างเพื่อยืนยันประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการป้องกันการเลื้อนหลุดท่อช่วยหายใจไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลประจำหน่วยงาน และกำหนดให้พยาบาลที่บรรจุใหม่ทุกคนได้รับการอบรมตามโปรแกรมฯ ก่อนเริ่มปฏิบัติงานกับผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

2. ควรจัดให้มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อรักษาระดับสมรรถนะให้คงอยู่อย่างยั่งยืน

3. ควรขยายการศึกษาไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหลายแห่ง เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความยั่งยืนของโปรแกรมฯ และสามารถสรุปอ้างอิงไปยังบริบทอื่นได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยดำเนินการในหอผู้ป่วยเพียงแห่งเดียวและมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัด ส่งผลต่อกำลังทางสถิติ และจำกัดการอ้างอิงผลไปยังหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ระยะเวลาการติดตามผลหลังใช้โปรแกรมฯ เพียง 3 เดือน จึงแนะนำให้มีการติดตามในการยืนยันความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว

Reference

1. Fujishima S. Guideline-based management of acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome. *J Intensive Care*. 2023;11(1):1–9.
2. Antonious A, Ravi P, Maged T. Analytical review of unplanned extubation in intensive care units and recommendation on multidisciplinary preventive approaches. *J Intensive Care Med*. 2023;39(6):1–7.
3. Li R, Sun J, Xu N. Unplanned extubation in critically ill patients: incidence, risk factors, and prevention strategies. *Crit Care Nurse*. 2022;42(2):29–44.
4. Wu J, Liu Z, Shen D, Luo Z, Xiao Z, Liu Y, et al. Prevention of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit: an overview of systematic reviews. *Nurs Open*. 2023;10(2):392–403.
5. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg*. 2012;114(5):1003–14.
6. Patcharawun Salakham, Supian Pokathip, Pimonpan Jareunsee, Orathai Wasombut, Pulyamon Pumthong, Suput Saythong. Situation of unplanned extubation at Sunpasitthiprasong Hospital. *Sunpasitthiprasong Hosp J*. 2019;40(1–3):51–60. Thai.
7. Carlson J, Mayrose J, Krause R, Jehle D. Extubation force: tape versus endotracheal tube holders. *Ann Emerg Med*. 2007;50(6):686–91.
8. Somchit Saengsri. Development and evaluation of nursing practice guidelines for preventing unplanned extubation in surgical intensive care unit. *J Songklanagarind Hosp*. 2012;1(1):31–35. Thai.
9. Nipada Tareepian, Thitinun Wattanachai, Manaporn Chatchumni. Effectiveness of nursing care guidelines for mechanically ventilated patients. *J Nurs Health Care*. 2019;37(1):70–79. Thai. M.Sc.* Wattanachai M.N.S.**
10. Abbas A, Lutfy SM. Incidence, risk factors, and consequences of unplanned extubation. *Egypt J Chest Dis Tuberc*. 2019;68(3):346–50.
11. Ju TR, Wang E, Castaneda C, Rathod A, Abe O. Superficial placement of endotracheal tubes associated with unplanned extubation: a case-control study. *J Crit Care*. 2022;67:39–43.
12. Cosentino C, Fama M, Foà C, et al. Unplanned extubations in intensive care unit: evidences for risk factors. *Acta Biomed*. 2017;88(5):55–65.
13. Patcharee Chutip. Effects of nursing practice guidelines to prevent endotracheal tube dislodgement in medical patients. *Res Innov Health Sci J*. 2020;3(1):33–39. Thai.

14. Bangaorn Nakrit, Ampapor Namwongphrom, . (Nam-oy Phakdiwong. Endotracheal tube dislodgement and ventilator days in critically ill patients cared with evidence-based nursing practice guidelines. Kuakarun J Nurs. 2015;22(1):1–15. Thai.
15. Nalinrat Promso, Apinya Wongpiriyayothar, Supatra Buatee S. Development of clinical nursing practice guidelines for preventing endotracheal tube dislodgement in medical intensive care unit. Princess Naradhiwas Univ J. 2024;16(2):101–23. Thai.
16. Rattana Thongjam. Development of nursing practice guidelines to prevent endotracheal tube dislodgement. Vongchavalitkul Univ J. 2020;33(1):31–38. Thai.
17. Kassaraporn Pengpist, Sauwamas Khunlan Theunnadee. Effects of a self-efficacy enhancement program on perceived self-efficacy and behaviors of nurses in preventing ventilator-associated pneumonia [dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2017. Thai.
18. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
19. Tanios M, Epstein S, Grzeskowiak M, Nguyen HM, Park H, Leo J. Influence of sedation strategies on unplanned extubation in a mixed intensive care unit. Am J Crit Care. 2014;23(4):306–14.
20. Maneenuch Suttason, Kanittha Kaewkullay, Wassana Naiyapatana. Effects of nursing practice guidelines on endotracheal tube dislodgement incidence in critically ill patients on mechanical ventilation. J Nurs Educ. 2017;10(2):58–68. Thai.
21. Butsaba Akkharawanasakun, Kruewan Wangwan, Nongyao Mongkhonittivech. Outcomes of clinical practice guidelines for preventing endotracheal tube dislodgement in medical intensive care unit 2, Chiangrai Prachanukroh Hospital. Chiangrai Med J. 2020;12(1):73–81. Thai.
22. Wiparat Navarat, Panomporn Prittpongpun, Parichat Srianurak, Pathumporn Kanyakamin, Suweena Bohplian. Effects of nursing practice guidelines to prevent unplanned extubation on the incidence of endotracheal tube dislodgement in a medical ward. Royal Thai Army Nurs J. 2017;18(1):167–74. Thai.

ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุตรดิตถ์

สุปราณี หมื่นยา* กศ.ด. (วิจัยและประเมินผลการศึกษา)
อิทธิพล แก้วฟอง** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 19 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 31 พฤษภาคม 2569, ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม จำนวน 260 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.53, S.D. = 1.58) โดยผลกระทบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.74, S.D. = 1.58) ขณะที่ผลกระทบด้านกายภาพและสังคมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.45, S.D. = 1.61) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับน้อย (ร้อยละ 56.54) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.54) และมีความเครียดระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 16.92 ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.482$) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($p > 0.05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผลกระทบด้านจิตใจจากภัยพิบัติน้ำท่วมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมิน คัดกรอง และจัดการความเครียด รวมทั้งเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภัยพิบัติน้ำท่วม ความเครียด ภาวะซึมเศร้า สุขภาพจิต

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author; Email: ittipol@unc.ac.th

Impacts and Mental Health Problems among Older Adults in Areas Affected by Flood Disasters in Uttaradit Province

Supranee	Muenya*	Ph.D. (Education Research and Evaluation)
Ittipol	Kaewfong**	M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

(Received: May 19, 2026, Revised: May 31, 2026, Accepted: June 15, 2026)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the impacts of flood disasters, mental health problems in terms of stress and depression, and the relationships between flood disaster impacts and mental health problems among older adults in flood-affected areas of Uttaradit Province. The sample consisted of 260 older adults selected through multistage random sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, a flood disaster impact assessment questionnaire (IOC = 0.85, Cronbach's alpha = 0.92), the Stress Test-5 (ST-5), and the 9Q depression screening questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings revealed that the overall impact of flooding among older adults was at a low level (Mean = 2.53, S.D. = 1.58). Psychological impact was at a moderate level (Mean = 2.74, S.D. = 1.58), whereas physical and social impacts were at low levels (Mean = 2.45, S.D. = 1.61). Most participants reported low levels of stress (56.54%), followed by moderate levels (26.54%), while 16.92% experienced high to very high levels of stress. Flood disaster impacts were positively associated with stress at a statistically significant level ($p < 0.05$), particularly psychological impact, which showed a moderate correlation ($r = 0.482$). No significant relationship was found between flood disaster impacts and depression ($p > 0.05$).

The findings suggest that psychological impacts of flooding are associated with stress among older adults. Healthcare providers should prioritize stress assessment, screening, and management, as well as continuous monitoring of mental health problems, to promote quality of life and psychological well-being among older adults affected by disasters.

Keywords: Older Adults; Flood Disaster; Stress; Depression; Mental Health

* Assistance Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Corresponding author; Email: ittipol@unc.ac.th

บทนำ

ภัยพิบัติทางธรรมชาติเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอุทกภัยซึ่งเป็นภัยพิบัติที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ¹ องค์การอนามัยโลก² รายงานว่า ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ ประชาชนประมาณร้อยละ 20 มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับปานกลางถึงรุนแรง เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตในระยะยาว³

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางต่อผลกระทบจากภัยพิบัติมากกว่ากลุ่มวัยอื่น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว โรคประจำตัวเรื้อรัง และการพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต⁴ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติ น้ำท่วมได้รับผลกระทบในหลายมิติ ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น การบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการกำเริบของโรคเรื้อรัง ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ความหวาดกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย และความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และผลกระทบด้านสังคม เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน การหยุดชะงักของวิถีชีวิต การลดบทบาททางสังคม และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁴⁻⁶

นอกจากผลกระทบดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วมยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียดและภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามต่อชีวิต การสูญเสียทรัพย์สิน การเปลี่ยนแปลง

สภาพแวดล้อม และความไม่แน่นอนในการดำรงชีวิต ภายหลังเกิดภัยพิบัติ งานวิจัยในประเทศจีน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วมมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีแนวโน้มเกิดความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น⁷ สอดคล้องกับการศึกษาที่สรุปว่าความเครียด ภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญสามารถเกิดขึ้นและคงอยู่ได้เป็นเวลานาน ภายหลังเกิดภัยพิบัติ⁸⁻¹⁰

การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ผลกระทบจากภัยพิบัติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบรุนแรง มีโรคประจำตัว มีการสูญเสียทรัพย์สิน หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม มักมีระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบน้อยกว่า ขณะที่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถช่วยลดผลกระทบทางจิตใจและส่งเสริมการฟื้นตัวภายหลังเกิดภัยพิบัติได้^{7, 10-11} ผลการศึกษาดังกล่าวดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระดับผลกระทบจากภัยพิบัติและทรัพยากรสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภายหลังประสบภัย

สำหรับประเทศไทย ภัยพิบัติน้ำท่วมยังคงเกิดขึ้นเป็นประจำในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรติดถือเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เผชิญปัญหาน้ำท่วมและน้ำป่าไหลหลากอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอำเภอน้ำปาดซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่มเชิงเขาและมีลำน้ำหลายสายไหลผ่าน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยเป็นประจำ ส่งผลให้ประชาชนจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องเผชิญกับการสูญเสียทรัพย์สิน การอพยพ

และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างฉับพลัน ข้อมูลของกรมสุขภาพจิต¹² ระบุว่า ภายหลังการเกิดภัยพิบัติประชาชนในพื้นที่ประสบภัยจำนวนหนึ่งมีระดับความเครียดสูงและมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาของ Kaewsuk¹¹ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ประสบอุทกภัยในภาคเหนือของประเทศไทยมีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างสูง และมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียทรัพย์สินและการขาดการสนับสนุนทางสังคม

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยพิบัติในภาพรวม หรือศึกษาระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเกิดอุทกภัย¹¹ ขณะที่การศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กับปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งในบริบทต่างประเทศและประเทศไทย^{4,5,7} อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในบริบทของอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาน้ำท่วมซ้ำซากและมีผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มสำคัญ ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการศึกษา เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมและความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่จริง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกัน ปันฟู และส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติต่อไป

การศึกษาครั้งนี้อาศัยแนวคิด Stress and Coping Theory ของ Lazarus และ Folkman¹³ เป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง

ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสีย เกิดกระบวนการประเมินสถานการณ์ (cognitive appraisal) และประเมินความสามารถของตนในการเผชิญปัญหา (coping resources) หากรับรู้ว่าคุณสมบัติไม่เพียงพอต่อการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมนำไปสู่ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตในเวลาต่อมา¹³ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย โรคประจำตัว และทรัพยากรในการปรับตัว ซึ่งอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ มากขึ้น^{4,8}

ดังนั้น การศึกษาผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมและความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เนื่องจากจะช่วยเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากภัยพิบัติและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแล ปันฟู และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป¹⁰⁻¹¹

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

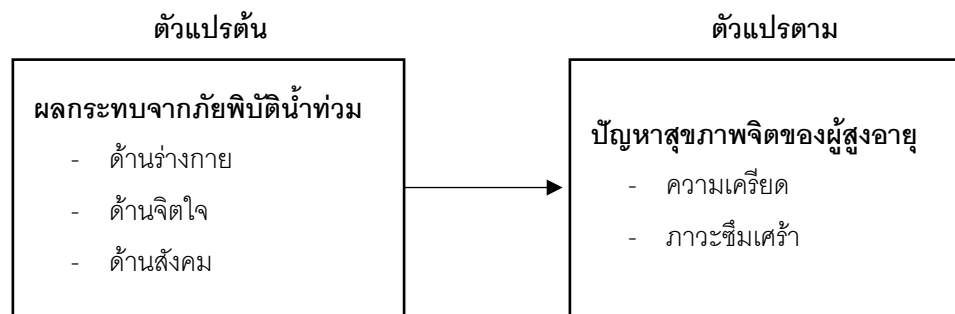
1. ศึกษาระดับผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม
2. ประเมินระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ความเครียด และภาวะซึมเศร้า)
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎี Stress and Coping Theory¹³ ซึ่งอธิบายว่าความเครียด

(stress) เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะเมื่อบุคคลรับรู้สถานการณ์ที่เผชิญเกินกว่าทรัพยากรหรือความสามารถในการจัดการของตนเอง การเผชิญเหตุ (coping) ที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินสถานการณ์ (appraisal) และทรัพยากรภายในและภายนอกที่บุคคลมีอยู่ เช่น การสนับสนุนทางสังคม (social support) ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วมต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงในชีวิต เช่น การสูญเสียทรัพย์สิน การอพยพจากบ้าน การขาดแคลนทรัพยากร และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในชุมชน เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิด “ผลกระทบจากภัยพิบัติ” ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยตรง โดยระดับของผลกระทบที่ได้รับและปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น

เพศ อายุ รายได้ ภาวะสุขภาพ การมีโรคเรื้อรัง รวมถึงปัจจัยทางสังคม เช่น การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ การรับรู้ตัวตนที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอจะช่วยลดความรู้สึกรีดร้าวและวิตกกังวล และส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังภัยพิบัติได้ดียิ่งขึ้น^{4,7} ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือขาดการสนับสนุนทางสังคมมักมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น เช่น ความเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า^{5,14} ดังนั้นความเปราะบางทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติรุนแรงกว่ากลุ่มประชากรอื่น การศึกษานี้ “ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม” (ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม) เป็นตัวแปรต้น (independent variables) มีอิทธิพลต่อ ตัวแปรตาม (dependent variables) คือ “ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” ซึ่งประกอบด้วย ความเครียด และภาวะซึมเศร้า



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัย

พิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุดรธานี เก็บข้อมูลภายหลังเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมในช่วงปี พ.ศ. 2568–2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ตำบลน้ำไคร้ อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ จากพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านน้ำไคร้ หมู่ 2 บ้านนากล้า หมู่ 3 บ้านห้วยแมง หมู่ 8 บ้านนากล้า จำนวนผู้สูงอายุ 742 คน (จากรายงานข้อมูลพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอน้ำป่าด) **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ตำบลน้ำไคร้ อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ จาก 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านน้ำไคร้ หมู่ 2 บ้านนากล้า หมู่ 3 บ้านห้วยแมง และหมู่ 8 บ้านนากล้า โดยมีประชากรทั้งหมด 742 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตามสูตรของ Yamane¹⁵ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 260 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จากนั้นดำเนินการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านแบบง่าย ให้ได้จำนวนครบตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีภูมิลำเนา/อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรดิตถ์ (อาศัยอยู่ในพื้นที่ก่อนเกิดเหตุและ/หรือในช่วงเกิดเหตุ) 3) สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีภาวะป่วยหนักหรือมีอาการเฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่เหมาะสมต่อการสัมภาษณ์ (เช่น เหนื่อยหอบรุนแรง ซึ่อก ฯลฯ) และ 2) มีภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรงหรือความบกพร่องทางปัญญาที่ทำให้ไม่สามารถให้ความยินยอมหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ หมู่ 1 น้ำไคร้ 84 คน หมู่ 2 นากล้า 61 คน หมู่ 3 ห้วยแมง 61 คน และ หมู่ 8 นากล้า 54 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การศึกษา การมีโรคประจำตัว และลักษณะการอยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านร่างกาย 6 ข้อ 2) ผลกระทบด้านจิตใจ 8 ข้อ และ 3) ผลกระทบด้านสังคม 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยคะแนน 5 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด และคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีผลกระทบเลย ซึ่งคะแนนรวมทั้งสูงแสดงถึงการได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด ใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง คะแนน 1 หมายถึง มีอาการเป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง มีอาการบ่อยครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเป็นประจำทุกวัน ทั้งนี้ คะแนนรวมทั้งสูงแสดงถึงระดับความเครียดที่สูง¹⁶

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา¹⁶ โดยแบบประเมิน 9Q ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในประชากรไทยและมีคุณสมบัติทางจิตวิทยาอยู่ในเกณฑ์ดี¹⁷ ผลการประเมินสามารถนำมา

จัดกลุ่มตามแนวคิดป้องกันภาวะหัวใจ 7 สี สบข.โมเดล¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ การพยาบาลผู้สูงอายุ และการจัดการสาธารณภัย มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85¹⁹ ภายหลังการปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและเคยประสบภัยพิบัติน้ำท่วม แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 โดยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม มีค่าเท่ากับ .85, .89 และ .87 ตามลำดับ

แบบประเมินความเครียด ST-5 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ .86 ตามลำดับ^{12,17} และนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีการดัดแปลงข้อคำถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำไคร้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำไคร้ ภายหลังได้รับอนุญาตจากหน่วยงานดังกล่าว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2569 ในพื้นที่ตำบลน้ำไคร้ อำเภอโนนสะอาด จังหวัดอุดรดิตถ์ โดยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) เพื่อประชาสัมพันธ์และนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับ คำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อราย โดยประเมินผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมครั้งล่าสุด รวมทั้งประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามระยะเวลาที่กำหนดในเครื่องมือแต่ละชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระดับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ระดับความเครียด และระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)
3. แปลผลระดับความเครียดตามเกณฑ์ของแบบประเมิน ST-5 และแปลผลระดับภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ของแบบประเมิน 9Q ของกรมสุขภาพจิต

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ เลขที่ BCNUT REC No. 022/2568 และผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูล ต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูล

เป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือ สิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม จังหวัดอุตรดิตถ์ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 4 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 260 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.46) มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 59.2) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.69) และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.00) ส่วนใหญ่มีรายได้

เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 78.46) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 59.62) และอาศัยอยู่กับสมาชิกในครัวเรือน 1-2 คน (ร้อยละ 52.31) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.62) โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขข้อในเลือดสูง

ส่วนที่ 2 ระดับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม

จากการประเมินระดับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.53, S.D. = 1.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.74, S.D. = 1.58) ขณะที่ผลกระทบด้านร่างกาย (Mean = 2.33, S.D. = 1.53) และผลกระทบด้านสังคม (Mean = 2.45, S.D. = 1.61) อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม (n = 260)

ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม	Mean	S.D.	ระดับผลกระทบ
ผลกระทบทางกายภาพ	2.33	1.53	น้อย
ผลกระทบทางจิตใจ	2.74	1.58	ปานกลาง
ผลกระทบทางสังคม	2.45	1.61	น้อย
รวม	2.53	1.58	น้อย

ส่วนที่ 3 ระดับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1 ระดับความเครียด ผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.54) รองลงมาคือระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 26.54) ระดับมาก (ร้อยละ 10.00) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 6.92) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้สูงอายุ (n = 260)

ระดับความเครียด (ST-5)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีความเครียดน้อย (0-4 คะแนน)	147	56.54
มีความเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	69	26.54

ระดับความเครียด (ST-5)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
มีความเครียดมาก (8-9 คะแนน)	26	10.00
มีความเครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	18	6.92
รวม	260	100.00

3.2 ระดับภาวะซึมเศร้า ผลการประเมิน ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ (สีขาว) คิดเป็นร้อยละ 50.77 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ร้อยละ 27.69 กลุ่มซึมเศร้าระดับน้อย (สีเขียวเข้ม) ร้อยละ 13.85 และกลุ่มซึมเศร้าระดับปานกลาง (สีเหลือง) ร้อยละ 6.54 ขณะที่กลุ่มซึมเศร้าระดับรุนแรงน้อย (สีส้ม) พบเพียงร้อยละ 1.15 และไม่พบผู้สูงอายุในกลุ่มซึมเศร้าระดับรุนแรงปานกลาง (สีแดง) และระดับรุนแรงมาก (สีดำ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (สพบ.โมเดล) (n = 260)

กลุ่มระดับภาวะซึมเศร้า	สีประจำกลุ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ปกติ (2Q=0)	ขาว	132	50.77
กลุ่มเสี่ยง (2Q≥1, 9Q<7)	เขียวอ่อน	72	27.69
ซึมเศร้าระดับน้อย (9Q=7-12)	เขียวเข้ม	36	13.85
ซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q=13-18)	เหลือง	17	6.54
ซึมเศร้าระดับรุนแรงน้อย (9Q≥19, 8Q=1-8)	ส้ม	3	1.15
ซึมเศร้าระดับรุนแรงปานกลาง (9Q≥19, 8Q=9-16)	แดง	0	0
ซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก (9Q≥19, 8Q≥17)	ดำ	0	0
รวม		260	100.00

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผลกระทบด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .482$) รองลงมา

คือ ผลกระทบด้านสังคม ($r = .384$) และผลกระทบด้านร่างกาย ($r = .246$) ส่วนผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความเครียดในระดับปานกลาง ($r = .471$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับภาวะซึมเศร้า ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม	ความเครียด (Stress)		ภาวะซึมเศร้า (Depression)	
	(r)	p-value	(r)	p-value
ผลกระทบทางกายภาพ	.246**	< .001	.016	.800
ผลกระทบทางจิตใจ	.482**	< .001	.074	.237
ผลกระทบทางสังคม	.384**	< .001	.004	.943
ภาพรวม	.471**	< .001	.043	.094

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลกระทบและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วม ตำบลน้ำไคร้ อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับผลกระทบโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.53, S.D. = 1.58) โดยผลกระทบด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.74, S.D. = 1.58) ขณะที่ผลกระทบด้านกายภาพและสังคมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.45, S.D. = 1.61) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับผลกระทบทางอารมณ์และความรู้สึกจากเหตุการณ์น้ำท่วมมากกว่าผลกระทบด้านอื่น แม้ว่าความเสียหายทางร่างกายและสังคมจะไม่อยู่ในระดับรุนแรงก็ตาม ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของเหตุการณ์น้ำท่วมที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ความกังวลต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงความกลัวต่อการเกิดเหตุซ้ำ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่พบได้บ่อยภายหลังการเกิดภัยพิบัติ⁸⁻⁹

อย่างไรก็ตาม ผลกระทบโดยรวมที่อยู่ในระดับน้อยอาจสะท้อนถึงลักษณะบริบทของชุมชนตำบลน้ำไคร้ ซึ่งเป็นชุมชนชนบทที่มีความเข้มแข็งด้านเครือข่ายทางสังคมและการพึ่งพาอาศัยกันภายในครอบครัว โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือน และมีเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบกับภายหลังเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมมีหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าช่วยเหลือด้านการดำรงชีพและการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จึงอาจช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นของชุมชน (Community Resilience) ที่อธิบายว่า การมีทุนทางสังคมและระบบสนับสนุนในชุมชนสามารถช่วยลดผลกระทบจากภัยพิบัติและส่งเสริมการฟื้นตัวของประชาชนกลุ่มเปราะบางได้²⁰⁻²¹

ด้านความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 56.54) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 26.54) สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ภายหลังเกิดอุทกภัยได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์การเผชิญน้ำท่วมที่เกิดขึ้นเป็นระยะในพื้นที่ รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกัน จึงช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการฟื้นฟูทางจิตใจภายหลังเกิดภัยพิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Resilience)⁶ ที่พบว่าผู้สูงอายุสามารถใช้ประสบการณ์ชีวิตและกลไกการเผชิญปัญหาที่สะสมมาในการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตได้ดีกว่ากลุ่มวัยอื่น

สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ (ร้อยละ 50.77) ขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีจำนวนน้อยมาก ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากการศึกษาในบางประเทศที่รายงานอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าภายหลังภัยพิบัติในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง⁷⁻⁸ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของชุมชนชนบทไทยที่ยังคงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน รวมถึงการมีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งถือเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า ผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .482, p < .001$) โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ผลกระทบจากน้ำท่วมมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความกังวล ความสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตย่อมส่งผลให้ระดับความเครียดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎี Stress and Coping Theory ของ Lazarus และ Folkman¹³ ที่อธิบายว่าความเครียดเกิดจากการประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญเป็นสิ่งคุกคามและเกินกว่าทรัพยากรที่ตนมีในการจัดการ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทันทีภายหลังเผชิญเหตุการณ์คุกคาม ขณะที่ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มักเกิดจากผลกระทบสะสมและดำรงอยู่เป็นระยะเวลานาน⁸ ประกอบกับช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลภายหลัง

เหตุการณ์น้ำท่วมอาจเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุเริ่มปรับตัวและได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชนแล้ว จึงอาจส่งผลให้ยังไม่ปรากฏความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ การไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมกับภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลภายหลังเหตุการณ์น้ำท่วมในช่วงที่ผู้สูงอายุเริ่มปรับตัวและได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว ประกอบกับภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นภายหลังและต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาอาการ (delayed onset) มากกว่าความเครียดที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสั้น⁸ นอกจากนี้ บริบทของชุมชนชนบทไทยที่มีเครือข่ายทางสังคมเข้มแข็ง การพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัว และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาจเป็นปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดผลกระทบทางจิตใจและส่งเสริมการปรับตัวภายหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤตได้^{7,10}

ในมุมมองของการพยาบาลชุมชน ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุภายหลังเกิดภัยพิบัติ โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมในระดับสูง ควบคู่กับการเยี่ยมบ้าน การติดตามต่อเนื่อง และการเสริมสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

Reference

1. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Global assessment report on disaster risk reduction 2022. Geneva: UNDRR; 2022.
2. World Health Organization. Mental health and psychosocial well-being in emergencies. Geneva: WHO; 2022.
3. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008;38(4):467–80.
4. Phiri M, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL, Cooper J. Impact of natural disasters on older adults' mental health: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [serial online]. 2020 Oct. [cited 2026 Apr 18];17(21):7850. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217850>
5. Fernandez RS, Lord H, Halcomb EJ, Moxham L, Middleton R. The psychological impact of natural disasters on older adults: an integrative review. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(12):948–63.
6. Strough J, Parker AM, Ayer L, Parks V, Finucane ML. Aging and emotional well-being after disasters: vulnerability and resilience. *Gerontologist* [serial online]. 2024 Mar. [cited 2026 Apr 18];64(3):gnad099. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnad099>
7. Gao L, Zhang Y, Wang Z, Yu X. The effect of flood exposure on mental health among older adults: a community-based cross-sectional study in China. *BMC Public Health* [serial online]. 2021 Oct [cited 2026 Apr 15];21:1889. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11896-0>
8. Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:169–83.
9. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*. 2002;65(3):240–60.
10. First JM. Post-traumatic stress and depression following disaster: examining the mediating role of disaster resilience. *Front Public Health* [serial online]. 2024 Jan. [cited 2026 Apr 15];12:1272909. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1272909>
11. Kaewsuk P. Psychological impacts of flooding on older adults in Northern Thailand. *J Nurs Sci*. 2021;39(2):45–58. Thai
12. Department of Mental Health. Five-year strategic plan (2023–2027) of the Department of Mental Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. Thai
13. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
14. Kun P, Han S, Chen X, Yao L. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among adults following the 1998 flood in China. *Compr Psychiatry*. 2013;54(5):495-501.

15. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
16. Department of Mental Health. Stress test (ST-5). Ministry of Public Health. Retrieved. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. Thai
17. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008;8(46):1-7.
18. Praboromarajchanok Institute. Practice manual for PBRI model according to the concept of seven-color life traffic ping-pong. Praboromarajchanok Institute; 2022. Thai.
19. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11th ed. Wolters Kluwer; 2021.
20. Aldrich DP, Meyer MA. Social capital and community resilience. Am Behav Sci. 2015;59(2):254-69.
21. First JM, First NL, Houston JB. Intimate partner violence and disasters: a framework for empowering women experiencing violence in disaster settings. Affilia. 2023;38(1):3-17.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดใน ห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ชิตชนก เชาวดี*

พ.ย.บ.

เบญจวรรณ จันทระชีว**

พ.ย.ม. (การผดุงครรภ์)

(รับ: 20 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 31 พฤษภาคม 2569, ตอรับ: 12 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ดำเนิน 4 ระยะ ได้แก่ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติ (2) ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ (3) ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ (4) ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ค่า CVI 0.90, KR-20 0.80 แบบประเมินภาวะขาดออกซิเจนทารกแรกเกิด ค่า CVI 0.90, KR-20 0.80 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ค่า CVI 1.0 Cronbach Alpha Coefficient 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัตินี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ (1) ระยะแรกรับ (2) ระยะที่ 1 ของการคลอด และ (3) ระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด อุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.197$) ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.48 และ ความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean 4.67, SD 0.10)

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะขาดออกซิเจน, ทารกแรกเกิด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง Corresponding author; E-mail: benjawanj@bcnt.ac.th

Development of nursing practice guideline for preventing birth asphyxia of newborn in labor room at Huaiyot hospital, Huaiyot District, Trang Province

Chitchanok Chaowadee*

B.N.S

Benjawan Jantarasiw**

M.N.S (Midwifery)

(Received: May 20, 2026, Revised: May 31, 2026, Accepted: June 12, 2026)

Abstract

This research and development aimed to develop and study the results of using nursing guidelines to prevent birth asphyxia in newborns. This study consisted of 4 phrases: (1) the development of a nursing practice guideline; (2) the quality assessment of a nursing practice guideline; (3) the trial of a nursing practice guideline; and (4) the evaluation of a nursing practice guideline. The sample consisted of 5 registered nurses and 60 pregnant women, who gave birth in the delivery room, Huai Yot Hospital. The pregnant women were divided into 30 individuals in the control group and 30 individuals in the experimental group. The research instrument was a nursing practice guideline to prevent birth asphyxia of newborn and the content validity was checked by 5 experts, yielding a value of 1.0. Data collection tools included a personal information form; the feasibility assessment form of the guideline implementation, yielding CVI of 0.90, and KR-20 of 0.80; the newborn's birth asphyxia assessment form, yielding CVI of 0.90, and KR-20 of 0.80; and the nurses' satisfaction form, yielding CVI of 1.0, and Cronbach's alpha concentration of 0.89. Data were analyzed using the descriptive statistics and the independent sample t-test.

The results showed that the developed nursing practice guideline consisted of 3 phases: (1) the initial phase; (2) the first stage of labor; and (3) the second and third stage of labor. The incident of newborn birth asphyxia in the experimental group was lower than in the control group; but there was no statistically significant difference ($p = 0.197$). The feasibility of the nursing practice guideline implementation was high, yielding 85.48%. The satisfaction of the nurses was high (Mean 4.67, SD 0.10).

Keywords: Nursing practice guidelines, Birth asphyxia, Newborns

* Professional nurse, Intrapartum Nursing Department, Huai Yot Hospital

** Instructor, Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Department, Boromarajonani

College of Nursing, Trang. Corresponding author E-mail: benjawanj@bcnt.ac.th

วารสารกองการพยาบาล

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดถือเป็นปัญหาที่ร้ายแรงส่งผลให้ทารกเสียชีวิตหรือมีความพิการ เกิดความสูญเสียทั้งในระดับครอบครัวและสังคมและสำคัญในประเทศกำลังพัฒนา พบว่า ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ร้อยละ 3 ของการคลอด (120 ล้านคนต่อปี) และประมาณ 900,000 คนเสียชีวิตจากภาวะนี้¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและส่งผลให้ทารกพิการได้² ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 (ร้อยละ 2.5) ของการเกิดมีชีพ³ แต่จากรายงานผลอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในปี งบประมาณ 2566-2568 พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดแนวโน้มที่ลดลง เท่ากับ 13.9, 13.4 และ 12.2 ต่อ 1,000 ตามลำดับ⁴ แต่มุ่งเน้นการลดอุบัติการณ์ระดับปานกลางให้เหลือน้อยกว่า 2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่เลือดขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด และเกิดเลือดเป็นกรด ส่งผลให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ อวัยวะสำคัญขาดออกซิเจนไปเลี้ยงจนเกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะทำให้เกิดความพิการทางสมองตามมา⁵ โดยการขาดออกซิเจนรุนแรงจะมีผลทำให้สมองขาดออกซิเจน ซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพทางสมองของทารกอย่างถาวรตามมา หรือส่งผลให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิต⁶

จากรายงานสถิติ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในปี พ.ศ 2562 – 2567 ยังคงพบอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด คิดเป็น 14.45,

15.66, 6.06, 9.65, 10.72 และ 13.24 ต่อ 1,000 ของการเกิดมีชีพตามลำดับ⁷ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ โรงพยาบาลห้วยยอดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีสูติแพทย์และกุมารแพทย์รับผิดชอบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดในเขตพื้นที่อำเภอห้วยยอด และรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายอีก 2 โรงพยาบาล จึงมีความท้าทายในการแก้ไขและป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันแม้ว่าหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด มีความพยายามในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังพบการเกิดอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดขึ้น จากการทบทวนความเสี่ยงของโรงพยาบาลห้วยยอด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุหลักเกิดจากปัจจัยด้านบุคลากร ที่พบว่า พยาบาลแผนกห้องคลอดมีพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้มีความแตกต่างด้านสมรรถนะส่วนบุคคลของพยาบาลตามระดับประสบการณ์⁸ ส่งผลให้การประเมินภาวะเสี่ยงของผู้คลอดและทารกในครรภ์ การเฝ้าระวังการดูแลผู้คลอดและทารกในครรภ์ การแก้ไขเมื่อเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกที่แตกต่างกัน⁹ และอีกหนึ่งปัจจัย คือ การขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ ซึ่งพบว่า มาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ปัจจุบันนั้นเป็นมาตรฐานเชิงกระบวนการทำงานขององค์กรมากกว่าเน้นการปฏิบัติกับผู้ป่วย¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้ช่วยลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย และเห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล

วาระการสาธารณสุข

ที่ชัดเจนและชัดเจนขึ้น¹⁰ ซึ่งภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดนั้นสามารถป้องกันได้ ด้วยการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด¹¹ ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดต่อการเกิดมีชีพและลดภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับบริบทสภาพปัญหาของโรงพยาบาลห้วยยอด เพื่อให้บุคลากรนำไปปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดและทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้ ตามเกณฑ์เป้าหมายของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ และเป็นการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และมีโอกาสพัฒนาส่งเสริมระบบการพัฒนาแนวทางปฏิบัติไปยังโรงพยาบาลลูกข่ายเป็นลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด

2. ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด โดยใช้กรอบแนวคิดของ The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (IOWA Model)¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้และแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้อ้างอิงตามแนวคิดของ IOWA Model มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุปัญหาการปฏิบัติงานและความรู้ที่มีอยู่ 2) สืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) วิเคราะห์และสังเคราะห์การตัดสินใจคุณภาพงานวิจัย 4) นำข้อมูลมาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติฯ ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ และระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด อ้างอิงตามแนวคิดของ IOWA Model มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาการปฏิบัติงานและประเมินองค์ความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการจัดการแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง ได้แก่

1.1 การศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหาเพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับพยาบาลในห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด 5 คน แนวคำถามเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหาพบว่า หน่วยงานมีการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะ

วาระสารกองการพยาบาล

ขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด แต่ไม่ครอบคลุมในทุกระยะของการคลอด ไม่มีขั้นตอนการดูแลเมื่อพบภาวะผิดปกติของการคลอด ไม่มีความชำนาญและความต่อเนื่องในการใช้เครื่องมือประเมินความก้าวหน้าของการคลอด และไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะที่ 1, 2 และ 3 ของการคลอด ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลห้วยยอด และไม่มีกำหนดเกณฑ์เป็นลายลักษณ์อักษรในการรายงานแพทย์กรณีที่มีความเสี่ยง ทำให้เกิดความล่าช้าในการประเมินส่งต่อ มีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

1.2 แหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาจากการปฏิบัติงาน โดยทบทวนจากตำรา บทความเชิงวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ครอบคลุมอุบัติการณ์ ลักษณะอาการสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การประเมิน และการจัดการ พบว่า การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดยังไม่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การป้องกันในระยะแรกเริ่ม การคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้คลอด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะที่ 1, 2 และ 3 ของการคลอด และการประเมิน APGAR SCORE ของทารกแรกเกิดนาที่ที่ 1 และนาที่ที่ 5 เพื่อให้การช่วยเหลือ ทำให้ไม่สามารถประเมินความเสี่ยงในระยะคลอดได้ มีผลต่อการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และบุคลากรมีประสบการณ์การดูแลที่ต่างกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยตั้งประเด็นคำถาม ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบทั้ง

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตามกรอบ PICO ดังนี้

P: Population = ทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน I: Intervention= แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด C: Comparison Intervention = การเปรียบเทียบวิธีการพยาบาลที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด O: Outcome = อัตราการเกิดภาวะการขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่นาที่ที่ 1 และ 5

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ดัชนีในวารสารสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผ่านทางระบบข้อมูลที่มีบริการในห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้แก่ CINAHL, Cochrane library, ScienceDirect

3. กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิด การป้องกัน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล birth asphyxia, newborn, prevention, nursing intervention, management และ development of clinical guidelines

4. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ 1) Clinical practice guideline, Evidence-base practice, Nursing practice guideline และ Policy เกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2562-2567 2) งานวิจัยทุกระดับ และข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

5. คณะผู้วิจัยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการคัดเลือกตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้เพื่อนำมาใช้ในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อตัดสินคุณภาพของงานวิจัย

วารสารกองการพยาบาล

การประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความ เป็นไปได้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk and Fineout-Overholt¹³ แบ่งเป็น 7 ระดับ ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิง ประจักษ์ทั้งหมด 10 เรื่อง ประกอบด้วย ระดับ 2 หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่ม ควบคุมที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี งานวิจัย เชิงทดลอง 3 เรื่อง ระดับ 6 หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย เดียวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัย เชิงคุณภาพ เป็นบทความวิชาการ 3 เรื่อง แนวปฏิบัติ ทางคลินิก 2 เรื่อง และงานวิจัยเชิงบรรยาย 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 4 นำข้อมูลมาพัฒนาสร้างแนว ปฏิบัติที่เหมาะสม

การนำข้อมูลมาสร้างแนวปฏิบัติการ พยาบาลแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิดมี 3 ระยะ คือ 1) การ ป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดใน ระยะแรกเริ่ม มี 3 กิจกรรม 2) การป้องกันภาวะขาด ออกซิเจนของทารกแรกเกิดในระยะที่ 1 ของการคลอด มี 5 กิจกรรม 3) การป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของ ทารกแรกเกิดในระยะที่ 2, 3 ของการคลอดกรณีคลอด ทางช่องคลอด มี 8 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 8 มี 7 กิจกรรมย่อย และกรณีผ่าตัดคลอด มี 7 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 7 มี 7 กิจกรรมย่อย

ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของ IOWA¹² ซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ มี 3 ระยะ คือ (1) ระยะแรกเริ่ม (2) ระยะที่ 1 ของการคลอด และ (3) ระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด ตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติ แพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสูติกรรม 2 ท่าน

และพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม 1 ท่าน วิธีการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ความ เหมาะสม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II¹⁵ ได้คะแนน ในแต่ละหมวดมากกว่า ร้อยละ 50 ตามเกณฑ์ของ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และผลการ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเชิง เนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่า เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่เก็บข้อมูล มี 4 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่อายุ การศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด ชนิดของ การคลอด และอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของ ทารกแรกเกิด

2.2 แบบประเมินความเป็นไปได้ของแนว ปฏิบัติฯ มี 21 ข้อ โดยใช้คำตอบปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบปฏิบัติ ให้คะแนน 1 ตอบไม่ปฏิบัติให้คะแนน 0 จากนั้นนำคะแนนมา รวมกัน และจัดระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ ฯ เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ดังนี้ ได้คะแนนร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ได้ คะแนนร้อยละ 60-79.99 หมายถึง มีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับปานกลาง และได้คะแนนร้อยละ 0-59.99 หมายถึง มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับน้อย ตรวจสอบ คุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้าน สูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษ ด้านสูติกรรม 1 ท่าน วิธีการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้าน ความตรงในเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) มีค่า เท่ากับ 0.90 และผลการตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี

วารสารกองการพยาบาล

ตั้งครุฑตามคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง¹⁶ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.80

2.3 แบบประเมินภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โดยใช้คะแนนแอสการ์ (Apgar scoring system) เป็นการประเมินลักษณะทางคลินิกของทารก 5 ประการในนาทีที่ 1 หลังคลอด ดังนี้ 1) A = Appearance (color / สีผิว) 0 คะแนนคือ เขียว / ซีด ทั้งตัว 1 คะแนน คือ ตัวสีชมพู ปลายมือปลายเท้า เขียว/ซีด 2 คะแนน คือ สีชมพูทั้งตัว 2) P = Pulse (heart rate / อัตราการเต้นของหัวใจ) 0 คะแนน คือ ไม่มี 1 คะแนน คือ ช้า (น้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที) 2 คะแนนคือ เท่ากับหรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที 3) G = Grimace (reflex irritability / ปฏิกริยาตอบสนองต่อการกระตุ้น) 0 คะแนน คือ ไม่ตอบสนอง 1 คะแนน คือ หน้าแสยะ หรือหน้านิ่งคิ้วขมวด 2 คะแนน คือ จาม ไอ หรือร้องเสียงดัง 4) A = Activity (muscle tone / ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ) 0 คะแนน คือ อ่อน ปวกเปียก 1 คะแนน คือ แขนขาอเล็กน้อย หรือแรง ด้านในการเหยียดแขนขามีเล็กน้อย 2 คะแนน คือ งอ แขนขาได้ดี หรือมีแรงด้านในการเหยียดแขนขาได้ดี และคืนอยู่ในท่างอได้เร็ว และ 5) Respiration (respiration effort / ความสามารถในการหายใจ) 0 คะแนนคือ ไม่หายใจ 1 คะแนน คือ หายใจ ช้า ตื้น ไม่สม่ำเสมอ หรือร้องเบา 2 คะแนน คือ หายใจสม่ำเสมอ (30-60 ครั้งต่อนาที) หรือร้องเสียงดัง¹⁴ ค่า APGAR score 8-10 คะแนน ทารกสุขภาพดีที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนหาก ค่า APGAR score 4-7 คะแนน ระดับอ่อนหรือปานกลาง และระดับรุนแรง คือ 0-3⁵ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม 1 ท่าน วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องด้านความ

ตรงในเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI มีค่าเท่ากับ 0.90 และผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรี ตั้งครุฑตามคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง¹⁶ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.80

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติฯ มี 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00 คือ ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.01 -4.00 คือ ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 คือ ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.01 -2.00 คือ ความพึงพอใจน้อย 1.00-0.00 คือ ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลระดับชำนาญการพิเศษด้านสูติกรรม 1 ท่าน วิธีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องด้านความตรงในเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI มีค่าเท่ากับ 1 และผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

ระยะที่ 3 การทดลองใช้นวปฏิบัติการพยาบาล (ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม 2568)

โดยนำนวนปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ได้ไปประเมินผลลัพธ์กับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

วาระการพิจารณา

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด จำนวน 5 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด ในปี พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 31 กรกฎาคม 2568 จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด 2) สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป 3) เข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่น ชักเกร็ง ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น และ 2) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ (ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - ธันวาคม 2568)

โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่ได้ไปประเมินผลลัพธ์กับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ดังนี้ ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด จำนวน 5 ราย มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด ในปี พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรี

ตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลห้วยยอด ระหว่างเดือนระหว่างเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2568 จำนวน 60 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด 2) สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ขึ้นไป 3) เข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ 2) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่น ชักเกร็ง ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น และ 3) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมทุกวันจันทร์และวันพุธและกลุ่มทดลองทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เพื่อป้องกันการอคติ (bias) จากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power 3.1¹⁷ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 คาดว่าเมื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลห้วยยอดที่พัฒนาขึ้นแล้วจะลดอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด จากเดิม ร้อยละ 0.08 ลดลงเหลือร้อยละ 0.025 โดยกำหนดให้ Power of test เท่ากับ 0.95 ทดสอบ 2 ทาง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับแอลฟา เท่ากับ .05 และเพิ่ม 5 % ป้องกันการ drop out ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ตัวอย่าง (เวชระเบียน) สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดในแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยยอด 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร พัทลุง เลขที่โครงการวิจัย 12/2568 รับรองวันที่ 2 พฤษภาคม 2568 ในการดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการ

วารสารกองการพยาบาล

ขั้นตอน การเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ให้ข้อมูล เข้าร่วมวิจัยแก่ผู้คลอดโดยสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใดๆ และ แจ้งให้ทราบว่าผู้คลอดสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ และคณะกรรมการวิจัยและการทดลองในมนุษย์ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. ขั้นตอนการในกลุ่มควบคุม เก็บรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด โดยผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาล ห้วยยอด บันทึกข้อมูลของตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบตามจำนวนตัวอย่าง
3. ขั้นตอนการในกลุ่มทดลอง การทดลองนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลแผนกห้องคลอด อธิบายการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด และตอบแบบประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ และความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล ฯ
4. ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อสตรีตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ขออนุญาตซัก

ประวัติและเก็บรวบรวมข้อมูลความเสี่ยง และแจ้งสตรีตั้งครรภ์ว่าข้อมูลที่รวบรวมได้ จะนำไปอภิปรายหรือเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยชื่อ

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลที่ได้อาจอย่างละเอียด เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิก ในช่วงที่มารับการรักษา คือ อายุ การศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และชนิดของการคลอด ด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ
 2. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และนำเสนอความแตกต่างของความเสียง (risk difference) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%
 3. วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติ ฯ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบาย ฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ### ผลการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด มี 3 ระยะ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติระยะแรก 2) แนวปฏิบัติระยะที่ 1 ของการคลอด 3) แนวปฏิบัติระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 ของการคลอด ได้แก่ กรณีผ่าตัดคลอด และกรณีคลอดทางช่องคลอด ดังภาพที่ 1

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเกิด

ระยะแรกเริ่ม	ระยะที่ 1 ของการคลอด	ระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด	
		กรณีคลอดทางช่องคลอด	กรณีผ่าคลอด
1.1 ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจครรภ์มารดาตลอด ทุกรายตามแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเริ่ม	2.1 ดูแลระยะ Latent ตาม Guideline ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ฟัง FHS ทุก 1 ชั่วโมง ระยะ Active ทุก 30 นาที ฟังทุกครั้งที่มีน้ำคร่ำรั่วหรือแตก	3.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเกิดตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเริ่มแรกเริ่ม	3.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเกิดตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเริ่มแรกเริ่ม
1.2 Monitor NST ทุกราย ยกเว้นมารดาตั้งครรภ์ที่เข้าระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อแรกเริ่ม	2.2 ดูแลการได้รับยา Oxytocin ตามแผนการรักษาของแพทย์	3.2 ฟัง Fetal heart sound ทุกครั้งหลังมดลูกหดรัดตัวหรือทุก 5-10 นาที	3.2 จัดท่าผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายหรือยกศีรษะสูงขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด
1.3 ลงบันทึกในแบบประเมิน ความเสี่ยงตามประเภทของ ความเสี่ยง ให้การพยาบาล	2.3 ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Partograph	3.3 กรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเกิดให้ On Electric Fetal Monitor และเตรียมทีมรับเด็กให้พร้อม โดยมีแพทย์เวร 1 คน พยาบาลห้องคลอด 2 คน	3.3 ฟัง FHS ก่อนส่งไปห้องผ่าตัด
	2.4 ติด EFM 1 ครั้ง/เวร ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ระยะ Active และกรณีผู้คลอดที่ได้รับ Oxytocin แรงคลอด On continuous monitor EFM ทุกราย และรายงานแพทย์ทันที	3.4 On O ₂ mask with bag 8-10 LPM ให้ผู้คลอด	3.4 จัดผู้คลอดขึ้นผู้คลอดก่อนส่งไปห้องผ่าตัด และช่วงเตรียมผ่าตัดคลอด
		3.5 Observe การหดรัดตัวของมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Interval มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที, duration น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที)	3.5 On O ₂ mask with bag 10 LPM ให้ผู้คลอด
		3.6 สอนเบ่งถูกวิธี ไม่ควรเขยื้อมรูดเบ่งคลอดติดต่อกันนานเกินไป ต้องให้การพักผ่อนพักหายใจอย่างน้อย 1 นาที	3.6 ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา
		3.7 เมื่อเด็กคลอดศีรษะให้ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจากปากให้หมดก่อน และต่อด้วยดูดเสมหะจากจมูกให้หมดก่อน แล้วตามด้วยทำความสะอาดโพรงจมูกด้วยหรือทุก 5-10 นาที	3.7 เตรียมทีมและอุปกรณ์ในการรับทารกแรกเกิดให้พร้อม ดังนี้ 3.7.1 เปิด Radiant warmer ก่อนทารกคลอด 10-15 นาที 3.7.2 เตรียมผ้าห่มทารกแรกเกิดได้ Radiant warmer 3.7.3 รับทารกแรกเกิดวางได้ Radiant warmer และเช็ดตัวให้แห้ง 3.7.4 กระตุ้นการหายใจ 3.7.5 จัดท่าทารกแรกเกิดเพื่อให้อากาศหายใจโล่ง และดูดน้ำคร่ำเท่าที่จำเป็น 3.7.6 กรณีทารกแรกเกิดหายใจเหนื่อย หรือมีอาการเขียว ให้ติดเครื่อง pulse oximeter และให้ออกซิเจนตามจำเป็น 3.7.7 ติด skin probe

ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในการรกแรกเกิด

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่กลุ่มมีอายุระหว่าง 20-40 ปี กลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 กลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ม.ต้น/ปวช. กลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 กลุ่มทดลอง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 รองลงมาครรภ์ที่ 2 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นครรภ์ที่ 2 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.34 รองลงมาเป็นครรภ์แรก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการแท้ง โดยกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 กลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

กลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 กลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด โดยกลุ่มควบคุม จำนวน 13 คน ร้อยละ 43.33 กลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน ร้อยละ 70.00 ส่วนใหญ่มีการคลอดทางช่องคลอด กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 67.67 กลุ่มทดลอง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33

การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ chi-square พบว่า ทั้งด้านอายุ การศึกษา ลำดับการตั้งครรภ์ และประวัติการแท้ง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

วารสารกองการพยาบาล

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					2.119	0.471
น้อยกว่า 20 ปี	6	20.00	4	13.33		
20-40 ปี	19	63.33	18	60.00		
มากกว่า 35 ปี	5	16.67	8	26.67		
ระดับการศึกษา					2.448	0.294
ป.ตรีขึ้นไป	3	10.00	1	3.33		
ม.ต้น ปวช.	19	63.33	16	53.33		
ประถม	8	26.67	13	43.34		
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0		
ลำดับการตั้งครรภ์					3.071	0.546
ครรภ์แรก	11	36.67	9	30.00		
ครรภ์ที่ 2	9	30.00	10	33.34		
ครรภ์ที่ 3	7	23.33	4	13.33		
ครรภ์ที่ 4	2	6.67	3	10.00		
ครรภ์ที่ 5	1	3.33	4	13.33		
ประวัติการแท้ง					1.491	0.222
มี	5	16.67	9	30.00		
ไม่มี	25	83.33	21	70.00		

* $p < .05$, χ^2 = Chi-square test

ส่วนภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะ ระยะเวลาการคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด⁵
 รอคคลอดมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองเป็นหญิง ดังตารางที่ 2
 ตั้งครรภ์ที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว มีความเสี่ยงของ

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และขณะรอคลอดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์					3.774	0.052
มี	17	56.67	24	80.00		
ไม่มี	13	43.33	6	20.00		

วารสารกองการพยาบาล

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		χ^2	P
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะแทรกซ้อนขณะรอกคลอด					4.334	0.037
มี	13	43.33	21	70.00		
ไม่มี	17	56.67	9	30.00		
ชนิดการคลอด					0.073	0.787
คลอดทางช่องคลอด	20	66.67	19	63.33		
ผ่าตัดคลอด	10	33.33	11	36.67		

* $p < .05$, χ^2 = Chi-square test

2.2 การเปรียบเทียบการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.33) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่พบอุบัติการณ์ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.67) โดยมีความแตกต่างของความ

เสี่ยง (risk difference) เท่ากับ -13.34% (95% CI -27.08 ถึง 0.40) อย่างไรก็ตาม เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Fisher's exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.197$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเดิมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น (n=60)

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	Risk difference (95% CI)	p-value*
มีภาวะขาดออกซิเจนในทารก	5 (16.7)	1 (3.3)	13.3% (-1.5, 28.1)	0.197

*Fisher's exact test

2.3 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรก

เกิดไปใช้ในห้องคลอด พบว่า มีความเหมาะสม ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 80 (ร้อยละ 85.48) แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดไปใช้ในห้องคลอด

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระยะแรกเริ่ม				
1.1 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจครรภ์มารดาคลอดทุกรายตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดแรกเริ่ม	30	100	0	0

วารสารกองการพยาบาล

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
1.2 Monitor NST ทุกราย ยกเว้นมารดาตั้งครรภ์ที่เข้าระยะที่ 2 ของการคลอดเมื่อแรกเริ่ม	30	100	0	0
1.3 ลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงตามประเภทของความเสี่ยง ให้การพยาบาลของผู้คลอดเมื่อพบมีภาวะเสี่ยง	30	100	0	0
2. ระยะที่ 1 ของการคลอด (กรณีคลอดทางช่องคลอด)				
2.1 ดูแลระยะ Latent ตาม Guideline ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ พัง FHS ทุก 1 ชั่วโมง ระยะ Active ทุก 30 นาที พังทุกครั้งที่มีน้ำคร่ำรั่วหรือแตก	30	100	0	0
2.2 ดูแลการได้รับยา Oxytocin ตามแผนการรักษาของแพทย์	30	100	0	0
2.3 ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดโดยใช้ Partograph	30	100	0	0
2.4 ติด EFM 1 ครั้ง/เวย ผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงระยะ Active และกรณีผู้คลอดที่ได้รับ Oxytocin แรงคลอด on continuous monitor EFM ทุกราย และรายงานแพทย์ทันที	20	66.70	10	3.30
3. ระยะที่ 2,3 ของการคลอด (กรณีคลอดทางช่องคลอด)				
3.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดแรกเริ่ม	30	100	0	0
3.2 พัง Fetal heart sound ทุกครั้งหลังมดลูกหดตัวหรือทุก 5-10 นาที	30	100	0	0
3.3 กรณีที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในภาวะแรกเกิดให้ On Electric Fetal Monitor และเตรียมทีมรับเด็กให้พร้อม โดยมีแพทย์เวย 1 คน พยาบาลห้องคลอด 2 คน	6	20	24	80
3.4 On O2 mask with bag 8-10 LPM ให้ผู้คลอด	7	76.70	23	23.30
3.5 Observe การหดตัวของมดลูกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Interval มากกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที,duration น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วินาที)	30	100	0	0
3.6 สอนเบ่งถูกวิธี ไม่ควรเขยื้อมมารดาเบ่งคลอดติดต่อกันนานเกินไปต้องให้มารดาหยุดพักหายใจอย่างน้อย 1 นาที	20	66.70	10	33.30
3.7 เมื่อเด็กคลอดศีรษะให้ใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะจากปากให้หมดก่อนและต่อด้วยดูดเสมหะจากจมูกให้หมดก่อนแล้วตามด้วยทำคลอดไหล่ทารกตัวหรือทุก 5-10 นาที	20	66.70	10	33.30
3. ระยะที่ 2,3 ของการคลอด (กรณีผ่าตัดคลอด)				
3.1 ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดแรกเริ่ม	10	33.30	20	66.70
3.2 จัดทำผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายหรือยกศีรษะสูงขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด	6	20	24	80
3.3 พัง FHS ก่อนส่งไปห้องผ่าตัด	10	33.30	20	66.70
3.4 วัตถุประสงค์ให้ผู้คลอดก่อนส่งไปห้องผ่าตัดและช่วงเตรียมผ่าตัดคลอด	10	33.30	20	66.70
3.5 On O2 mask with bag 10 LPM ให้ผู้คลอด	10	33.30	20	66.70
3.6 ดูแลให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา	10	33.30	20	66.70

วารสารกองการพยาบาล

กิจกรรม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
3.7 เตรียมทีมและอุปกรณ์ในการรับทารกแรกเกิดให้พร้อม	10	33.30	20	66.70
ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80	85.48		14.52	

หมายเหตุ: คิดเป็นร้อยละของกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ทั้งหมดจากกิจกรรมทั้งหมด 31 ข้อ โดยคำนวณจาก
 (จำนวนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้รวม / จำนวนกิจกรรมทั้งหมด) $\times$ 100 = 85.48

2.4 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่า พยาบาลแผนกห้องคลอดมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.67, SD =0.10) แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลแผนกห้องคลอดต่อการการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (N=5)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการนำแนวทางไปใช้ในการปฏิบัติงาน			
1.ความชัดเจนของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	4.81	0.40	มากที่สุด
2.ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	4.54	0.52	มากที่สุด
3.ความเหมาะสมขอบริบทของการนำไปใช้แนวปฏิบัติ	4.90	0.30	มากที่สุด
4.การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยลดต้นทุน	4.27	0.46	มาก
5.ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.81	0.40	มากที่สุด
ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล			
6.ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	4.45	0.52	มาก
7.ช่วยให้การประเมินอาการทารกมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.90	0.31	มากที่สุด
8.ส่งเสริมความปลอดภัยของทารกแรกเกิด	4.72	0.46	มากที่สุด
9.ช่วยยกระดับคุณภาพการพยาบาลโดยรวม	4.63	0.50	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวมและข้อเสนอแนะ			
10.ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.67	0.10	มากที่สุด

อภิปรายผล

จากผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีอุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (ร้อยละ 3.33) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ร้อยละ 16.67) แม้ว่าผลการทดสอบทางสถิติด้วย Fisher's exact

test จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.197$) แต่การลดลงของอุบัติการณ์คิดเป็นความแตกต่างของความเสี่ยง (risk difference) ร้อยละ - 13.34 ซึ่ง มี นัย สำ คัญ ทาง ค ลิ นิ ก (clinical significance) โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาผลกระทบรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนต่อทารกแรกเกิด อีกทั้งขนาดตัวอย่างที่เล็ก (กลุ่มละ 30 คน) อาจทำให้

วารสารกองการพยาบาล

การศึกษาไม่มี power เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่างที่มีอยู่ในประชากรได้ อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติฯ มีแนวโน้มช่วยป้องกันภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากพยาบาลสามารถใช้ประเมินความเสี่ยงได้ครอบคลุมทุกระยะของการคลอด การพยาบาลมีความชัดเจนต่อการนำไปปฏิบัติ และเป็นแนวทางเดียวกันทำให้ผู้คลอดรับการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น ช่วยคัดกรองความเสี่ยงได้ รวมถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีการประเมินและบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารก โดย On continuous Electronic Fetal heart rate Monitoring (EFM) ตลอดช่วงระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และรายที่ได้รับยาออกซิโทซิน เพื่อให้ประเมินภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดได้รวดเร็ว สามารถให้การพยาบาลได้ทันการณ์เมื่อพบความผิดปกติ เพราะมีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพปฏิบัติได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด¹¹ ได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติระยะแรกเริ่ม 2) แนวปฏิบัติระยะที่ 1 ของการคลอด และ 3) แนวปฏิบัติระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด ส่งผลให้อุบัติการณ์ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษา ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในผู้คลอดต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาล โรงพยาบาลจอมทอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และคะแนนเฉลี่ยของทักษะการปฏิบัติมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และ

คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)¹⁸ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดพยาบาลมีความถูกต้องในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70-100 เป็นร้อยละ 90-100 ความพึงพอใจต่อแนวทางอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.67$, $SD = 0.45$) และอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลงเหลือร้อยละ 1.28 หรือ 12.8 ต่อพันการเกิดมีชีวิต โดยไม่พบการเสียชีวิตของทารก¹⁹ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.79$, $SD = 0.21$) และความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไปใช้ในหอคลอด ผ่านเกณฑ์เกินร้อยละ 80 (ร้อยละ 96)¹⁸ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ทำให้แนวโน้มการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลดลง ควรส่งเสริมให้พยาบาลในแผนกห้องคลอดมีความตระหนักที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ดูแลผู้คลอดและทารก ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจนถึงระยะที่ 3 ของการคลอด ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุน และผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้คลอดและทารกมีมาตรฐาน และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

วารสารกองการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป การใช้ การศึกษาตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ เพื่อสามารถลดภาวะ
แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ฯ ควรขยายขอบเขต ขาดออกซิเจนของทารกได้อย่างครอบคลุม

Reference

1. World Health Organization. Perinatal asphyxia [Internet]. 2024 [cited 2026 May 12]; Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn>
2. Health Administration Division. Incidence rate of birth asphyxia 2023 [Internet]. 2023 [cited 2026 May 12]; Available from: <http://cmi.healtharea>.
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. National strategic plan for 20 years (Public Health) [Internet]. 2016 [cited 2026 May 12]; Available from: <https://www.oic.go.th>
4. Department of Health. Incident of birth asphyxia rate: province sectors 2022 [Internet]. 2022 [cited 2026 May 12]; Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th>
5. Theera Tongsong. Obstetrics. 6th ed. Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2021. Thai.
6. University of California San Francisco. UCSF-led clinical trial shows complexity of improving birth asphyxia treatment [Internet]. 2022 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://pediatrics>.
7. Medical Records Department, Huai Yot Hospital. Birth asphyxia statistics report. Trang: Huai Yot Hospital; 2024. Thai.
8. Patricia B. From novice to expert. American Journal of Nursing. 1982;82(3):402-7.
9. Panyai Lakkham. Development of practice guidelines for prevention of birth asphyxia in Kaset Wisai Hospital, Kaset Wisai District, Roi-Et Province. Journal of Research and Health Innovative Development. 2020;1(1):161-72. Thai.
10. Lao Baramee, Pornpuak Surumpainithiporn. Development of guideline for prevention of birth asphyxia Huatapanhospital Inamnatcharoen province. Eastern University of Management and Technology Academic Journal. 2020; 17(2):149-59. Thai.
11. Sutiporn Promjan, Nongkhuan Samoodjak, Varintorn Sukkay. Development of nursing practice guideline for preventing birth hypoxia of newborns. Journal of Nursing and Health Research. 2024;25(3):68-81. Thai.
12. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, et al. Iowa model of evidence-based practice: revisions and validation. Worldviews Evid Based Nurse. 2017;14(5):425-31.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.

วารสารกองการพยาบาล

14. Ricci SS. Maternity, newborn, and women's health nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
15. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE next steps consortium May 2009 update: September 2013 [cited 2026 May 12]; Available from: <https://www.agreetrust.org>.
16. Boonchom Sri Sa-ard. Basic research . 10th ed. Bangkok: Suweeriyasan; 2017. Thai.
17. Ratsiri Thato. Nursing research: concepts to application. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. Thai.
18. Apinya Dasurin, Rattanaporn Tanasirijiranont. The effect of using preventing Newborn birth asphyxia for parturient Nursing practice guideline on the knowledges, practical skills, and satisfaction among nurses, Chomthong Hospital. Life Sciences and Environment Journal. 2024;25(1):249-62. Thai.
19. Jiraporn Phupruem, Nusara Thanahematulin. Development of Nursing Practice Guidelines for Prevention of Birth Asphyxia Chiang Yuen Hospital Mahasarakham Province. Academic Journal of Nursing and Health Sciences. 2025;5(3):110-24. Thai.

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

เพ็ญจันทร์	แสนประสาน*	บธ.ด.(บริหารธุรกิจสุขภาพบัณฑิต)
รุจิรัตน์	มณีศรี**	พย.ม.(การพยาบาลศึกษา:การพยาบาลเด็ก)
เดือนเพ็ญดาว	ชีวิพัฒน์***	ศษ.ม.(เทคโนโลยีทางการศึกษา)

(รับ: 2 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 5 มิถุนายน 2569, ตอบรับ: 15 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) นี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการบริหารความเสี่ยงเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 47 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 วัน ระยะเวลา 21 ชั่วโมง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.91 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบวัดสมรรถนะ QSEN จำนวน 36 ข้อ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัย: ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ QSEN ทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยด้านการพัฒนาคุณภาพมีค่าการเปลี่ยนแปลงสูงสุด (t 14.196) รองลงมาคือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (t 13.508) และด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

* รองคณบดีฝ่ายวิจัยและจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

** อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

Corresponding author: e-mail: kungbana@hotmail.com

*** หัวหน้าภารกิจหลักสูตรพัฒนาวินิจฉัยการพยาบาลบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effect of a Quality and Safety Education for Nursing (QSEN) Learning Program on Professional Nursing Competencies

Penchun	Saenprasarn*	D.B.A. (Doctor of Business Administration)
Rujiruth	Maneesri**	MN.S. (Nursing Education: Pediatrics Nursing)
Daunpendao	Chiewsapimai***	M.Ed. (Educational Technology)

(Received: May 2, 2026, Revised: June 5, 2026, Accepted: June 15, 2026)

Abstract

This quasi-experimental study using a one-group pretest–posttest design aimed to examine the effects of a learning program for nursing quality and nursing safety on the competencies of professional nurses. The participants consisted of 47 professional nurses, enrolled in the Risk Management for Quality and nursing Safety Program at Khon Kaen University between August to December 2025. Participants were selected using purposive sampling. The research instruments was a 3-day, 21-hour workshop-based learning program, and the content validity was checked by 3 experts, yielding a value of 0.91. Data collection instruments comprised a 36-item QSEN competency assessment with a reliability coefficient of 0.96, and a risk management competency assessment with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.95 and a reliability coefficient of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

Results: After participating in the program, the professional nurses demonstrated significantly higher mean scores in all 6 QSEN competency domains compared with the pre-intervention scores ($p < .001$). The quality improvement domain showed the highest change ($t\ 14.196$), followed by the informatics domain ($t\ 13.508$). The patient-centered care domain demonstrated the highest increase in mean score.

Keywords: Learning program for nursing quality and nursing safety, professional nurse competency, QSEN

* Associate Dean for Research and Knowledge Management

** Lecturer, Department of Pediatric and Adolescent Nursing, Faculty of Nursing, Shinawatra University.

Corresponding author: e-mail: kungbana@hotmail.com

*** Head of Professional Development Program, Academic Service Office, Khon Kaen University.

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญระดับโลกด้านสาธารณสุข โดยอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากความผิดพลาดทางการแพทย์มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพ¹ การบริหารความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและความน่าเชื่อถือขององค์กร² พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และจัดการความเสี่ยงในทุกระยะของการดูแล³ การจัดการเรียนรู้เพื่อสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการพยาบาล (Quality and Safety Education for Nurses: QSEN) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลโดยมุ่งเตรียมพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจ⁴ กรอบ QSEN ประกอบด้วย 6 สมรรถนะหลัก ได้แก่ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ (Teamwork and Collaboration) การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement: QI) ความปลอดภัย (Safety) และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics)⁵ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณครอบคลุมการศึกษา 6 รายการ กลุ่มตัวอย่าง 1,374 คน ระหว่างปี ค.ศ. 2005–2022 พบว่าการจัดการเรียนรู้ตามกรอบ QSEN ส่งผลเชิงบวกต่อความรู้ ทักษะ ทศนคติ แรงจูงใจ และความไว้วางใจด้านความปลอดภัยของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ 1.54 (95% CI 0.16–2.92)⁶

ในบริบทของประเทศไทย การบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลยังคงต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกในโรงพยาบาลเอกชนพบว่า บุคลากรขาดความรู้ด้านการบริหารความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกไม่ครอบคลุม และการติดตามผลลัพธ์ไม่ต่อเนื่อง⁷ นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลขอนแก่นพบว่าความรู้ สมรรถนะ และวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง ขณะที่การศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการจัดการความเสี่ยงและต้องการระบบที่เข้าใจง่ายรวมถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ⁹

แม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของความปลอดภัย แต่ระดับสมรรถนะ QSEN ยังแตกต่างกันระหว่างบุคคลและหน่วยงาน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลได้แก่ ประสบการณ์ทางคลินิก การสนับสนุนจากองค์กร วัฒนธรรมความปลอดภัย และการได้รับการฝึกอบรม¹⁰ การศึกษาในกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติพบว่าการอบรม QSEN สามารถเพิ่มสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹¹ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมตามกรอบ QSEN ในบริบทประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่ประเมินสมรรถนะเชิงปริมาณในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานโดยตรง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ QSEN และสมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยง ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับการออกแบบพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย และการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานสากลอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ QSEN

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ QSEN 6 ด้านของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล

3. ประเมินระดับสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

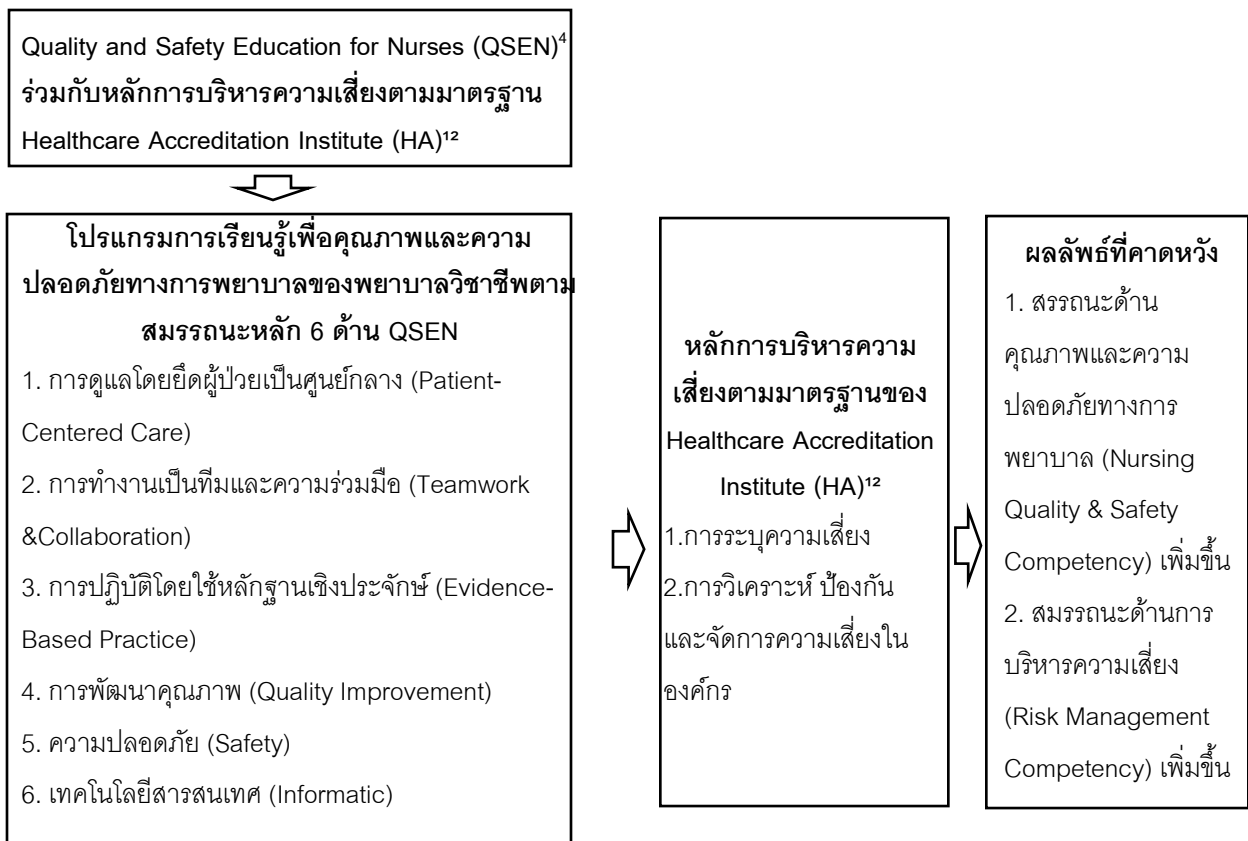
1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ QSEN ทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อ

คุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการจัดการความเสี่ยงสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด Quality and Safety Education for Nurses (QSEN)⁴ เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ โดยมุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพตามสมรรถนะหลัก 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัย และเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับหลักการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานของ Healthcare Accreditation Institute¹² ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล รวมทั้งสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ
ระดับปฏิบัติการและระดับบริหารจากโรงพยาบาลทั่ว
ประเทศที่ลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการบริหารความเสี่ยง
เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2568 จำนวน 50 คน
และกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวนกลุ่ม
ตัวอย่าง 47 คนตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพ
ที่ลงทะเบียนอบรมหลักสูตรดังกล่าว เข้ารับการอบรมครบ
21 ชั่วโมง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์
อักษร มีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการ

อบรมเชิงปฏิบัติการ 3 วัน รวม 21 ชั่วโมง เพิ่มการศึกษา
ด้วยตนเอง 4 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 25 ชั่วโมง พัฒนาจากการ
ทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด QSEN^{4,5}
ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ความรู้การพัฒนาคุณภาพ
ทางการพยาบาล 2 ชั่วโมง (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ
QSEN 6 ด้าน 14 ชั่วโมง และ (3) การบริหารความเสี่ยง 5
ชั่วโมง รูปแบบการสอนใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การ
วิเคราะห์กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่ม โดยมี
เนื้อหาแต่ละวันมีดังนี้วันที่ 1 ครอบคลุมหลักการบริหาร
ความเสี่ยง กระบวนการบริหารความเสี่ยง เครื่องมือ
Trigger Tool และ Tracer และสมรรถนะ Patient-
Centered Care ได้แก่ สิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และความ
หลากหลายทางวัฒนธรรม วันที่ 2 ครอบคลุม Teamwork
and Collaboration โดยเน้นการสื่อสารแบบ SBAR
บทบาทพยาบาลในทีมสหสาขาวิชาชีพ EBP ได้แก่

ความหมาย ขั้นตอน และตัวอย่างการใช้ และ QI ได้แก่ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพและ PDCA วันที่ 3 ครอบคลุม Safety ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยา การรายงานอุบัติการณ์ การฝึกใช้เครื่องมือ RCA, Trigger Tool และ Rapid Response Team (RRT) และ Informatics ได้แก่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และการคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วย การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.91

2. เครื่องมือที่เก็บข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบวัดสมรรถนะ QSEN พัฒนาจากเครื่องมือของ QSEN Institute⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดยใช้หลัก forward translation ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและเนื้อหา 3 ท่าน มีทั้งหมด 36 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 Patient-Centered Care การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 2 Teamwork and Collaboration การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 3 Evidence-Based Practice การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 4 Quality Improvement การพัฒนาคุณภาพจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 5 Safety ความปลอดภัยจำนวน 7 ข้อ และด้านที่ 6 Informatics เทคโนโลยีสารสนเทศจำนวน 5 ข้อ มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.96 เครื่องมือทั้งหมดผ่านการทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 20 คน การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้วิธีอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง มาก 2.51–3.50 หมายถึง ปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง น้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

(2) แบบวัดสมรรถนะในการจัดการความเสี่ยง พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบการบริหารความเสี่ยงของ Healthcare Accreditation Institute (HA) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.95 และทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed - ranks test และ t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 2024/64 วันที่ เดือน ปี พ.ศ. 2567 ศึกษากลุ่มตัวอย่างตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่ลงทะเบียนอบรมหลักสูตรการบริหารความเสี่ยงเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 47 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความสามารถ QSEN ก่อนการอบรม (Pre-test) ขั้นที่ 3 ดำเนินการจัดโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 3 วัน รวม 21 ชั่วโมง และการศึกษาด้วยตนเองอีก 4 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 25 ชั่วโมง ครอบคลุมสมรรถนะ QSEN ทั้ง 6 ด้านและหลักการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐาน HA ขั้นที่ 4 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการอบรม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความสามารถ QSEN ชุดเดิมอีกครั้ง (Post-test) เพื่อประเมินสมรรถนะด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และการบริหารความเสี่ยงหลังการอบรม ขั้นที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงแจ้งประโยชน์ที่จะได้รับและผลกระทบจากการวิจัย โดยอธิบายให้เข้าใจว่าการตอบรับ/ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และการถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ โดยข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามกรอบ QSEN ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 39.45 ปี (SD = 9.364) อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 57 ปี มีประสบการณ์ทำงาน 1-34 ปี เฉลี่ย 15.94 ปี (SD = 9.403) และรับผิดชอบพยาบาลวิชาชีพในแผนก 0-40 คน เฉลี่ย 9.94 คน (SD = 8.117)

สำหรับคะแนนเฉลี่ยรายข้อและรายด้านของสมรรถนะ QSEN ทั้ง 6 ด้าน ของพยาบาลวิชาชีพ (n = 47) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สรุปผลได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยรายข้อในภาพรวมหลังการอบรมพบว่าคะแนนเฉลี่ย

รายข้อหลังเข้าร่วมโปรแกรมทุกข้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean อยู่ระหว่าง 4.26 ถึง 4.79) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการอบรม: ได้แก่ สมรรถนะด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ข้อ 1 ให้การพยาบาลที่แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.79, SD = 0.41) ข้อที่เป็นจุดอ่อนที่สุดก่อนการอบรม: ได้แก่ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics) ข้อ 4 ประเมินผลลัพธ์ความสามารถใช้ข้อมูลสื่อสาร ลดข้อผิดพลาด และสนับสนุนการตัดสินใจทางพยาบาล ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดก่อนเริ่มโปรแกรม (Mean = 2.85, SD = 0.91) แต่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 4.36 SD = 0.57) สะท้อนถึงการพัฒนาที่ก้าวกระโดด (รายละเอียดในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยรายข้อของความสามารถ QSEN ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 47)

ข้อ	รายการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
		Mean	SD	Mean	SD
ด้านที่ 1 การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care)					
1	ให้การพยาบาลที่แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและผู้ให้บริการ	3.98	0.74	4.79	0.41
2	ช่วยกระตุ้นให้ผู้ร่วมงานมีความเข้าใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่	3.62	0.82	4.68	0.52
3	ส่งเสริมให้ทีมงานมีความเอื้ออาทรต่อผู้ป่วย	3.64	0.76	4.66	0.48
4	ส่งเสริมให้ทีมงานเข้าใจและตอบสนองความต้องการผู้ป่วย	3.68	0.81	4.74	0.44
5	เสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา	3.70	0.75	4.70	0.46
6	ดำเนินการสร้างความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว	3.45	0.93	4.64	0.49
7	พัฒนาระบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย	3.51	0.86	4.55	0.58
8	พัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการครอบครัวและผู้ให้บริการ	3.47	0.75	4.62	0.53
9	ประสานบริการบนพื้นฐานของการเคารพค่านิยมรายบุคคล	3.30	0.86	4.51	0.62
10	ประสานบริการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยทุกด้าน	3.30	0.75	4.47	0.62
รวมด้านที่ 1		35.64	6.63	46.36	3.79
ด้านที่ 2 การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ (Teamwork and Collaboration)					
1	จัดการกิจกรรมทำงานภายในทีมพยาบาลและระหว่างวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ	3.51	0.72	4.55	0.58

ข้อ	รายการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
		Mean	SD	Mean	SD
2	สื่อสารแบบเปิดเผย เคารพซึ่งกันและกันในทีม	3.70	0.81	4.60	0.58
3	จัดการระบบการตัดสินใจร่วมกันในทีมรักษาพยาบาลอย่างยั่งยืน	3.36	0.87	4.64	0.53
4	ร่วมมือตัดสินใจภายในทีมพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ	3.43	0.80	4.60	0.58
5	ร่วมมือตัดสินใจระหว่างสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ	3.47	0.80	4.49	0.66
รวมด้านที่ 2		17.47	3.51	22.87	2.63
ด้านที่ 3 การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)					
1	ปฏิบัติตาม EBP ตามความเชี่ยวชาญทางคลินิกที่เป็นปัจจุบัน	3.11	0.96	4.43	0.65
2	ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตอบสนองความชอบของผู้ป่วย	3.02	0.92	4.26	0.64
3	ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สอดคล้องกับค่านิยมการดูแลสุขภาพ	3.00	0.93	4.26	0.57
4	ทบทวนแนวปฏิบัติสม่ำเสมอเพื่อติดตามและปรับปรุง EBP ที่เป็นปัจจุบัน	2.89	0.87	4.30	0.59
รวมด้านที่ 3		12.02	3.46	17.23	2.19
ด้านที่ 4 การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)					
1	ติดตามประเมินผลลัพธ์กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลทุกด้าน	3.21	0.81	4.47	0.55
2	หาสาเหตุปัญหาและร่วมวางแผนแก้ไขสอดคล้องกับบริบทและความต้องการผู้ป่วย	3.34	0.84	4.51	0.55
3	ปรับปรุงและออกแบบการเปลี่ยนแปลงเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง	3.23	0.76	4.45	0.58
4	ทดสอบการเปลี่ยนแปลงบริการพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	3.04	0.91	4.34	0.60
5	นำผลการเปลี่ยนแปลงมาใช้จริงและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	3.13	0.92	4.38	0.61
รวมด้านที่ 4		15.96	3.61	22.15	2.53
ด้านที่ 5 ความปลอดภัย (Safety)					
1	ระบุความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติกรพยาบาลรายบุคคล	3.40	0.80	4.51	0.59
2	ระบุความเสี่ยงที่มีผลต่อองค์กรและสังคม	3.28	0.80	4.53	0.58
3	วิเคราะห์และจัดระดับความสำคัญของความเสี่ยง	3.21	0.78	4.47	0.58
4	นำผลประเมินความเสี่ยงมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากและวางแผนลดความเสี่ยง	3.28	0.90	4.51	0.55
5	กำหนดแนวปฏิบัติพัฒนาบริการเพื่อคุณภาพ ความปลอดภัย และป้องกันอุบัติเหตุซ้ำ	3.49	0.85	4.51	0.54
6	นำผลประเมินประสิทธิภาพระบบจัดการความเสี่ยงมาวางแผนดำเนินการต่อเนื่อง	3.28	0.90	4.45	0.58

ข้อ	รายการ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
		Mean	SD	Mean	SD
7	นำผลประเมินการจัดการความเสี่ยงในชุมชนมาวิเคราะห์และป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ	3.06	0.99	4.34	0.67
รวมด้านที่ 5		23.00	5.28	31.32	3.49
ด้านที่ 6 เทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics)					
1	ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีสื่อสารร่วมกับการสื่อสารด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร	3.28	0.77	4.34	0.60
2	ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์	3.06	0.87	4.34	0.60
3	นำระบบสารสนเทศใช้จัดการความรู้ ลดข้อผิดพลาด และสนับสนุนการตัดสินใจ	2.89	1.00	4.36	0.61
4	ประเมินผลลัพธ์ความสามารถใช้ข้อมูลสื่อสาร ลดข้อผิดพลาด และสนับสนุนการตัดสินใจทางพยาบาล	2.85	0.91	4.36	0.57
5	ประเมินผลลัพธ์การใช้ข้อมูลจัดการความรู้และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงระบบ	2.89	0.96	4.36	0.64
รวมด้านที่ 6		14.98	3.99	21.77	2.86

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ QSEN 6 ด้านของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาล พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถ QSEN ทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) ด้านที่มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือด้านที่ 1 Patient-Centered Care (ผลต่าง = 10.72 คะแนน) รองลงมาคือด้านที่ 5 Safety (ผลต่าง = 8.32 คะแนน) และด้านที่ 6 Informatics (ผลต่าง = 6.79 คะแนน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่า t ที่สะท้อนขนาดการเปลี่ยนแปลงเชิงสถิติ พบว่าด้าน QI มีค่า t สูงสุด ($t = 14.196$) รองลงมาคือด้าน Informatics ($t = 13.508$)

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนก่อนและหลังการอบรมทุกด้านมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งด้วย Pearson correlation และ Spearman's rho ($p < 0.001$ ทุกด้าน) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีคะแนนก่อนอบรมสูงมีแนวโน้มได้คะแนนหลังอบรมสูงด้วยเช่นกันเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อหลังการอบรมพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean = 4.26–4.79) โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังอบรมคือ ข้อ 1 ด้าน Patient-Centered Care "ให้การพยาบาลที่แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย" (Mean = 4.79, SD = 0.414) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดก่อนอบรมคือข้อ 4 ด้าน Informatics "ประเมินผลลัพธ์ความสามารถในการใช้ข้อมูลเพื่อสื่อสารและสนับสนุนการตัดสินใจ" (Mean = 2.85, SD = 0.908) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีจุดอ่อนด้านการประเมินผลการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (รายละเอียดใน ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะ QSEN รายด้านก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 47)

สมรรถนะ QSEN	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		ผลต่าง	t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ด้านที่ 1 Patient- Centered Care	35.64	6.63	46.36	3.79	+10.72	12.03	< 0.001
ด้านที่ 2 Teamwork and Collaboration	17.47	3.51	22.87	2.63	+5.40	11.70	< 0.001
ด้านที่ 3 Evidence-Based Practice	12.02	3.45	17.23	2.19	+5.21	11.25	< 0.001
ด้านที่ 4 Quality Improvement	15.96	3.61	22.15	2.53	+6.19	14.20	< 0.001
ด้านที่ 5 Safety	23.00	5.28	31.32	3.49	+8.32	12.01	< 0.001
ด้านที่ 6 Informatics	14.98	3.99	21.77	2.86	+6.79	13.51	< 0.001

3. การประเมินระดับสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการแพทย์ (ตารางที่ 1 ด้านที่ 5) เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้บูรณาการหลักการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) เข้ากับสมรรถนะด้านความปลอดภัย (Safety Framework) ของ QSEN ผลการประเมินสมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยงจำแนกรายข้อ มีรายละเอียดดังนี้ คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านการจัดการและบริหารความเสี่ยงทุกข้อหลังเข้าโปรแกรม ได้รับการพัฒนาขึ้นมากอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Mean อยู่ระหว่าง 4.34 ถึง 4.53) ความสามารถในการระบุและวิเคราะห์ความเสี่ยงองค์กร ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการอบรมในหมวดนี้ คือ ข้อ 2 ระบุความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อองค์กรและสังคม (Mean = 4.53, SD = 0.58) รองลงมาคือ ข้อ 1 ระบุความเสี่ยงสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลรายบุคคล และข้อ 4 นำผลประเมินความเสี่ยงมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากและวางแผนลดความเสี่ยง (Mean = 4.51 เท่ากันทั้งสองข้อ) การพัฒนาแบบก้าวกระโดดในระดับชุมชน ข้อ 7 นำผลประเมินการจัดการ

ความเสี่ยงในชุมชนมาวิเคราะห์และป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำ เป็นข้อที่พยาบาลมีคะแนนต่ำที่สุดก่อนการอบรม (Mean = 3.06) เนื่องจากข้อจำกัดในการเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงภายนอกสถานพยาบาล แต่ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 4.34, SD = 0.67) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มสมรรถนะเชิงระบบในการป้องกันอุบัติการณ์ซ้ำในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถ QSEN ทั้ง 6 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิमानของ Dioso และ Naveed⁶ ซึ่งรายงานว่าการจัดการเรียนรู้ตามกรอบ QSEN มีประสิทธิผลสูงในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาล ด้วยโดยมีขนาดอิทธิพลรวม เท่ากับ 1.54 รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติที่พบผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน¹¹ ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้ที่บูรณาการทั้งการบรรยาย การวิเคราะห์กรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติเชิงระบบสามารถส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active

learning) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทไทย

ด้านการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care))เป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนสูงที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมีทักษะการดูแลแบบเห็นอกเห็นใจ (compassionate care) และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาลมีพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวมและการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอยู่แล้ว เมื่อได้รับการส่งเสริมผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ จึงทำให้สมรรถนะด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนอย่างไรก็ตาม ประเด็นด้านการประสานบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยยังคงเป็นความท้าทาย เนื่องจากเกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงระบบ การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และโครงสร้างบริการสุขภาพ อาจสะท้อนถึงความท้าทายเชิงระบบในการประสานงานบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ที่ระบุว่า การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางต้องได้รับการพัฒนาทั้งระดับบุคคลและระบบควบคู่กัน ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยควรดำเนินการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการและวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) มีค่าการเปลี่ยนแปลงทางสถิติสูงที่สุด ($t = 14.196$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้มีผลต่อการพัฒนาสมรรถนะด้านนี้อย่างชัดเจนและสม่ำเสมอในกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าผลต่างคะแนนรวมจะไม่ได้สูงที่สุดก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนด้าน “การทดสอบการเปลี่ยนแปลงบริการเพื่อ

คุณภาพและความปลอดภัย” อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจสะท้อนว่าพยาบาลยังมีประสบการณ์จำกัดในการออกแบบ ทดลอง หรือประเมินการเปลี่ยนแปลงระบบบริการในงานประจำ อย่างไรก็ตาม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนด้านดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้ผ่านการวิเคราะห์กรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติ และการประยุกต์ใช้วงจร PDCA ช่วยให้พยาบาลเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Tschannen และคณะ¹³ ที่พบว่าการฝึกปฏิบัติเชิงระบบในบริบทการทำงานจริงช่วยพัฒนาทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์จริงและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ช่วยส่งเสริมการคิดเชิงระบบและการตัดสินใจเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการได้ดียิ่งขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนว่าการพัฒนาสมรรถนะด้าน QI ควรใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติและบูรณาการเข้ากับการพัฒนางานประจำของหน่วยบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics)) มีค่าการเปลี่ยนแปลงทางสถิติสูงเป็นอันดับสอง ($t = 13.508$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมต่ำกว่าด้านอื่น ๆ หลายข้อ โดยเฉพาะด้านการประเมินผลลัพธ์และการใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางการพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญของสมรรถนะด้านสารสนเทศในบริบทการปฏิบัติงานจริง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.45 ปีและประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 15.94 ปี พยาบาลบางส่วนอาจยังต้องการเวลาปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการปฏิบัติงานจริง สอดคล้องกับกรอบ QSEN⁵ ที่ระบุว่าสมรรถนะด้านสารสนเทศต้องพัฒนาทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติควบคู่กัน

ด้าน ความปลอดภัย (Safety) มีผลต่างคะแนนรวมเพิ่มขึ้นในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถ

พัฒนาสมรรถนะด้านความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ ได้อย่างชัดเจนเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ด้านการลด ประเมินความเสี่ยงในชุมชนมาวิเคราะห์และป้องกัน อุบัติการณ์ซ้ำมีคะแนนรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่อนข้างต่ำซึ่งอาจจะสะท้อนว่าพยาบาลถึงยังมีข้อจำกัดในการ ประเมินและเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชนและระบบ บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนด้านดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถ เสริมสร้างทักษะด้านการวิเคราะห์และ ป้องกันความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อาจ เนื่องมาจากโปรแกรมได้บูรณาการการฝึกใช้เครื่องมือด้าน ความปลอดภัยที่สำคัญ เช่น Root Cause Analysis (RCA), Trigger Tool และ SBAR ซึ่งช่วยให้พยาบาลมี ความสามารถในการระบุ วิเคราะห์ และป้องกันความเสี่ยง ได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพันธ์ ชานนท์ และประจักษ์ บัวผัน⁸ ที่พบว่าการพัฒนา สมรรถนะด้านความปลอดภัยส่งผลให้การบริหารความ เสี่ยงมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ด้านการทำงานเป็นทีมและความร่วมมือ (Teamwork and Collaboration) และด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) EBP มีผลต่างคะแนนรวมในระดับใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะด้าน EBP พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีคะแนนด้านการทบทวนแนวปฏิบัติอย่าง สม่าเสมอเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานตามหลักฐานเชิง ประจักษ์อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงความท้อ หายในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้อย่างสม่าเสมอ ในบริบทการปฏิบัติงานจริงสอดคล้องกับการศึกษาใน โรงพยาบาลชุมชนที่พบว่าพยาบาลต้องการการสนับสนุน ในการเข้าถึงและประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการ ดูแลผู้ป่วย⁹ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนทั้งด้าน Teamwork and Collaboration และ EBP เพิ่มขึ้นสู่ ระดับสูงในทุกข้อ อาจเนื่องมาจากรูปแบบการเรียนรู้ที่เปิด

โอกาสให้ผู้เข้าร่วมจากหน่วยงานที่หลากหลายได้ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ วิเคราะห์กรณีศึกษา และเรียนรู้ ร่วมกันจากสถานการณ์จริง ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะ การสื่อสาร การท างานร่วมกัน และการตัดสินใจทาง คลินิกบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์สะท้อน ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ร่วมกันเชิงวิชาชีพ (interprofessional collaborative learning)⁴

นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า คะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์ ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน (Pearson $r = 0.417 - 0.573$, Spearman $\rho = 0.458 - 0.589$, $p < 0.01$) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลที่มีสมรรถนะพื้นฐานในระดับสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มักยังคงมีระดับสมรรถนะสูง ภายหลังจากอบรมด้วยเช่นกัน ผลการศึกษานี้อาจอธิบาย ได้ว่า พื้นฐานด้านความรู้ ประสบการณ์การทำงาน และ ความพร้อมในการเรียนรู้ มีส่วนสนับสนุนต่อการพัฒนา สมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยทางการ พยาบาล สนับสนุนแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะแบบต่อยอด (competency-based progressive learning) ที่เน้น การออกแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับระดับสมรรถนะ ของผู้เรียน และสะท้อนถึงความสำคัญของการประเมิน สมรรถนะพื้นฐานก่อนเข้ารับการพัฒนา เพื่อใช้วางแผนการเรียนรู้และการเสริมศักยภาพพยาบาลวิชาชีพได้ อย่างเหมาะสมในอนาคต

สรุป

โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความ ปลอดภัยทางการพยาบาลที่พัฒนาตามกรอบ QSEN มี ประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการพัฒนา คุณภาพมีการเปลี่ยนแปลงทางสถิติสูงที่สุด ขณะที่ด้าน การดูแลโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางมีผลต่างคะแนนรวม สูงที่สุด ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถ ส่งเสริมสมรรถนะด้านคุณภาพและความปลอดภัยของ

พยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานหลากหลายระดับ ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลวิชาชีพในระดับองค์กร และในการจัดการเรียนการสอนสำหรับสถาบันการศึกษา เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานสากลอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการปฏิบัติ** ควรนำโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Informatics) เพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้บริหารการพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้อไปปรับใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลตามบริบทและภารกิจของแต่ละหน่วยงาน โดยเน้นเป็นพิเศษในด้าน EBP และ Informatics ซึ่งมีคะแนนก่อนอบรมต่ำสุด และ 2) ควร

กำหนดนโยบายส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) และนโยบายไม่ลงโทษผู้รายงานอุบัติการณ์ (Zero Blame Policy) เป็นลายลักษณ์อักษรในองค์กร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรายงานและแก้ไขความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. **ด้านการบริหาร** ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และสนับสนุนระบบการเรียนรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะและการบริหารความเสี่ยงทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. **ด้านการวิจัยในอนาคต** ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาวและการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินความยั่งยืนของสมรรถนะที่พัฒนา และศึกษาผลของโปรแกรมต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลจริง และควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและความยั่งยืนของสมรรถนะที่พัฒนาขึ้น

Reference

1. Kim KJ, Kim M. Patient safety incidents in healthcare settings: global trends and implications. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(4):2134.
2. Plaza MG, Caballero VG, Ejarque MD, Grau CF. Association of nursing practice environment on reported adverse events in private management hospitals: a cross-sectional study. J Clin Nurs. 2021;30(19-20):2990-3000.
3. Murray M, Sundin D, Cope V. A mixed-methods study on patient safety insights of new graduate registered nurses. J Nurs Care Qual. 2021;36(2):E22-7.
4. QSEN Institute. QSEN competencies: definitions of knowledge, skills, and attitudes [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.qsen.org/competencies-pre-licensure-ksas/>
5. Alexander C, Armstrong G, Barton A. Quality and safety education for nurses: core competencies for nursing leadership and management. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2023.

6. Dioso RIP, Naveed A. The effectiveness of QSEN competencies intervention to improve knowledge, skills and attitude: a systematic review and meta-analysis. *J Univ Med Dent Coll.* 2024;15(1). doi:10.37723/jumdc.v15i1.960.
7. Nantaya Buareung, Prachyanan Thiangchanraya, Sasithorn Laimekh. An analysis of the clinical risk management situation in the inpatient ward of a private hospital. *Journal of Health Sciences, Boromarajonani College of Nursing, Saraphasitprasong.* 2024;8(3):1-12. Thai.
8. Jiranan Chanon, Prachak Buaphan. Success factors and organizational safety culture affecting risk management of professional nurses working in the wards of Khon Kaen Hospital. *Khon Kaen University. Research Journal (Graduate Studies Edition).* 2021;21(1):216-27. Thai.
9. Sompis Kajornmanee. Development of a Nursing Risk Management System for Inpatient Care at Changan Hospital. *J Res Health Inno Dev.* 2024;5(1):433-44. Thai.
10. Bramley L, Matiti M. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *J Clin Nurs.* 2023;32(7-8):e14-23.
11. AlRatrout S, Alrashidi N, Alanazi AN, Almutairi MM, Almutairi RH, Almutairi WM, et al. The impact of the quality and safety education (QSEN) program on junior nurses. *PLoS ONE.* 2025;20(1):e0313829.
12. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). *Hospital and Healthcare Service Standards, Edition 5. 2nd ed.* Nonthaburi: K. Tiangguang Printing; 2021. Thai.
13. Tschannen D, Alexander C, Tovar EG, Ghosh B, Zellefrow C, Milner KA. Development of the nursing quality improvement in practice tool: advancing frontline nursing practice. *J Nurs Care Qual.* 2020;35(4):372-9.
14. Sherwood G. Global priorities for quality and safety in nursing: addressing the gap between professional ideals and the realities of practice. *Int J Nurs Sci.* 2021;8(4):377-83.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นิรมล พจน์ดวง*	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สุจิรา พึ่งเพื่อง**	ปร.ด. (การส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา)
เปรมฤดี บุญภัทรานนท์***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
สมศรี ทิพย์ประสบโชค***	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)
พชรพร พิเชฐโสภณ****	พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

(รับ: 29 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 19 มิถุนายน 2569, ตอรับ: 30 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งหลังสิ้นสุดการรักษา 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 50 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแล 42 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยคู่มือการส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินอาการ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบทดสอบความรู้ และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบอิสระ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการผลกระทบด้านร่างกาย 2) การจัดการผลกระทบด้านจิตสังคม 3) การจัดการโรคเรื้อรังร่วม 4) การเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและมะเร็งชนิดใหม่ 5) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และ 6) การเตรียมความพร้อมบุคลากร ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาการบวมลดลง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งแบบองค์รวม ช่วยเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จึงสามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง สตรี การดูแลแบบองค์รวม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ Corresponding author E-mail: Sujira.f@ku.th

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

The development of a health promotion model for women cancer survivors at the National Cancer Institute

Niramon Pojdoung*	M.S.N. (Adult Nursing)
Sujira Foongfaung**	Ph.D. (Health Promotion and Health Education)
Premruedee Boonphatranon***	M.S.N. (Adult Nursing)
Somsri Thipprasopchock***	M.S.N. (Adult Nursing)
Patcharaporn Pichetsopon****	M.S.N. (Adult and Gerontological Nursing)

(Received: May 29, 2026, Revised: June 19, 2026, Accepted: June 30, 2026)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a health promotion model for women cancer survivors at the National Cancer Institute. The study was conducted in three phases: (1) assessment of health problems and health promotion approaches for women cancer survivors after treatment completion; (2) development of the health promotion model; and (3) evaluation of the model's effectiveness. The participants comprised two groups: 100 women cancer survivors with breast or colorectal cancer, including an experimental group receiving the holistic health promotion model and a control group receiving usual nursing care (50 participants per group), and 42 registered nurses providing cancer care. Research instruments included a health promotion manual, symptom assessment form, health-promoting behavior questionnaire, quality-of-life questionnaire, knowledge test, and interview guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings showed that the developed model consisted of six components: (1) management of physical impacts, (2) management of psychosocial impacts, (3) management of comorbidities, (4) surveillance for cancer recurrence and new primary cancers, (5) health promotion and disease prevention, and (6) personnel preparation. Following the intervention, the experimental group demonstrated significantly fewer distressing symptoms and significantly higher health-promoting behaviors and quality of life than both before the intervention and the control group ($p < 0.001$). In addition, registered nurses achieved significantly higher knowledge scores after the training program than before training ($p < 0.001$).

The developed health promotion model enhanced holistic care for women cancer survivors by improving health-promoting behaviors, quality of life, and nurses' competency in survivorship care. The model can be applied to improve nursing services for women cancer survivors.

Keywords: Health Promotion Model; Cancer Survivors; Women; Holistic Care

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Deputy Director of Nursing Affairs, National Cancer Institute.

** Nursing lecturer, College of Nursing, Dhurakij Pundit University. Corresponding author E-mail: Sujira.f@ku.th

***Registered Nurse, Senior Professional Level, National Cancer Institute.

****Registered Nurse, Professional Nurse Level, National Cancer Institute.

บทนำ

มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากร โดยเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตของทั่วโลกและในประเทศไทยและยังคงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจนถึงปัจจุบัน¹ อุบัติการณ์โรคมะเร็งมากที่สุด 3 ลำดับแรกจากทั่วโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง² โดยอุบัติการณ์โรคมะเร็งในสตรีไทย 3 ลำดับแรกมีความสอดคล้องกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยพบมะเร็งของเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง³⁻⁴ มะเร็งเหล่านี้ยังเป็นหนึ่งในสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะใน 20 อันดับแรกของประชากรไทยอีกด้วย⁵ ทั่วโลกจึงตื่นตัวในการตรวจวินิจฉัยมะเร็งให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกและรักษาก่อนมีการแพร่กระจายของโรค รวมถึงกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มะเร็งหลายชนิดจึงมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีขึ้นและมีรายงานในปี พ.ศ. 2565 คาดการณ์ว่าจะมีผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งใน 5 ปีของไทยจำนวนมากถึง 441,900 ราย โดยพบว่าสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่มากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก 197, 84.4 และ 75.1 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁶ โดยจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมและ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทั้งสองชนิดเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงของมะเร็งสตรีในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเป็นมะเร็งที่มีอัตราการรอดชีวิตสูงเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่นๆ แสดงให้เห็นถึงการมีสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งทั้งสองชนิดในความดูแลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

ผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง (Cancer survivors) หมายถึง ผู้ป่วยหลังได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งและยังดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง⁷ สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังคงต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเรื่องคำแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งมี

บทบาทสำคัญในการพัฒนาของโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต⁸ เพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมถึงลดผลข้างเคียงจากการรักษา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวภายหลังการรักษา รูปแบบการรับประทาน อาหารที่ดีต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับการเสียชีวิตโดยรวม การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งเต้านมและลดอัตราการตายในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 21⁹ และการรับประทานอาหารแบบตะวันตกสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่แย่ลง¹⁰ ในมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารแบบตะวันตก การบริโภคธัญพืชขัดสีในปริมาณสูง และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำ ความก้าวหน้าของโรคและการเสียชีวิต¹¹ การมีกิจกรรมทางกายแบบนันทนาการช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งได้ร้อยละ 28-39¹² การมีกิจกรรมทางกายตามข้อแนะนำขององค์กรด้านสุขภาพช่วยลดอัตราการตาย ร้อยละ 13-41¹³ ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกลุ่มที่รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและมีการออกกำลังกายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ การศึกษาแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง โดยเฉพาะกลุ่มมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตยังต้องคำนึงถึงการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะยาวภายหลังการรักษานานเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังการรักษาพร้อมด้วย การศึกษาผลข้างเคียงระยะยาวในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมในช่วง 4-10 ปีหลังการรักษา ยังคงเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อาการทางกายที่พบบ่อย คือ ภาวะแขนบวมจากการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองและการฉายรังสี พบได้

วารสารกองการพยาบาล

ร้อยละ 20 – 40 อาการชาปลายมือปลายเท้าจากเคมีบำบัดกลุ่มแทกเซน (Taxanes) พบได้ร้อยละ 23 - 44 และอาการอ่อนล้าเรื้อรัง พบได้ร้อยละ 38-45 เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องสมาธิและการจดจำที่ลดลง ปัญหาด้านภาพลักษณ์ ปัญหาทางเพศจากภาวะช่องคลอดแห้ง และความต้องการทางเพศลดลง เป็นต้น¹⁵ สำหรับผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักพบผลข้างเคียงระยะยาวด้านความผิดปกติของระบบขับถ่าย ได้แก่ อาการท้องเสียและท้องผูกเรื้อรัง ร้อยละ 14-49 อาการชาปลายประสาทจากการใช้ยาในกลุ่มออกซาลิพลาติน (Oxaliplatin) โดยพบอาการที่ยังหลงเหลือหลังจบการรักษา 1 ปี สูงถึงร้อยละ 60 ยังพบปัญหาด้านภาพลักษณ์จากการมีทวารเทียมร่วมด้วย¹⁶ นอกจากนี้ในผู้รอดชีวิตทั้งสองกลุ่มยังพบปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญ คือ การกลัวโรคกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 33-44¹⁷ จากปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจและสังคมในสตรีผู้รอดชีวิตทั้งสองกลุ่มจำเป็นต้องได้รับการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการประเมินและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการจัดการกับอาการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคำนึงถึงบริบทส่วนบุคคลและสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพหลังการรักษามะเร็ง เพื่อให้ผู้รอดชีวิตสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีภารกิจด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็งมีเป้าหมายสำคัญ คือ อัตรารอดชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในทุกช่วงของการเจ็บป่วย ดังนั้นกลุ่มสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่มากขึ้นของสถานพยาบาล จึงเป็นภารกิจสำคัญในการพัฒนาการดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กร ซึ่งแนวทางการดูแลผู้รอดชีวิตในปัจจุบันมีการดูแลภายหลังการรักษาด้วยการนัดตรวจติดตามภายหลังการรักษา จากสถิติการทบทวนข้อมูลการตรวจติดตามหลังการรักษาย้อนหลัง พบว่าร้อยละ 21 ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังมีอาการรบกวนอย่างน้อย 1 อาการในช่วงหลังการรักษา 1-2 ปีแรก เช่น อาการชามือและเท้า นอนไม่หลับ ท้องผูก ท้องเสีย และหลงลืม เป็นต้น และพบว่าร้อยละ 37 มีน้ำหนักเกินเกณฑ์และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งการดูแลได้รับเพียงคำแนะนำวิธีบรรเทาอาการรบกวนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลแบบสั้นๆ มีเพียงบางรายที่แพทย์ผู้ตรวจจะส่งปรึกษาหน่วยโภชนาการเพิ่มเติม ที่สำคัญ คือ แนวทางการให้บริการยังไม่มีมีการประเมินติดตามปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาได้ อีกทั้งยังไม่พบรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพภายหลังการรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ทีมผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงพัฒนารูปแบบทางกายภาพเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งของกรมการแพทย์ และทุกเขตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้กรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ที่ถูกพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁸ โดยส่วนใหญ่มาจากแนวทางการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งของสถาบันด้านการแพทย์แหล่งต่างๆ งานวิจัย รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ครอบคลุมการดูแลในทุกมิติ สามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่หลากหลายกลุ่ม ทั้งที่ได้รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ผู้ที่อยู่ระหว่างการบำบัดด้วยฮอร์โมนเสริม หรือผู้ที่ยังคงได้รับการรักษาโรคมะเร็งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านร่างกาย 2) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านจิตสังคม 3) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่นๆ 4) การป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคและมะเร็งชนิดใหม่ และ

วารสารกองการพยาบาล

5) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค กรอบการดูแลดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและถูกแนะนำให้นำไปใช้ในสถานพยาบาลรวมถึงการวิจัย ทั้งนี้พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการออกแบบและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการเป็นผู้ประสานการดูแลส่งเสริมสุขภาพ¹⁹ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่มีปัจจัยนำเข้าจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และบริบทการส่งเสริมสุขภาพของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับการบูรณาการบทบาทของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามกรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยรูปแบบฯ ดังกล่าวจะเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ ผู้รับบริการกลุ่มสำคัญโรคมะเร็งที่มีแนวโน้มมากขึ้นของสังคมไทย เนื่องจากแนวทางการให้บริการในปัจจุบันยังไม่มีมีการประเมินติดตามปัญหาสุขภาพอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากผลการศึกษาระเมินคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิต พบว่า สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งมีคะแนนคุณภาพชีวิตรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในมิติด้านร่างกายเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และด้านจิตใจเกี่ยวกับกลัวการกลับเป็นซ้ำ²⁰ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในระยะหลังการรักษา เพื่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษาปัญหาสุขภาพ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
2. พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

3. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ มีปัจจัยนำเข้า คือ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งด้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การทบทวนวรรณกรรมบทบาทพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และการประยุกต์ใช้กรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งที่ถูกพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานเชิงประจักษ์²¹ ซึ่งเป็นกรอบที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และคุณภาพชีวิตของสตรีผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่สัมพันธ์กัน ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านร่างกาย หมายถึง การประเมินประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย มีการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสม และประเมินผลลัพธ์การดูแล 2) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านจิตสังคม หมายถึง การประเมินอาการทางด้านจิตสังคมโดยใช้ประวัติหรือเครื่องมือมาตรฐาน มีการส่งเสริมการปรับตัว การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การเสริมพลังใจ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ 3) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ หมายถึง การดูแลโรคประจำตัวอื่นๆ ตามแนวทางการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้สตรีผู้รอดชีวิตมีทักษะการจัดการโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคและมะเร็งชนิดใหม่ หมายถึง การประเมินความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของการ

วาระการกองการพยาบาล

โรคมะเร็ง ตามด้วยการให้คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยง หรือส่งต่อไปให้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 5) การ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค หมายถึง การดูแล เชิงป้องกันด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่อง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรค ทางอายุรกรรม รวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งที่ เหมาะสมกับวัย และ 6) การเตรียมความพร้อมของ บุคลากร หมายถึง การส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริม สุขภาพตามกรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจาก โรคมะเร็งภายหลังการรักษาสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติ หน้าที่ดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ให้มีบทบาทใน การส่งเสริมองค์ความรู้และทักษะการดูแลตนเองให้

สตรีผู้รอดชีวิตฯ รวมถึงให้คำปรึกษา การติดตาม ต่อเนื่อง และเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ ของการใช้รูปแบบฯ ประกอบด้วย ด้านการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลประจำการ) มีความรู้ด้าน การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในสตรีผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งเพิ่มขึ้น ช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการ ตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Decision Making) ได้แม่นยำขึ้น ด้านผู้รับบริการ สตรีผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการที่พึ่งพิงมาเป็น ผู้จัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลให้อาการบรรเทา มีระดับความรุนแรงลดลง พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ บรูณาการผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพใน สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งฯ การทบทวนวรรณกรรม บทบาทพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และการประยุกต์ใช้กรอบ คุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และ พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลประจำการ) ที่ปฏิบัติหน้าที่ ในคลินิกผู้ป่วยนอก ให้บริการสตรีผู้รอดชีวิตจาก มะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) สตรีผู้รอดชีวิตจาก มะเร็งภายหลังการรักษาที่ได้จากการคัดเลือกแบบ เจาะจง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ (1) สตรีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยเป็น

วารสารกองการพยาบาล

มะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (3) ได้รับการรักษาครบตามมาตรฐาน (4) มีอาการรบกวนภายหลังการรักษาอย่างน้อย 1 อาการ และ (5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีโรคประจำตัวและไม่สามารถควบคุมอาการได้ และ (2) มีประวัติการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ Power Analysis กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.505 (ซึ่งคำนวณมาจากผลการศึกษาของ Col et al. (2024)²² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และ Power $(1-\beta) = .80$ ได้ขนาดตัวอย่าง 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง กลุ่มละ 50 คน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนของกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามรูปแบบเดิม และ 2) พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลประจำการ) ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้ป่วยนอกให้บริการสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมบทบาทพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และการประยุกต์ใช้กรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านร่างกาย 2) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษา ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ด้านจิตสังคม 3) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่นๆ 4) การป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคและมะเร็งชนิดใหม่ 5) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และ 6) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร พัฒนาเป็น 1.1 คู่มือการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สำหรับให้พยาบาลประจำการใช้เป็นแนวทางในการดูแลสตรีผู้รอดชีวิตฯ และ 1.2 คู่มือการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ สำหรับให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ ใช้เป็นแนวทางในดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการรักษา

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องอาการรบกวนภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตฯ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมภายหลังการรักษาสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิต Version 4 ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดย Cella และคณะ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย และ The Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT - B) มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย 7 ข้อ ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม 7 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์และจิตใจ 6 ข้อ ความผาสุก ด้านการปฏิบัติกิจกรรม 7 ข้อ และข้อคำถามเฉพาะโรคมะเร็งเต้านม 10 ข้อ

วารสารกองการพยาบาล

รวม 37 ข้อ คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 148 คะแนน และ The Functional Assessment of Cancer Therapy-Colon (FACT - C) ประกอบด้วยคำถาม 5 ด้าน 36 คำถาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลทวารเทียม (Ostomy) 2 ข้อ (เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีทวารเทียม) จึงเหลือข้อคำถาม 34 ข้อ คะแนนรวมสูงสุดอยู่ที่ 136 คะแนน ในแต่ละข้อคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คือ 0 = ไม่มีเลย และ 4 = มีมาก ค่าคะแนนยิ่งสูงแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี และ 5) แบบทดสอบความรู้ทางการแพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 15 ข้อ เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด เพียงข้อใดข้อหนึ่ง แต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) สำหรับการสนทนากลุ่มกับสตรีผู้รอดชีวิต และพยาบาลประจำการ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และแนวทางส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ เพื่อให้เห็นความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทุกฉบับของงานวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ด้านโรคมะเร็งเต้านม ศัลยแพทย์ด้านโรคมะเร็ง อาจารย์พยาบาลระดับดุษฎีบัณฑิตที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และสุขศึกษา อาจารย์พยาบาลระดับดุษฎีบัณฑิตที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และพยาบาลวิชาชีพระดับดุษฎีบัณฑิตที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ผลการตรวจสอบดังนี้ 1) คู่มือการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ และ 2) คู่มือการปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ มีผลการประเมินคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ เนื้อหาครอบคลุมและถูกต้อง ลำดับเนื้อหา คุณค่าทางวิชาการ การนำไปใช้กับผู้รอดชีวิตกลุ่มอื่นๆ และการอ้างอิงที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ย 4.80-5.00 อยู่ในระดับดีมาก 3) แบบประเมินอาการสตรีผู้รอดชีวิตฯ ทั้ง 2 ฉบับ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .898 4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .919 และ .882 ตามลำดับ 5) แบบทดสอบความรู้ทางการแพทย์ด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตฯ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .898 และ 6) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

วิธีดำเนินการวิจัย ดำเนินการเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ 1) ทบทวนเวชระเบียนการทบทวนแฟ้มเวชระเบียนของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงภายหลังการรักษาในช่วง 5 ปี (1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2567) ซึ่งเป็นช่วงสตรีผู้รอดชีวิตมาตรวจติดตามการรักษาตามแผน 266 แฟ้ม และ 2) ศึกษาสถานการณ์และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็ง โดยการสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และสนทนากลุ่มกับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

วารสารกองการพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ 1) พัฒนารูปแบบโดยการประยุกต์ใช้กรอบที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งฯ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ร่วมกับการนำสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บทบาทพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง 2) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ โดยนำ คู่มือการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คู่มือการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ และแบบทดสอบความรู้ทางการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ไปตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน 3) พัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลประจำการ) เรื่องการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ (หลักสูตร 1 วัน) ระหว่าง เดือน เมษายน 2568 ถึง มิถุนายน 2568

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยนำรูปแบบฯ ไปใช้กับสตรีผู้รอดชีวิต 100 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำการ 42 คน (ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2568 - พฤศจิกายน 2568) โดยประเมินผล ได้แก่ 1) อาการรบกวนกายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง 3) คุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และ 4) ความรู้ทางการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งก่อนและหลังการอบรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ EC COA No. 006/2024 ลงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยเป็นความลับ คำนึงถึงหลักการเคารพในส่วนบุคคล มีการชี้แจงข้อมูลและการขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยสรุปประเด็น (thematically analysis) ด้วยการนำข้อมูลมาอ่านเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล จัดระเบียบข้อมูล ให้รหัส (coding) และ จัดเป็นประเด็นแก่นสารข้อค้นพบ (themes) จากนั้นนำประเด็นหลัก เสนอกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent Sample t-test) และไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent Sample t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ ที่ .05

ผลการวิจัย

1. ปัญหาสุขภาพ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า 1) สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($>22.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 66.67 อาการรบกวนที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ขาปลายมือปลายเท้า นอนไม่หลับ และ ปวดตามข้อต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 20.11, 12.70 และ 7.41 ตามลำดับ และในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($>22.9 \text{ kg/m}^2$) 49 ราย คิดเป็นร้อยละ

วารสารกองการพยาบาล

63.64 อาการรบกวนที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ ขาปลายมือปลายเท้า ท้องผูก ท้องเสีย และปวดตามข้อต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 37.66, 7.79 และ 6.49 ตามลำดับ 2) การส่งเสริมสุขภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจน 3) แพทย์และพยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญการส่งเสริมสุขภาพสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง 4) พยาบาลประจำการยังพ่วงความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่สัมพันธ์กัน ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรค และการรักษาด้านร่างกาย โดยการประเมินประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกาย มีการจัดการกับอาการด้วยการประเมินอาการและผลกระทบทางกายที่เกิดขึ้นอย่างน้อยทุกครั้งที่มีนัดตรวจติดตาม มีการให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านจิตสังคม โดยการประเมินอาการทางด้านจิตสังคมโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน แนะนำการเจริญสติ การบำบัดด้วยการผ่อนคลาย หรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน เพื่อการปรับตัว 3) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยการดูแลโรคประจำตัวอื่นๆ ตามแนวทางการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ ควบคู่ไปด้วย ด้วยการส่งเสริมให้สตรีผู้รอดชีวิตมีทักษะการจัดการโรคเรื้อรังด้วยการแนะนำให้รับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างถูกต้องตามข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก 4) การป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคและมะเร็งชนิดใหม่ โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ตามด้วยการให้คำแนะนำเพื่อลดความเสี่ยงหรือส่งต่อให้ได้รับคำปรึกษาจาก

ปีที่ 53 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2569

ผู้เชี่ยวชาญ 5) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยการดูแลเชิงป้องกันด้วยการให้คำปรึกษา แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรคทางอายุรกรรม รวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งที่เหมาะสมกับวัย และ 6) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกรอบคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งภายหลังการรักษาสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งให้มีบทบาทในการส่งเสริมองค์ความรู้และทักษะการดูแลตนเองให้สตรีผู้รอดชีวิตฯ รวมถึงให้คำปรึกษา การติดตามต่อเนื่อง และเป็นผู้ประสานการดูแล ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ คือ ระดับความรุนแรงของอาการรบกวนที่ลดลง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าเฉลี่ย 4.88 (SD=0.11) ระดับดีมาก

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตฯ

3.1 ด้านผู้รับบริการ (สตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งฯ)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน **กลุ่มทดลอง** โรคมะเร็งเต้านม มีอายุเฉลี่ย 54.14 ปี (SD=6.717) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.50 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคร้อยละ 48.60 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด (สูตร Doxorubicin / Cyclophosphamide ตามด้วย Paclitaxel) และได้รับฮอร์โมนร้อยละ 75.70, 75.70 และ 86.50 ตามลำดับ ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 56.80 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.49 Kg/m²(SD=5.612) ครบการรักษาเฉลี่ย 18.30 เดือน (SD=5.562) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีอายุเฉลี่ย 54.23 ปี (SD=6.685) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.20 อาชีพ

วารสารกองการพยาบาล

หลังรับราชการ และรับจ้างร้อยละ 30.80 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคร้อยละ 61.50 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายรังสี และยาเคมีบำบัด (สูตร 5-Fluorouracil, Leucovorin และ Oxaliplatin) ร้อยละ 38.50, 61.50 และ 38.60 ตามลำดับ ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 61.50 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.89 Kg/m² (SD=3.881) ครอบการรักษาเฉลี่ย 19.23 เดือน (SD=6.392) **กลุ่มควบคุม** โรคมะเร็งเต้านม มีอายุเฉลี่ย 54.35 ปี (SD=6.533) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 29.70 และรับราชการร้อยละ 18.90 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคร้อยละ 47.80 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด (สูตร Doxorubicin/Cyclophosphamide ตามด้วย Paclitaxel) และได้รับฮอร์โมนร้อยละ 78.40, 70.30 และ 89.20 ตามลำดับ ไม่มีโรคร่วมร้อยละ 64.90 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.09 Kg/m² (SD=4.091) ครอบการรักษาเฉลี่ย 18.57 เดือน (SD=5.341) และกลุ่มโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีอายุเฉลี่ย 53.54 ปี (SD=6.827) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.50 อาชีพหลักรับจ้างร้อยละ 38.50 และรับราชการร้อยละ 23.10 ส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรคร้อยละ 53.80 ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ฉายรังสี และยาเคมีบำบัด (สูตร 5-Fluorouracil, Leucovorin และ Oxaliplatin) ร้อยละ 61.50, 100 และ 38.60 ตามลำดับ ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 53.80 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.68 Kg/m² (SD=3.473) ครอบการรักษาเฉลี่ย 20.15 เดือน (SD=4.432) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะ

ทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน

2. อาการรบกวนภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง พบว่า ในกลุ่มตัวอย่างมะเร็งเต้านม อาการรบกวน ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วย 1) ชาปลายมือปลายเท้า 2) นอนไม่หลับ 3) หงุดหงิด 4) ปวดแขน และ 5) วิดกกังวล และในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วย 1) ชาปลายมือปลายเท้า 2) ท้องเสีย 3) นอนไม่หลับ 4) ปวดท้อง และ 5) วิดกกังวล ผลการเปรียบเทียบอาการรบกวนหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการรบกวนของกลุ่มทดลองทั้งกลุ่มโรคมะเร็งเต้านมและกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=5.931$, $p < .001$ และ $t=3.519$, $p=.002$ ตามลำดับ)

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=7.130$, $p < .001$)

4. คุณภาพชีวิตในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งกลุ่มมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ($t=11.575$, $p < .001$ และ $t=5.248$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

วารสารกองการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=100)

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง				t	p
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	(n=50)		(n=50)		(n=50)		(n=50)			
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
อาการบวมน้ำหลังการรักษา										
- มะเร็งเต้านม	3.87	1.181	3.98	1.143	2.27	1.281	3.97	1.178	5.931	<.001*
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	4.28	1.554	4.23	1.442	2.46	1.117	4.28	1.486	3.519	.002*
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพฯ	1.31	.536	1.31	.537	2.08	.570	1.30	.516	7.130	<.001*
คุณภาพชีวิตฯ										
- มะเร็งเต้านม	89.13	11.125	89.24	11.769	118.97	12.012	87.62	11.275	11.575	<.001*
- มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	91.07	8.636	88.23	8.022	95.77	5.776	81.15	8.214	5.248	<.001*

* p<.05

3.2 ด้านการพยาบาล

1) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.62 มีอายุเฉลี่ย 37.98 ปี (SD=6.58) มีประสบการณ์การดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเฉลี่ย 11.45 ปี (SD=8.30) และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 76.19

2) เปรียบเทียบความรู้ทางการพยาบาล

ด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งก่อนและหลังการอบรม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=15.090, p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ทางการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพระหว่างก่อนและหลังทดลอง (n=42)

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	(n=42)		(n=42)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ทางการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพฯ	7.86	1.632	11.02	1.024	15.090	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ ปัญหาสุขภาพและ

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่การศึกษาพบว่า มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ คือ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่ง

วารสารกองการพยาบาล

ที่เสี่ยงต่อการกลับซ้ำของโรคมะเร็ง นำไปสู่อัตราการตายที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงชาวสวีเดน ที่พบว่า อัตราตายจากโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในกลุ่มมะเร็งเต้านม และร้อยละ 4 ในกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในทุก ๆ ปีที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ทั้งนี้ การศึกษาแนะนำให้ส่งเสริมสุขภาพด้วยการป้องกัน และจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ²¹ นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีผู้รอดชีวิตยังคงมีอาการบวมภายหลังเสร็จสิ้นการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาผู้รอดชีวิตหลังการรักษาของไทยที่มีอาการบวมที่พบได้บ่อย คือ ขาปลายมือและปลายเท้า นอนไม่หลับ อ่อนล้า และอาการปวด²³ โดยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการรักษา บทบาทบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงพยาบาล ในการจัดการกับอาการบวมภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสตรีผู้รอดชีวิตและเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล ที่สำคัญสำหรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพภายหลังการรักษาของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มีความสอดคล้องกันของสตรีผู้รอดชีวิต และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านความจำเป็นของการบริการส่งเสริมสุขภาพจากข้อความสนทนา “เรื่องผลข้างเคียง เช่น การผ่าตัดก็โหดติด ข้อโหดติดแขนบวมอะไรอย่างนี้ อย่างเคมีก็มีแพ้ยา ซึ่งเป็นผลระยะยาวเป็น long term หรือการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของเค้าให้หลังการรักษาดี เช่น ควบคุมน้ำหนัก ออกกำลังกาย อะไรอย่างนี้เพื่อให้สุขภาพโดยรวมหลังการรักษาของเค้า แล้วก็ช่วยเรื่อง Recurrence CA (การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็ง) ถ้าคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ” (แพทย์) โดยกล่าวถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญคือ บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาล ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค มะเร็ง “อยากให้มีหน่วยกิจกรรมมาสอนเรื่องนี้เฉพาะเลยอะ จะได้รู้ว่าจะทำยังไง กินแบบไหน ห้ามอะไร” (ผู้รอดชีวิตฯ) สอดคล้อง

ข้อมูลทางวิชาการ ที่กล่าวว่า พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำแผนการดูแลผู้รอดชีวิตมาสู่การปฏิบัติ ด้วยการเสริมพลังให้กับผู้รอดชีวิตแบบรายบุคคล ตลอดจนครอบครัวและสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว²⁴

นอกจากสถานการณ์ข้างต้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งยังได้นำกรอบความคิดการดูแลผู้รอดชีวิตที่พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการออกแบบและให้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการเป็นผู้ประสานการดูแลส่งเสริมสุขภาพ¹⁹ ทำให้เป็นรูปแบบที่มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านร่างกาย 2) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคและการรักษาด้านจิตสังคม 3) การเฝ้าระวังและจัดการผลกระทบจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ 4) การป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคและมะเร็งชนิดใหม่ และ 5) การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรม บทบาทพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง และ 6) การเตรียมความพร้อมของบุคลากร รูปแบบฯในการศึกษารุ่นนี้เป็นไปตาม กระบวนการวิจัย และพัฒนาที่สำคัญ 3 กระบวนการ คือ 1) การศึกษาความต้องการจำเป็นเพื่อกำหนดนวัตกรรม 2) การสร้างและทดลองใช้และการปรับปรุงเพื่อให้นวัตกรรมสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) การเผยแพร่เพื่อประโยชน์ในเชิงสังคม ทำให้รูปแบบตามการศึกษาได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญในระดับดีมาก จึงมั่นใจได้ว่าเป็นรูปแบบฯ ที่มีคุณภาพ

ประสิทธิผลของรูปแบบในด้านสตรีผู้รอดชีวิตฯ พบว่า รูปแบบฯช่วยลดอาการบวม ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากองค์ประกอบของรูปแบบมีมิติของการจัดการกับอาการทั้งด้าน

วารสารกองการพยาบาล

ร่างกายและจิตใจซึ่งมาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nayak et al. (2023)²⁵ ศึกษาผลของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งศีรษะและคอที่มีการประเภินอาการรบกวนและมีการให้ข้อมูลวิธีการจัดการกับอาการที่มีคุณภาพ พบว่า อาการรบกวนลดลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพทั้งด้านการออกกำลังกาย และอาหาร รวมถึงองค์ประกอบที่ 5 ของรูปแบบฯ มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค โดยให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Olson et al. (2024)²⁶ พบว่า พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพสามารถช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในด้านการพยาบาล การส่งเสริมความรู้เป็นเรื่องจำเป็น การศึกษาครั้งนี้เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมอบรมเกิดความสามารถหรือทักษะในการปฏิบัติงานช่วยเพิ่มความรู้อาทักษะปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจ ช่วยคลายความวิตกกังวล ช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองและผู้อื่นได้ เมื่อพยาบาลมีความรู้ ย่อมทำให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็ง

References

1. National Cancer Prevention and Control Planning Committee. National Cancer Prevention and Control Plan (2024-2032) [Internet]. 2024 [cited 2025 May 2]. Available from: https://nci.go.th/th/Newweb2024/officer/download/nccp/NCCP_67_75.pdf. Thai.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63.

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง (Generalizability) และขอบเขตการศึกษาจำกัดอยู่เพียงในสถานบริการสุขภาพแห่งเดียว ผลการวิจัยจึงอาจสะท้อนเฉพาะบริบทของหน่วยงานดังกล่าว และอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของสถานบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบทต่างกันได้ รวมถึงการวิจัยนี้เป็นการติดตามผลในระยะสั้น ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้รอดชีวิตจากมะเร็งที่พัฒนาขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ในการจัดบริการสุขภาพภายหลังการรักษาให้กับสตรีรอดชีวิตจากโรคมะเร็งกลุ่มอื่น ๆ ได้ โดยสามารถใช้ 6 องค์ประกอบหลักมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพและเห็นครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบในระยะยาว รวมถึงการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

3. Somchai Thanasitthichai, Rawin Ingsirorat, Chalermpon Chairat, Isara Chiawiriyabunya, Metee Wongsena, Khate Sripratak. Cancer in Thailand Vol. XI 2019-2021. [Internet]. 2025 [cited 2025 April 1]. Available from: https://nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html. Thai.
4. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2023. [Internet]. 2025 [cited 2025 April 6]. Available from: https://nci.go.th/th/cancer_record/download/Hos-Based_66_final_2.pdf. Thai.
5. Office of International Health Policy Development. Report on the burden of disease and Injury in the Thai population 2014: Loss of Healthy Life Years. The Graphico; 2017. Thai.
6. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63.
7. Marzorati C, Riva S, Pravettoni G. Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. J Cancer Educ. 2017;32(2):228-37.
8. GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2022;400(10352):563-91.
9. Lee E, Kady V, Han E, Montan K, Normuminova M, Rovito MJ. Healthy eating and mortality among breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(13):7579.
10. Weigl J, Hauner H, Hauner D. Can nutrition lower the risk of recurrence in breast cancer? Breast Care (Basel). 2018;13(2):86-91.
11. Fretwell A, Louca P, Cohoon G, Sakellaropoulou A, Henriques Caetano MP, Koulapis A, et al. Still too little evidence: the role of diet in colorectal cancer survivorship - a systematic review. Crit Rev Food Sci Nutr. 2025;65(16):3173-85.
12. Zagalaz-Anula N, Mora-Rubio MJ, Obrero-Gaitán E, Del-Pino-Casado R. Recreational physical activity reduces breast cancer recurrence in female survivors of breast cancer: A meta-analysis. Eur J Oncol Nurs. 2022; 59:102162.
13. Han H, Hu J, Lee DH, Zhang Y, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. Physical activity types, variety, and mortality: results from two prospective cohort studies. BMJ Med. 2026;5(1):e001513.
14. Ho M, Ho JWC, Fong DYT, Lee CF, Macfarlane DJ, Cerin E, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. J Cancer Surviv. 2020;14(4):424-33.

15. Lafourcade A, His M, Baglietto L, Boutron-Ruault MC, Dossus L, Rondeau V. Factors associated with breast cancer recurrences or mortality and dynamic prediction of death using history of cancer recurrences: the French E3N cohort. *BMC Cancer*. 2018;18(1):171.
16. Han CJ, Yang GS, Syrjala K. Symptom experiences in colorectal cancer survivors after cancer treatments: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2020;43(3):E132-58.
17. Tran TXM, Jung SY, Lee EG, Cho H, Kim NY, Shim S, et al. Fear of cancer recurrence and its negative impact on health-related quality of life in long-term breast cancer survivors. *Cancer Res Treat*. 2022;54(4):1065-73. doi: 10.4143/crt. 2021.835.
18. Nekhlyudov L, Mollica MA, Jacobsen PB, Mayer DK, Shulman LN, Geiger AM. Developing a quality of cancer survivorship care framework: Implications for clinical care, research, and policy. *J Natl Cancer Inst*. 2019;111(11):1120-30.
19. Elizondo Rodriguez N, Ambrosio L, La Rosa-Salas V, Domingo-Osle M, Garcia-Vivar C. Role of the nurse in the design, delivery, monitoring and coordination of cancer survivorship care plans: An integrative review. *J Adv Nurs*. 2022;78(1):48-62.
20. Chi E, Chillakuru R, Ganti L. Quality of life changes among breast cancer survivors following mastectomy. *Cureus*. 2025;17(11):e97973.
21. Arnold M, Charvat H, Freisling H, Noh H, Adami HO, Soerjomataram I, et al. Adult Overweight and Survival from Breast and Colorectal Cancer in Swedish Women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2019;28(9):1518-24. 23.
22. Çol BK, Tufan G, Kiliç D. The evaluation of the effectiveness of a health promotion training on breast cancer survivors. *J Educ Health Promot*. 2024;13:31.
23. Pongthavornkamol K, Lekdamrongkul P, Pinsuntorn P, Molassiotis A. Physical symptoms, unmet needs, and quality of life in Thai cancer survivors after the completion of primary treatment. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(4):363-71. 24.
24. Ambrosio L, Elizondo N, Garcia-Vivar C. Primary care nursing is essential to fully implement survivorship care plans for long-term cancer survivors and their families. *Cancer Nurs*. 2019;42(3):177-8.
25. Nayak MG, George A. Effectiveness of symptom management intervention for improving the QOL of cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023;24(2):587-96.
26. Olson JL, Conroy DE, Mama SK, Schmitz KH. Lifestyle behaviors and health-related quality of life in cancer survivors: A latent class analysis. *Health Educ Behav*. 2024;51(3):341-51.

อิทธิพลของปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์และปัจจัยเชิงจิตสังคมต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

พรรณภา เรืองกิจ*	พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วาสนา ดำดี**	พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปณัดดา โพร้พุ่ม*	พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต)

(รับ: 29 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 15 มิถุนายน 2569, ตอรับ: 25 มิถุนายน 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์ (การเปิดรับสื่อและการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์) และปัจจัยเชิงจิตสังคม (ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม) ต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 157 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย (1) แบบวัดปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์ มีความเที่ยงทั้งฉบับ .89 โดยแบ่งเป็น การเปิดรับสื่อ .90 และการมีส่วนร่วม .92; (2) แบบวัดทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า; (3) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง; (4) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และ (5) ความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า มีความเที่ยง .69, .87, .84 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.07 อายุเฉลี่ย 20.52 ปี มีความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับต่ำ (Mean 1.26, SD .58) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถอธิบายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ ร้อยละ 69.30 (R^2 .693, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอำนาจทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (β .610, $p < .001$) และทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (β .281, $p < .001$) ผลการศึกษาสะท้อนว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมทัศนคติและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่ไม่สนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผ่านการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อรักษาอัตลักษณ์วิชาชีพพยาบาลในฐานะแบบอย่างด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: สื่อสังคมออนไลน์, ปัจจัยเชิงจิตสังคม, ความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดนันทะ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Corresponding author: E-mail; wassana.da@buu.ac.th

The Influence of Social Media and Psychosocial Factors on the Intention to Use E-cigarettes among Nursing Students of Praboromarajchanok Institute

Phannapa Ruangkit*	M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)
Wassana Damdee**	M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Panadda Phophum*	B.N.S.

(Received: May 29, 2026, Revised: June 15, 2026, Accepted: June 25, 2026)

Abstract

This predictive study aimed to examine the influence of social media factors (media exposure and engagement with e-cigarette content on social media) and psychosocial factors (attitudes toward e-cigarette use, subjective norms, and perceived ability to control behaviours) on the intention of the nursing students to use e-cigarettes. The sample of 157 students, selected by multistage random sampling. Data were collected using online questionnaires comprising of (1) the social media factors scale, yielding an overall reliability coefficient of .89, broken down into media exposure .90 and participation .92; (2) attitude towards e-cigarette use scale; (3); subjective norms; (4) perceived ability to control behaviours; and (5) intention to use e-cigarettes, yielding reliability coefficients of .69, .87, .84 and .83, respectively. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and enter multiple regression analysis.

The results showed that the majority of the sample were female (84.07%), with an average age of 20.52 years and had a low intention to use e-cigarettes (Mean 1.26, SD .58). All combining factors could explain 69.30% of the intention to use e-cigarettes (R^2 .693, $p < .001$). The statistically significant predictors were subjective norms (β .610, $p < .001$) and attitudes toward e-cigarette use (β .281, $p < .001$). These findings indicate that subjective norms and attitudes are significant factors determining the intention to use e-cigarettes among the nursing students. Therefore, the educational institutions should promote attitudes and establish social norms that discourage e-cigarette use through classroom instruction and extracurricular activities in order to maintain the nursing profession's identity as a health role model.

Keywords: social media, psychosocial factors, intention to use e-cigarettes, nursing students

* Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University Corresponding author: E-mail;
wassana.da@buu.ac.th

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarettes) ในกลุ่มเยาวชนและนักศึกษาเป็นประเด็นท้าทายสำคัญด้านสาธารณสุขระดับสากล¹ ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งออกแบบผลิตภัณฑ์ให้มีรูปลักษณะทันสมัยและมีรสชาติหลากหลาย เพื่อดึงดูดกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะนักสูบหน้าใหม่ ส่งผลให้เยาวชนรับรู้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ภายใต้วาทกรรมการลดอันตราย^{2,3,4,5} อย่างไรก็ตามหลักฐานทางวิชาการ ชี้ให้เห็นว่า นิโคตินและสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงภาวะปอดอักเสบรุนแรงจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarette or Vaping product use Associated Lung Injury: EVALI)⁶

ในบริบทของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2567 รายงานว่ามีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันประมาณ 900,459 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.5 ของประชากรทั้งหมด โดยพบผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งนี้กลุ่มอายุ 20-24 ปี ซึ่งเป็นวัยนักเรียน นักศึกษา และวัยเริ่มต้นทำงาน มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึง 187,746 คน ขณะที่กลุ่มอายุ 15-19 ปี มี 63,879 คน⁷ สะท้อนให้เห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ากำลังแพร่ระบาดเข้าสู่กลุ่มเยาวชนและวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง แม้อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมของประเทศจะมีแนวโน้มลดลง แต่การใช้บุหรี่ไฟฟ้ากลับเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การตลาดดิจิทัล และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้วัยรุ่นและนักศึกษามีโอกาสเริ่มต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ซึ่งอาจนำไปสู่การเสพติดนิโคติน ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ ในระยะ

ยาว โดยสื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงเป็นช่องทางการตลาดเท่านั้น แต่ยังเป็นพื้นที่สำคัญในการรับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องปกติ ผ่านการนำเสนอภาพลักษณ์เชิงบวกที่เชื่อมโยงบุหรี่ไฟฟ้ากับวิถีชีวิตสมัยใหม่^{3,8} ปรากฏการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดบรรทัดฐานทางสังคมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้ถึงการยอมรับจากบุคคลรอบข้างและสังคมมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม⁹

เมื่อพิจารณาในบริบทของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต่อไปในอนาคต คือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ พบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่น่าสนใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่สังเคราะห์ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2550-2560 รายงานว่าความชุกของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในนักศึกษาพยาบาลไทยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.7¹⁰ อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในระยะหลังแสดงให้เห็นว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น^{11,12,13,14,15} และในบางบริบท พบว่าสูงกว่าบุหรี่มวนแบบดั้งเดิมแล้ว^{11,15} ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ทัศนคติที่มองว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นนวัตกรรมที่ทันสมัย มีความปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน และเอื้อต่อการเข้าถึงสังคม¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีระดับความเครียดระดับสูงมีสัดส่วนการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับปกติ¹¹ สะท้อนให้เห็นว่าความเครียดจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติทางคลินิกอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลใช้บุหรี่ไฟฟ้า¹³ ซึ่งถือว่าเป็นการใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม^{12,13} ประเด็นที่มีความซับซ้อนยิ่งกว่านั้นคือ นักศึกษาบางส่วนยังมีการรับรู้ความเสี่ยงต่ำกว่า

ความเป็นจริง แม้จะมีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับรู้ข้อมูลหรือวาทกรรม เกี่ยวกับการลดอันตรายที่แพร่หลายในสื่อสังคม ออนไลน์¹⁴ พฤติกรรมดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อ ภาพลักษณ์และจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลถูกคาดหวังให้เป็น แบบอย่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การใช้บุหรี่ ไฟฟ้าอาจลดทอนความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจที่ สาธารณชนมีต่อพยาบาลวิชาชีพ

แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในเยาวชน แต่การศึกษาที่มุ่ง อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของสื่อสังคม ออนไลน์และปัจจัยเชิงจิตสังคมในกลุ่มนักศึกษา พยาบาลยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของสถาบัน พระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันผลิตบุคลากร สาธารณสุขที่มีเครือข่ายกระจายอยู่หลายภูมิภาค และมีความหลากหลายด้านบริบททางสังคมและการ เรียนรู้ ส่งผลให้ยังไม่สามารถอธิบายกลไกเชิง พฤติกรรมได้อย่างครอบคลุม จากการทบทวน วรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี พฤติกรรมตามแผนในการอธิบายการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ในวัยรุ่นยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมด¹⁵ โดยส่วนใหญ่เน้นเพียงปัจจัยด้านทัศนคติ และมัก ดำเนินการในบริบทต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่าง ด้านสังคม วัฒนธรรม และกฎหมาย อีกทั้งยังไม่พบ การศึกษาที่บูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมในกลุ่ม นักศึกษาพยาบาลไทย

การวิจัยครั้งนี้จึงบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรม ตามแผนและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม เพื่อ อธิบายกลไกเชิงพฤติกรรมที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์และการมีส่วนร่วมกับ เนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ ร่วมกับปัจจัย

เชิงจิตสังคม ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้นิรภัยไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม โดยกำหนดให้ความตั้งใจใช้ นิรภัยไฟฟ้าเป็นตัวแปรตาม ผลการศึกษาจะเป็น หลักฐานเชิงประจักษ์ สำหรับพัฒนามาตรการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

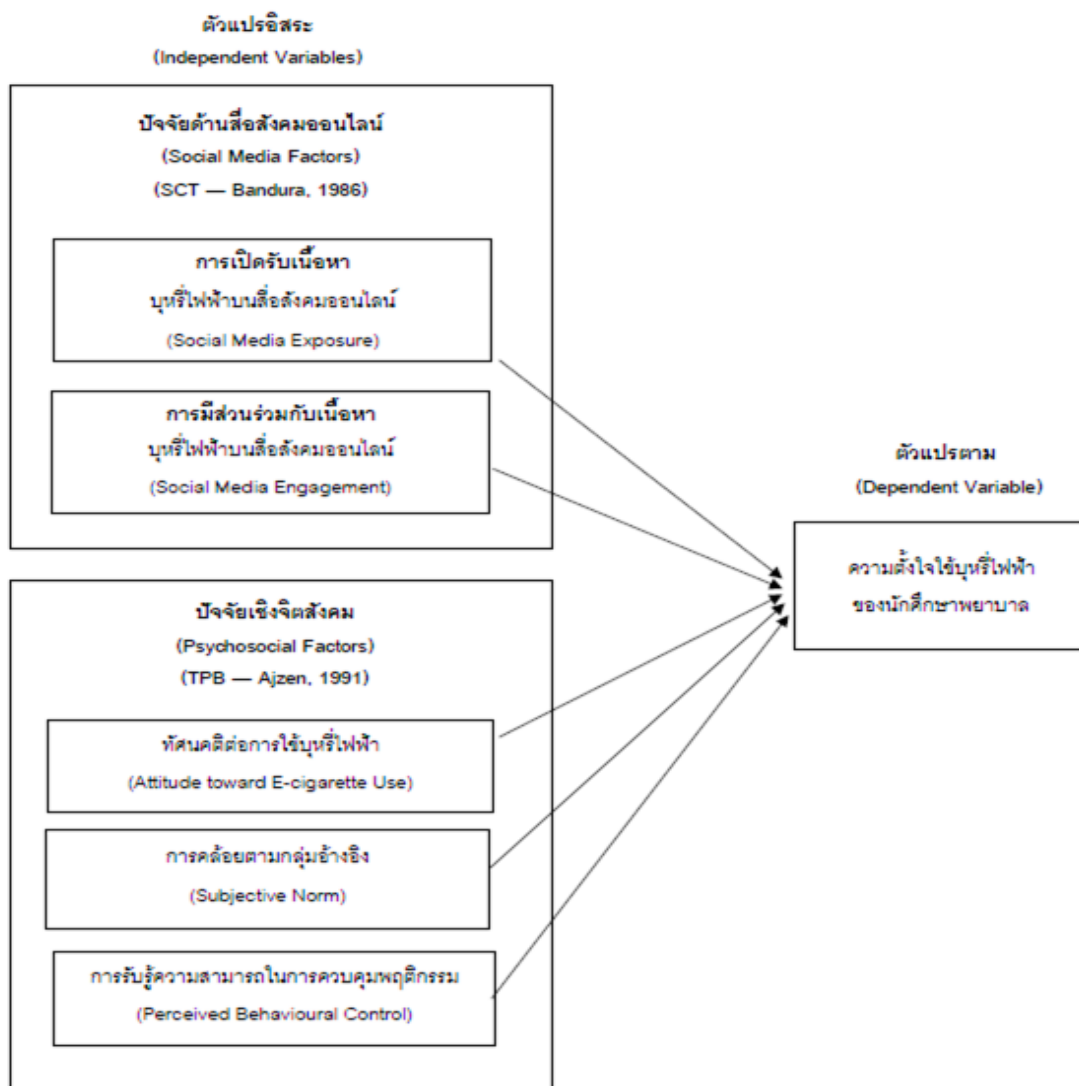
1. ศึกษาระดับของปัจจัยด้านสื่อสังคม ออนไลน์ ได้แก่ การเปิดรับสื่อการเปิดรับสื่อสังคม ออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับนิรภัยไฟฟ้า และ การมี ส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยเชิงจิตสังคม ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้นิรภัยไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจใช้นิรภัยไฟฟ้า ของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสื่อ สังคมออนไลน์ กับความตั้งใจใช้นิรภัยไฟฟ้าของ นักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัย ด้านสื่อสังคมออนไลน์และปัจจัยเชิงจิตสังคมต่อความ ตั้งใจใช้นิรภัยไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล สังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ประกอบด้วยตัวแปร อิสระ 5 ตัว ได้แก่ การเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อ สังคมออนไลน์ การมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบน สื่อสังคมออนไลน์ ทัศนคติต่อการใช้นิรภัยไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งร่วมกันอธิบายและ ทำนายความตั้งใจใช้นิรภัยไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยกำหนดเป็นตัวแปร ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณทำนายความสัมพันธ์ (predictive correlational research) นี้ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2568 จำนวน 16,985 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่

1-4 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 และจำนวนตัวแปรทำนาย (predictors) เท่ากับ 5 ตัวแปรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 138 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมเป็น 160 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็น

นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2568 2) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และทำความเข้าใจภาษาไทย ได้ด้วยตนเอง 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หลังได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหรือมีปัญหาสุขภาพ ที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตอบแบบสอบถาม 2) ถอนความยินยอมหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล

คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแบ่งเป็น 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จากนั้นสุ่มเลือกวิทยาลัยพยาบาลอย่างง่าย ภูมิภาคละ 1 แห่ง รวม 5 แห่ง กำหนดสัดส่วนของจำนวนนักศึกษาแต่ละแห่งเท่ากับ 441, 489, 598, 644 และ 317 คน ตามลำดับ (รวม 2,503 คน) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร $n_i = (N_i/N) \times n$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรายวิทยาลัยเท่ากับ 29, 31, 38, 42 และ 20 คน ตามลำดับ ในแต่ละวิทยาลัย สุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 โดยแบ่งกลุ่มตามชั้นปีการศึกษา จากนั้นกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละชั้นปีตามสัดส่วน และสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) ภายในแต่ละชั้นปี โดยคำนวณช่วงการสุ่ม ($k = N/n$) สุ่มจุดเริ่มต้น และคัดเลือกตัวอย่างทุก ๆ ลำดับที่ k จนครบตามจำนวนที่กำหนด กรณีที่มีการปฏิเสธหรือไม่สามารถติดต่อได้ ใช้วิธีการสุ่มทดแทนจากลำดับถัดไป

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยบูรณาการกรอบแนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned

Behaviour: TPB)⁹ และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁷ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี การศึกษา ประสบการณ์การสูบบุหรี่ และการมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

2. แบบประเมินปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์ พัฒนาตามกรอบทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁷ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ การเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (Media Exposure) 5 ข้อ และการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Engagement) 5 ข้อ ครอบคลุมการเปิดรับข้อมูลและการมีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1 (น้อยที่สุด/ไม่เคยเลย) ถึง 5 (มากที่สุด/เป็นประจำ) โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อสังคมออนไลน์ในเรื่องดังกล่าวที่สูงขึ้น

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พัฒนาตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 8 ข้อ เพื่อประเมินความเชื่อและความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบของผู้ตอบต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ซึ่งมีการกลับคะแนนก่อนการคำนวณคะแนนรวม โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มากขึ้น

4. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง พัฒนาตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ เป็นมาตร

ประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ถึงแรงกดดันทางสังคมและความคาดหวังจากบุคคลสำคัญในชีวิต เช่น เพื่อนและครอบครัว ต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดและคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้แรงสนับสนุนหรือการยอมรับจากสังคมรอบข้างต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้าที่มากขึ้น

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พัฒนาตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 6 ข้อ เพื่อประเมินระดับความเชื่อมั่นของผู้ตอบในความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการใช้นิโคตินไฟฟ้า เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ซึ่งมีการกลับคะแนนก่อนการคำนวณคะแนนรวมโดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้นิโคตินไฟฟ้าที่มากขึ้น

6. แบบสอบถามความตั้งใจใช้นิโคตินไฟฟ้า พัฒนาตามกรอบทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ 5 ข้อ เพื่อประเมินแนวโน้มการใช้นิโคตินไฟฟ้าในอนาคต เกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1 (ไม่ตั้งใจเลย/เป็นไปได้น้อยที่สุด) ถึง 5 (ตั้งใจอย่างแน่อน/เป็นไปได้มากที่สุด) โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความตั้งใจที่จะใช้นิโคตินไฟฟ้าในอนาคตที่มากขึ้น แปลผลคะแนนเฉลี่ยของส่วนที่ 2-6 ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์¹⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวช และพยาบาลยาเสพติด คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า แบบประเมินปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์มีค่า IOC เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้ามีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิงมีค่า IOC เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีค่า IOC เท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามความตั้งใจใช้นิโคตินไฟฟ้ามีค่า IOC เท่ากับ 0.87

จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์เท่ากับ .89 การเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์เท่ากับ .90 และการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ เท่ากับ .92 และแบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้นิโคตินไฟฟ้า การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจใช้นิโคตินไฟฟ้ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ .69, .87, .84 และ .83 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลที่ได้รับการสุ่มเลือก และดำเนินการเผยแพร่ลิงก์แบบสอบถามออนไลน์ผ่านช่องทางสื่อสารนักศึกษา โดยในหน้าแรกของแบบสอบถามมีเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ผู้เข้าร่วมให้ความยินยอมทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อน จึงจะสามารถตอบแบบสอบถาม

ได้ ซึ่งใช้เวลาการตอบประมาณ 15–20 นาที ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในลักษณะไม่ระบุตัวตน และลบข้อมูลทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ (เลขที่ ERB17/2568) เมื่อ 13 มกราคม 2569 หมดอายุวันที่ 12 มกราคม 2570 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด รวมถึงชี้แจงข้อมูลวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบจากการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะเป็นความลับ และคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมตลอดกระบวนการ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ พบค่าผิดปกติ (outliers) 3 ราย จึงคัดออกตามหลักระเบียบวิธีวิจัย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 157 คน และดำเนินการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อ การมีส่วนร่วมบนสื่อสังคมออนไลน์ ทักษะติดต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) และแปลผลตามเกณฑ์ของอิงเคิล¹⁹ โดยค่า r ตั้งแต่ .81–1.00 หมายถึงความสัมพันธ์สูงมาก, .61–.80 สูง, .41–.60 ปานกลาง, .21–.40 ต่ำ และ .00–.20 ต่ำมาก

4. วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบนำเข้าพร้อมกัน (Enter Method) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า ภายหลังการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรตามมีการแจกแจงเบ้ขวา (Skewness = 3.53) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบในทิศทางปฏิเสธพฤติกรรม อย่างไรก็ตาม ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (residuals) ของสมการถดถอยมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ โดยมีค่า Skewness และ Kurtosis เท่ากับ 0.72, 0.90 ตามลำดับ ค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ระหว่าง .587–.892 แสดงว่าไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) และค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.168 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า นักศึกษาพยาบาล 157 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 132 คน (ร้อยละ 84.07) อายุเฉลี่ย 20.52 ปี ($\bar{x}$ = 20.52, SD = 1.31) ช่วงอายุ 18–24 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 21 ปี (ร้อยละ 29.3) รองลงมา คือ 19 ปี (ร้อยละ 24.2) การกระจายของชั้นปีการศึกษา ดังนี้ ชั้นปีที่ 3 มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 26.75) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 25.47) ชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 25.20) และชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 23.56) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ 152 คน (ร้อยละ 96.82) และมีเพียง 5 คน (ร้อยละ 3.18) ที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ไม่มีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า

97 คน (ร้อยละ 61.78) มีบุคคลใกล้ชิดที่ใช้นูรีไฟฟ้า 60 คน (ร้อยละ 38.21)

ปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลเปิดรับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.55$, $SD = 1.01$) ค่าเฉลี่ยในการพบเห็นเนื้อหาสูงสุด ($\bar{X} = 2.81$, $SD = 1.21$) พบเห็นเนื้อหาเชิงบวก (เช่น ทันสมัย เท่ ปลอดภัย) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.34$, $SD = 1.22$) มีส่วนร่วมกับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.57$, $SD = 0.86$) การแบ่งปันเกี่ยวกับเนื้อหานูรีไฟฟ้าให้เพื่อนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 1.86$, $SD = 1.18$) และการติดตามบัญชีที่เกี่ยวข้องกับนูรีไฟฟ้ามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 1.44$, $SD = 0.89$)

ปัจจัยเชิงจิตสังคม พบว่าทัศนคติต่อการใช้นูรีไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.59$, $SD = 0.58$) "การใช้นูรีไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อสุขภาพ" มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 1.87$) และ "การใช้นูรีไฟฟ้าทำให้ดูทันสมัยและเท่" มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 1.28$, $SD = 0.69$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.16$, $SD = 0.42$) การยอมรับของเพื่อนสนิทมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 2.26$, $SD = 0.65$) และ "การใช้นูรีไฟฟ้าช่วยให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ดีขึ้น" มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 2.08$, $SD = 0.41$) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.35$,

$SD = 0.92$) โดยข้อ "การตัดสินใจไม่ใช้นูรีไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย" มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.53$, $SD = 1.15$) และข้อ "การหาซื้อนูรีไฟฟ้าเป็นเรื่องง่าย" มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 1.34$)

ความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้า พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.26$, $SD = 0.57$) โดย "การตั้งใจค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนูรีไฟฟ้า" มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 1.59$, $SD = 1.11$) ขณะที่ "การวางแผนที่จะลองใช้นูรีไฟฟ้าในอีก 6 เดือนข้างหน้า" มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 1.12$, $SD = 0.52$)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้า พบว่า ตัวแปร 4 ตัวมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ทัศนคติต่อการใช้นูรีไฟฟ้า (X3) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (X4) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = .629$, และ $.786$, $p < .01$) การมีส่วนร่วมกับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (X2) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .493$, $p < .01$) และการเปิดรับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (X1) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r = .215$, $p < .01$) ส่วนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (X5) ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาลกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (n = 157)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5	Y
การเปิดรับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (X1)	1					
การมีส่วนร่วมกับเนื้อหานูรีไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ (X2)	.382**	1				
ทัศนคติต่อการใช้นูรีไฟฟ้า (X3)	.248**	.511**	1			
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (X4)	.265**	.441**	.521**	1		
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (X5)	-.132	-.195*	-.306**	-.089	1	
ความตั้งใจใช้นูรีไฟฟ้า (Y)	.215**	.493**	.629**	.786**	-.115	1

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

อำนาจการทำนายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า พบว่า การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตัวแปรทั้ง 5 ตัวร่วมกันทำนายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 69.300 ($R^2 = .693$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (β) พบว่าทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ($\beta = .281$, $p < .001$) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\beta = .610$, $p < .001$) มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

สมการการทำนายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีดังนี้

คะแนนดิบ $Y = -1.124 + .278$ (ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า) + .831 (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง)

คะแนนมาตรฐาน $ZY = .281$ (ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า) + .610 (การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาพยาบาล (n = 157)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
การเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าสื่อสังคมออนไลน์	-.030	.028	-.052	-1.065	.289
การมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์	.072	.038	.108	1.909	.058
ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า	.278	.058	.281	4.773*	.000
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	.831	.075	.610	11.093*	.000
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม	.025	.030	.039	.822	.412
Constant = -1.124, $R^2 = .693$, $R^2_{adj} = .693$, SE = .203, F = 68.206, $p < .001$					

* $p < .001$

อภิปรายผล

1. ระดับของปัจจัยที่ศึกษา

1.1 ปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์

นักศึกษาพยาบาลมีการเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง แต่มีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ระดับต่ำ โดยการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์เชิงรุก เช่น การกดถูกใจ (Like) การแสดงความคิดเห็น (Comment) การแบ่งปัน (Share) และการติดตามบัญชีหรือเพจ (Follow) ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า สะท้อนว่าการรับรู้ข้อมูลไม่ได้แปรเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมเชิงรุกโดยตรง ผลดังกล่าวอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁷ ซึ่งระบุว่า

พฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์การเรียนรู้ ไม่ใช่เพียงการเปิดรับข้อมูลเพียงอย่างเดียว

ในบริบทของนักศึกษาพยาบาล อัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (professional identity) และความคาดหวังทางสังคม อาจมีบทบาทเป็นกลไกกำกับพฤติกรรม ทำให้นักศึกษาหลีกเลี่ยงการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่อาจขัดต่อภาพลักษณ์ด้านสุขภาพ แม้จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าก็ตาม ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพนาด และคณะ²⁰ ที่พบว่า นักศึกษาที่มีทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้าอาจมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมกับเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้

แตกต่างจากงานวิจัยต่างประเทศ^{3,5,21,22} ที่รายงานว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเชิงบวกและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว อาจอธิบายได้จากบริบทเชิงนโยบายของประเทศไทย ที่มีมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวด ทั้งการห้ามโฆษณา ห้ามจำหน่าย และการเฝ้าระวังสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งมีระดับความรู้และความตระหนักด้านสุขภาพสูง

1.2 ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ โดยให้ความสำคัญกับผลกระทบด้านสุขภาพมากกว่าปัจจัยด้านภาพลักษณ์หรือการยอมรับทางสังคม สะท้อนว่าความเชื่อเกี่ยวกับผลลัพธ์ของพฤติกรรมมีแนวโน้มเชิงลบ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behavior: TPB)⁹ ที่อธิบายว่าทัศนคติ เป็นผลจากการประเมินผลดีหรือผลเสียของพฤติกรรม ผลดังกล่าว อาจอธิบายได้จากลักษณะของนักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ด้านสุขภาพและบทบาทวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพ จึงให้ความสำคัญกับความเสียมากกว่าปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษา^{11,20} และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ¹⁶ ได้สนับสนุนว่าทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความตั้งใจและพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

1.3 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

นักศึกษาพยาบาลมีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนว่าแม้จะรับรู้ว่าคุณค่าการใกล้ชิดบางส่วนยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า แต่ไม่ได้มองว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่อธิบายว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความคาดหวังของบุคคลสำคัญร่วมกับแรงจูงใจ

ในการปฏิบัติตาม ระดับการคล้อยตามที่ต่ำอาจอธิบายได้จากอิทธิพลของบรรทัดฐานวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งลดความสำคัญของแรงกดดันทางสังคมต่อพฤติกรรมเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษา¹¹ ที่พบว่าปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และจากการศึกษา²³ ที่รายงานว่าปัจจัยทางสังคมและการเปิดรับข้อมูลมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมในนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ

1.4 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรม นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง สะท้อนความเชื่อมั่นในการหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้า แม้ยังรับรู้ว่ายังสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นการประเมินความสามารถของตนเอง ร่วมกับการข้อจำกัดหรือปัจจัยเอื้อจากสิ่งแวดล้อม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบ¹⁶ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สัมพันธ์กับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น และการศึกษาของสุรินทร์ กัญญาภัทร และสุภาณี¹¹ ที่รายงานว่า การควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตาม การที่กลุ่มตัวอย่างยังรับรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ อาจสะท้อนว่าปัจจัยแวดล้อมยังคงเอื้อต่อการเข้าถึง แม้ระดับการควบคุมตนเองจะสูง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของมาตรการเชิงสิ่งแวดล้อมควบคู่กับการเสริมสร้างทักษะการควบคุมตนเอง

1.5 ความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า

นักศึกษาพยาบาลมีความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับต่ำ สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่อธิบายว่า ความ

ตั้งใจขึ้นอยู่กับทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม โดยผลการศึกษานี้สะท้อนว่า ทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับต่ำ และความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จึงสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^{16,20} ที่ยืนยันว่า ทัศนคติ บรรทัดฐานทางสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า อย่างไรก็ตาม การที่ยังพบว่านักศึกษาร้อยละ 4.44 มีความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในระดับปานกลางถึงสูง สะท้อนว่า มีกลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์และการสื่อสารการตลาด ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษา⁵ ที่พบว่าการส่งเสริมบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เชิงบวกและแนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด ($r = .786$, $p < .01$) รองลงมาคือทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ($r = .629$, $p < .01$) สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่ระบุว่า ทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคมเป็นตัวกำหนดของความตั้งใจพฤติกรรม และสอดคล้องกับการศึกษา^{16, 24} ที่ยืนยันว่า บทบาทของปัจจัยทางสังคมและทัศนคติต่อความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า สะท้อนความสำคัญของการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่ไม่สนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าควบคู่กับการส่งเสริมทัศนคติเชิงลบต่อบุหรี่ไฟฟ้า

การมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การกดถูกใจ (Like) การแสดงความคิดเห็น (Comment) การแบ่งปัน (Share) และ

การติดตามบัญชีหรือเพจ (Follow) ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .493$, $p < .01$) ขณะที่การเปิดรับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = .215$, $p < .01$) สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁷ ที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบนสื่อสังคมออนไลน์ อาจสะท้อนระดับของการมีปฏิสัมพันธ์และการเชื่อมโยงกับเนื้อหาที่มากกว่าการเปิดรับเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา^{3,21} ที่พบว่า การมีส่วนร่วมกับเนื้อหาหาสูบบนสื่อสังคมออนไลน์ สัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาสูบในเยาวชน

ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ไม่พบความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.115$, $p = .150$) ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่ระบุว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจกระทำพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมค่อนข้างสูง และมีความแปรปรวนต่ำ ทำให้ตัวแปรไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของความตั้งใจได้อย่างชัดเจน

3. อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้า

ตัวแปรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ การเปิดรับและการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ ทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้ร้อยละ 69.30 สะท้อนว่า

กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT)¹⁷ มีประสิทธิภาพในการอธิบายความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²⁵ ที่พบว่า บทบาทของทัศนคติและอิทธิพลทางสังคมสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นตัวแปรพยากรณ์ความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่สำคัญที่สุด ($\beta = .610, p < .001$) รองลงมาคือทัศนคติต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ($\beta = .281, p < .001$) ขณะที่ตัวแปรการเปิดรับและการมีส่วนร่วมกับเนื้อหาบุหรี่ไฟฟ้าบนสื่อสังคมออนไลน์ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมไม่สามารถพยากรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ร่วมกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹ ที่อธิบายว่า ทัศนคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นองค์ประกอบสำคัญของความตั้งใจ และสอดคล้องกับการศึกษา^{24,26} ที่รายงานบทบาทของปัจจัยทางสังคมและทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา

แม้ปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์จะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แต่ไม่สามารถพยากรณ์ได้ใน

แบบจำลองการถดถอยพหุคูณ สะท้อนว่าอิทธิพลของสื่ออาจส่งผ่านปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคม มากกว่าส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviour: TPB)⁹

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติและนโยบาย

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรบูรณาการมาตรการป้องกันสองระดับควบคู่กัน ได้แก่ ระดับปัจเจกบุคคล โดยพัฒนากิจกรรมปรับทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และระดับกลุ่ม โดยการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่ไม่สนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้าผ่านกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

2. ด้านการวิจัย ควรดำเนินการศึกษา

ติดตามผลระยะยาว เพื่อตรวจสอบว่าความตั้งใจใช้บุหรี่ไฟฟ้าในช่วงปีแรกของการศึกษาอาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจริงในระยะต่อมาหรือไม่ นอกจากนี้ ควรศึกษาบทบาทของเนื้อหาแบบสั้น (เช่น TikTok, Reels) ซึ่งเป็นรูปแบบการบริโภคสื่อที่โดดเด่นในกลุ่มอายุนี้ รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาสาขาวิชาชีพสุขภาพต่างสาขา เพื่อทำความเข้าใจอิทธิพลของอัตลักษณ์ทางวิชาชีพกับปัจจัยเชิงจิตสังคม

Reference

1. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>.
2. Sirach Lapyai, Duangkamon Sritabutra. E-cigarettes evolution over the past 10 years: from the generation to the 5th generation or 'toy pod' and cartoon-based marketing strategy targeting younger smokers. J Public Health Sci Res. 2024;6(3):1-13. Thai.

3. Rutherford BN, Lim CCW, Cheng B, Sun T, Vu GT, Johnson B, et al. Viral vaping: A systematic review and meta-analysis of e-cigarette and tobacco-related social media content and its influence on youth behaviours and attitudes. *Addict Behav.* 2023; 147:107828.
4. Aly AS, Mamikutty R, Marhazlinda J. Association between harmful and addictive perceptions of e-cigarettes and e-cigarette use among adolescents and youth: a systematic review and meta-analysis. *Children (Basel).* 2022;9(11):1678.
5. Chacon L, Mitchell G, Golder S. The commercial promotion of electronic cigarettes on social media and its influence on positive perceptions of vaping and vaping behaviours in Anglophone countries: a scoping review. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(1): e0002736.
6. Amjad MA, Ocazonez Trujillo D, Estrada-Y-Martin RM, Cherian SV. E-cigarette or vaping product use-associated lung injury: a comprehensive review. *Int J Environ Res Public Health.* 2025;22(5):792.
7. National Statistical Office. The 2024 survey on smoking and drinking situation of population [Internet]. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2025 [cited 2026 May 18]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2026/20250401100215_56719.pdf. Thai.
8. Vassey J, Cho J, Vogel EA, Iyer T, Chen-Sankey J, Unger JB. E-cigarette and cannabis social media posts and adolescent substance use. *JAMA Netw Open.* 2025;8(6): e2517611.
9. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179-211.
10. Pramote Thangkratok, Ekkamon Chaimo, Paradorn Yingyoud , Winai Trainattawan. Prevalence of tobacco smoking among nursing students: a systematic review. *J Health Sci Th.* 2019;28(4):601-9. Thai.
11. Kalampakorn S, Setchoduk K, Senadisai S. Factors influencing e-cigarette use among nursing students in Thailand: a national survey. *Tob Induc Dis.* 2025;23(Suppl 1): A270.
12. Aldiabat K. Why is smoking behaviour among nursing students worldwide still prevalent? a literature-based reflective discussion. *J Public Health Emerg.* 2023; 7:3.
13. Sukanya Surangsee, Penphan Pitaksongkram, Kritsana Uraisripong, Jaruwan Supasri, Preedanant Prasitwet. Smoking behavior, nicotine dependence and second-hand smoke exposure among academic staff and students in Boromarajonani Colleges of Nursing under Praboromarajchanok Institute. *J Health Nurs Res.* 2025;41(1):182-93. Thai.
14. Kajan L, Puljak L, MatiĆ I, Marendić M, ZoraniĆ S, Ivanišević K, et al. Usage, knowledge and attitudes towards electronic cigarettes use among nursing students in Croatia: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2025;24(1):64.

15. Abano IB, Abala AC, Acera J, Burias NM, Cañete KT, Gabriel AA, et al. From smoke to mist: the lived experiences of nursing students who transitioned the use of traditional cigarettes to e-cigarettes. *Recoletos Multidiscip Res J*. 2025;13(1):93-113.
16. Motos-Sellés P, Cortés-Tomás MT, Giménez-Costa JA. Theory of planned behavior factors influencing e-cigarette use among adolescents: a systematic review. *Curr Addict Rep*. 2025;12(1):7.
17. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
18. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
19. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. Applied statistics for the behavioral sciences. 4th ed. Boston (MA): Houghton Mifflin; 1998.
20. Vichayanrat T, Chidchuangchai W, Karawekpanyawong R, Phienudomkitlert K, Chongcharoenjai N, Funkiat N. E-cigarette use, perceived risks, attitudes, opinions of e-cigarette policies, and associated factors among Thai university students. *Tob Induc Dis*. 2024 May 11:22. doi: 10.18332/tid/186536. eCollection 2024.
21. Vogel EA, Barrington-Trimis JL, Vassey J, Soto D, Unger JB. Young adults' exposure to and engagement with tobacco-related social media content and subsequent tobacco use. *Nicotine Tob Res*. 2024;26 Suppl 1: S3-12.
22. Jafari K, Joshaghani N, Wascher A, Gunturu S. Social media and e-cigarette use among adolescents and young adults: a systematic review of the role of influencers and platforms in promoting vaping culture. *Eur Psychiatry*. 2025;68 Suppl 1: S373.
23. Benjakul S, Nakju S, Termsirikulchai L. Use of e-cigarettes among public health students in Thailand: embedded mixed-methods design. *Tob Induc Dis*. 2022 Sep 7:20:78. doi: 10.18332/tid/152256. eCollection 2022.
24. Assari S, Mohammadi M, Pashmchi M, Aghaeimeybodi F, Pallera JA. I am my peers: how social ties influence e-cigarette attitudes, policy support, and use. *Open J Psychol*. 2025;5: 24-37.
25. Orapin Sutthisahat, Pornnapa Homsin, Rungrat Srisuriyawet. Factors associated with electronic cigarette use in university students. *J Th Nursing Midwifery Counc*. 2025;40(3):506-24. Thai.
26. Rocha-Ávila LR, Núñez-Baila MA, González-López JR. E-cigarette use among university students: a structured literature review of health risks, behavioural and social determinants, and nursing implications. *Healthcare*. 2025;13(17):2150.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเลิดสิน กระทรวงสาธารณสุข

ณัฐธินิชา พงษ์ภมร*	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย)
วันเพ็ญ แก้วปาน**	ส.ด (บริหารสาธารณสุข)
ลลิตา แก้ววิไล***	Ph.D. (Nursing)
ชวณ สาระข่าวคำ****	ปร.ด (การวัด ประเมิน และวิจัย)

(รับ: 26 พฤษภาคม 2569, แก้ไข: 22 มิถุนายน 2569, ตอรับ: 1 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น ภาวะหมดไฟ และความเครียด ทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ 242 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูล ด้วยแบบสอบถามออนไลน์ ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล; (2) แบบสอบถามสภาพการทำงาน; (3) แบบประเมินภาระงาน; (4) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล; และ (5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.69- 0.96 ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73-0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าไคว์-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ ด้านความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น ด้านภาวะหมดไฟ และด้านความเครียดทุติยภูมิฯ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.99, 50.01 และ 50.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น (χ^2 .215, r .190 และ r .189 $p < .05$ ตามลำดับ) อายุ รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟ (r -.194, r -.208 และ r -.241, $p < .05$ ตามลำดับ) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล การบริหารจัดการทางการพยาบาลฯ ภาวะผู้นำความสามารถและการสนับสนุนของผู้บริหาร ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร และความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานฯ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น (r .386, r .388, r .273, r .349, r .378 $p < .05$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟ (r -.217, r -.241, r .329, r -.221, r -.205, $p < .05$ ตามลำดับ) ชั่วโมงการทำงาน และภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหมดไฟ และความเครียดทุติยภูมิฯ (r .271, r .290, r .267, r .137, $p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Corresponding E-mail: natthanicha.pon@student.mahidol.ac.th

** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Factors related to the professional quality of work life of nurses at Lerdsin Hospital,
Ministry of Public Health.**

Natthanicha Pongpamon*	M.N.S. (Occupational Health Nurse Practitioner)
Wonpen Keawpan**.	Ph.D. (Public Health Administration)
Lalita Kaewwilali***	Ph.D. (Nursing)
Chawapon Sarnkhaowkhom****	Ph.D. (Educational Research, Evaluation, and Statistics)

(Received: May 26, 2026, Revised: June 22, 2026, Accepted: July 1, 2026)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to explore factors related to 3 aspects of professional quality of work life for the professional nurses: satisfaction of helping others, burnout, and secondary stress from experiences of suffering while helping others. The sample consisted of 242 professional nurses selected by stratified random sampling. Data were collected using an online questionnaire, consisted of (1) a personal information questionnaire; (2) a working conditions questionnaire; (3) a workload assessment form; (4) a nursing practice environment questionnaire; and (5) a professional quality of work life questionnaire. The content validity index ranged from 0.69-0.96, and the reliability index ranged from 0.73-0.91. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and Pearson correlation coefficients.

The results showed that professional quality of work life, particularly satisfaction in helping others, burnout, and secondary stress, was at a moderate level (49.99%, 50.01%, and 50.00%, respectively). Marital status, income, and length of service were positively correlated with satisfaction in helping others (χ^2 215, r .190, and r .189, $p < .05$, respectively). Age, income, and length of service were negatively correlated with burnout (r -.194, r -.208, and r -.241, $p < .05$, respectively). Participation in hospital operations, nursing management, leadership managerial competence and support, adequacy of staffing and resources, and coworker relationships were positively correlated with satisfaction in helping others (r .386, r .388, r .273, r .349, r .378, $p < .05$, respectively) and were negatively correlated with burnout (r -.217, r -.241, r .329, r -.221, r -.205, $p < .05$, respectively). Working hours and workload were positively correlated with burnout and secondary stress (r .271, r .290, r .267, r .137, $p < .05$, respectively).

Keywords: Professional work quality, Professional nurses, Nursing practice environment

* Student, Master of Nursing Science Program, Occupational Health Nursing Practice, Faculty of Public Health, Mahidol University Corresponding E-mail: natthanicha.pon@student.mahidol.ac.th

** Lecturer, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Lecturer, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Lecturer, Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการในระบบบริการสุขภาพพยาบาลวิชาชีพโดยเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากในสถานบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50 ของบุคลากรด้านสุขภาพทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจำนวนนี้จะเพิ่มขึ้นอีก 9 ล้านคน ภายในปี 2030¹ ลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานบริการให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ลักษณะงานบริการในการปฏิบัติการพยาบาลต้องเผชิญกับความเครียดและการะงวนสูง² ภายใต้สภาพแวดล้อมที่กดดันและความคาดหวังสูงจาก ทั้งผู้ป่วย ญาติ และองค์กรสุขภาพ ซึ่งกระทบต่อความพึงพอใจในวิชาชีพและมีผลทำให้พยาบาลมีแนวโน้มลาออกจากงานสูง² การจูงใจบุคลากรทางการพยาบาลให้ปฏิบัติงานในองค์กรอย่างต่อเนื่องจนถึงการสิ้นสุดสัญญาจ้างพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ องค์กรโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี โดยคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life: QWL) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ความผูกพันองค์กร และการคงอยู่ในวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นกำลังหลักของระบบบริการสุขภาพ จากลักษณะงานของวิชาชีพพยาบาลมีลักษณะงานที่การทำงานเป็นกะ ต้องเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดจากการสูญเสียของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนความขัดแย้งระหว่างบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรและนโยบายองค์กร ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตการทำงานและนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (burnout) ทำให้พยาบาลมีการลาออกจากงาน ส่งผลกระทบต่อปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระบบสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลจึงมีความสำคัญเพื่อให้ทราบถึงสภาพการณ์ของพยาบาล

ในบริบทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลของรัฐ เอกชน หรือสถานประกอบการ รวมถึงพยาบาลในกลุ่มวัยต่าง ๆ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในบทบาทเฉพาะทาง เพื่อนำผลไปพัฒนานโยบายการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สภาพแวดล้อมการทำงาน และกลยุทธ์การดูแลพยาบาลอย่างยั่งยืน อันจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความมั่นคงของระบบสุขภาพใน

การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลมีหลายแนวคิด ในปัจจุบันมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ (Professional Quality of Work life) โดยเป็นแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของแสดมม³ ซึ่งเป็นแนวคิดที่แตกต่างจากในอดีตโดยให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของผู้ให้บริการที่เน้นเชิงจิตวิทยา แนวคิดดังกล่าวระบุว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพเป็นความรู้สึกของบุคคลที่สัมพันธ์กับการทำงานที่ช่วยเหลือผู้อื่น มีทั้งความรู้สึกเชิงบวกและเชิงลบ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกเชิงบวกเป็นความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (Compassion Satisfaction) และความรู้สึกเชิงลบเป็นความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการเห็นใจผู้อื่น (Compassion Fatigue) โดยมีความรู้สึกอีก 2 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบแรกเป็นภาวะหมดไฟ (Burnout) ประกอบด้วยความรู้สึกอ่อนเพลีย ความคับข้องใจอารมณ์โกรธและเศร้าซึ่งทำให้ยากลากออก และองค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ ความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (Secondary traumatic Stress) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล (person environment) 2) สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ (client environment) และ 3) สิ่งแวดล้อมด้านการทำงาน (work environment) โดยสิ่งแวดล้อมด้าน

บุคคล หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการสิ่งต่างๆ ได้ด้วยความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ทั้งนี้จากการศึกษา⁴ พบว่า เพศหญิงจะมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย จะมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก และสาเหตุของความเครียดในการให้ความช่วยเหลือ จนเป็นเหตุให้ผู้ช่วยเหลืออาจเจ็บป่วยจากการทำงานได้

สำหรับสิ่งแวดล้อมด้านการทำงาน หมายถึง องค์กรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน ที่สนับสนุน หรือเป็นข้อจำกัดในการปฏิบัติงานทางการพยาบาลปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ ทั้งด้านบวก และด้านลบ ทั้งนี้งานวิจัยของ Seyed และคณะ⁵ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยกระบวนการทบทวนงานวิจัยคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลในประเทศตะวันตก และจากการทบทวนงานวิจัยสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของเลค⁶ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล 2) พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล 3) ความสามารถภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล 4) ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร และ 5) ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามประเภทของหน่วยงาน⁷ นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลยังรวมถึงสภาพการทำงาน เช่น ภาระงาน การทำงานเป็นกะและชั่วโมงการทำงาน

สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ หมายถึง ลักษณะความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ที่พยาบาลให้การดูแล ซึ่งครอบคลุมถึงระดับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการ ความร่วมมือในการ

รักษา พฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติ ความคาดหวังของผู้รับบริการ ตลอดจนจำนวนและความหนาแน่นของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา^{8,9} ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จากผู้รับบริการ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพทั้งด้านบวก และด้านลบของพยาบาลวิชาชีพ

สำหรับปัญหาความขาดแคลนของพยาบาลในประเทศไทย พบว่า มีสาเหตุหลายประการทั้งจากภาระงานที่มากเกินไป ค่าตอบแทนที่ไม่ยุติธรรม และความก้าวหน้าในวิชาชีพมีข้อจำกัด ซึ่งการลาออกของพยาบาลวิชาชีพส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนพยาบาลทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนและการลาออกของพยาบาลเป็นวิกฤตการณ์ที่สั่งสมมาอย่างยาวนาน สำหรับประเทศไทยพบอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19) ทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักเกินขีดจำกัด (Workload) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีความกดดันจากทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลให้พยาบาลลาออกถึงร้อยละ 48.86¹⁰ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาการสูญเสียบุคลากรก่อนเวลาอันควร โดยพบว่าอายุการทำงานของพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 22.5 ปี¹⁰ และส่งผลต่อประสิทธิภาพองค์กรในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะคุณภาพบริการของการพยาบาลในโรงพยาบาล รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 609 เตียง ให้บริการผู้ป่วยนอก 13 แผนก และผู้ป่วยใน 24 แผนก มีบุคลากรทั้งหมด 1,803 คน โดยมีอัตรากำลังทางการพยาบาลรวม 931 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 596 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ของกำลังคนทางการพยาบาลทั้งหมด¹¹ ปัจจุบันพบว่า

บุคลากรทางการพยาบาลมีอัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอโดยโรงพยาบาลผลิตสินมีบุคลากรพยาบาลเท่ากับร้อยละ 74.43 เมื่อเทียบมาตรฐาน (Full Time Equivalent: FTE) ซึ่งกำหนดไว้ร้อยละ 80 ซึ่งถือว่าอัตรากำลังพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ขณะที่จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยวันละ 2,747 รายต่อวัน โดยเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 2,345 รายต่อวันส่งผลให้มีอัตราการครองเตียงสูงขึ้นถึงร้อยละ 115.2 และพบว่าเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2566 มีพยาบาลลาออก 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.28 และปี 2567 มีพยาบาลลาออก 18 คน คิดเป็น ร้อยละ 28.57 ของพยาบาลทั้งหมดตามลำดับ¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพในบริบทของโรงพยาบาลผลิตสินที่มีบริบทเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลโดยรวมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลผลิตสินยังไม่มีการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลในบริบทดังกล่าวโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทั้ง 3 ปัจจัยกับคุณภาพชีวิตการทำงานตามแนวคิดของสแตมม์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเสนอผู้บริหารที่เกี่ยวข้องในองค์กรเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาและกำหนดแนวทางรวมทั้งจัดทำโปรแกรมการพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

วิชาชีพต่อไป

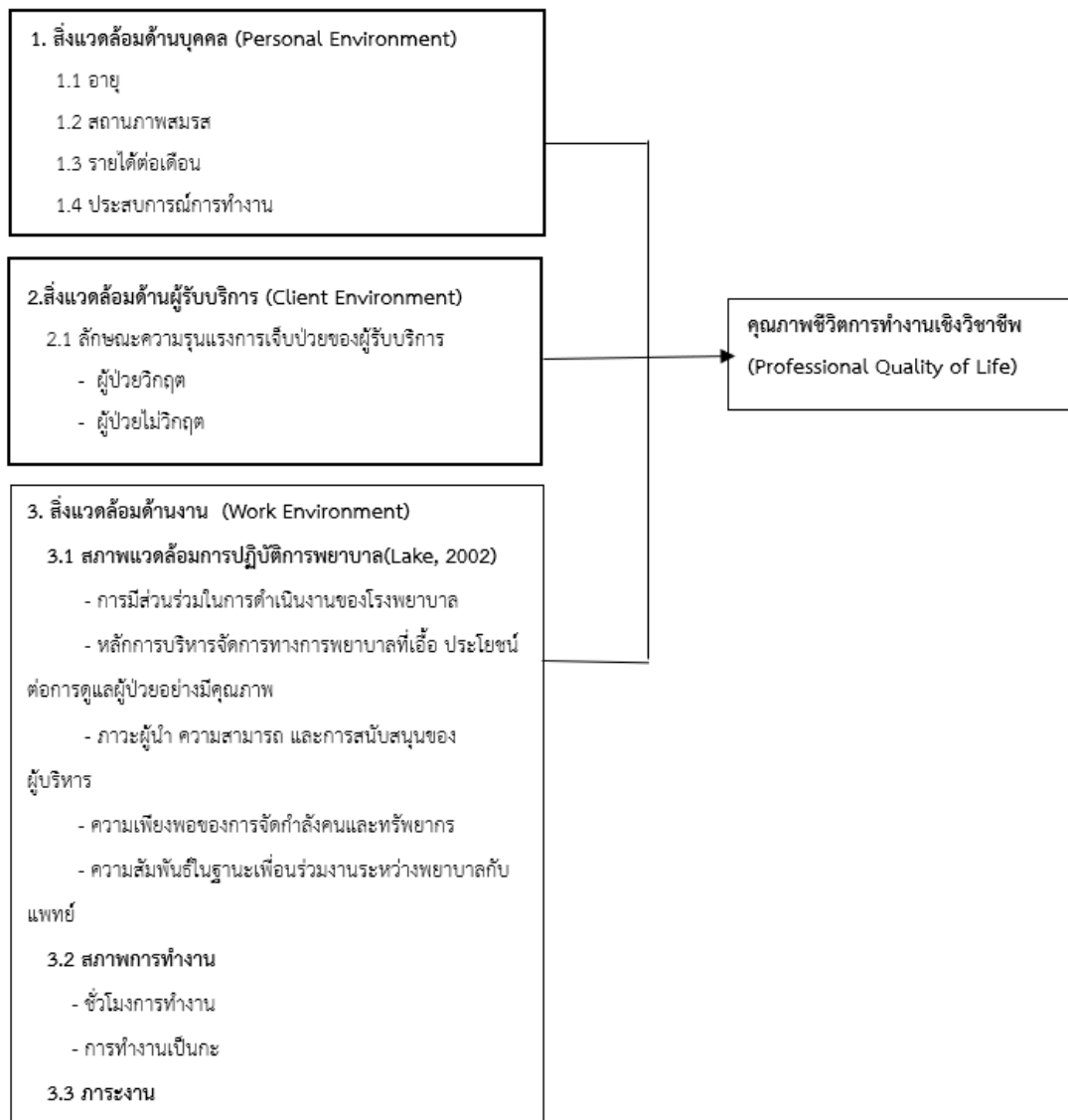
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลผลิตสิน

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ และสิ่งแวดล้อมด้านงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ ด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) ด้านภาวะหมดไฟ(BO) และด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลผลิตสิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ (Professional Quality of Life: ProQOL) ซึ่งสะท้อนความสุข ความพึงพอใจ และสมดุลทางจิตใจของบุคลากรทางด้านการพยาบาลในขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของสแตมม์³ เป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล (Personal Environment) 2) สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ (Client Environment) และ 3) สิ่งแวดล้อมด้านงาน (Work Environment) เพื่อกำหนดกรอบการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study) ประชากรในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน สังกัดกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 596 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) สำหรับการถดถอยพหุคูณ¹³ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ α เท่ากับ .05 อำนาจการ

ทดสอบ .95 และขนาดอิทธิพลปานกลาง ($R^2=.13$) ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 216 คน ป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมรวมเป็น 242 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จำแนกผู้ป่วยตามลักษณะความรุนแรงของผู้ป่วย และ การทำงานแบบกะ จำแนกเป็นหอผู้ป่วยวิกฤต 71 คน แบ่งเป็นปฏิบัติเป็นกะ 63 คน และปฏิบัติงานเช้า 8 คน สำหรับหอผู้ป่วยไม่วิกฤต

วารสารกองการพยาบาล

411 คน แบ่งเป็นปฏิบัติเป็นกะ 342 คน และปฏิบัติงานเช้า 69 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากตามรายชื่อพยาบาลวิชาชีพแบบไม่ใส่คืน เลือกพยาบาลตามสัดส่วนของจำนวนพยาบาลแต่ละหน่วยจำนวน 9 หน่วยงาน ในสัดส่วน 1:2 กล่าวคือ กุมารเวชกรรม 15 คน อายุรกรรม 38 คน ศัลยกรรม 31 คน วิสัญญี 36 คน ออร์โธปิดิก 24 คน สูติ-นรีเวช 15 คน หอพิเศษ 29 คน ห้องผ่าตัด 36 คน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 18 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 242 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลิดสิน กระทรวงสาธารณสุขในรอบปีงบประมาณ 2567 2) มีอายุงานมากกว่า 6 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน เข้าใจภาษาไทยได้อย่างดี 4) มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาล และ 5) สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการร่วมการศึกษาวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) ไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือถอนตัวระหว่างการศึกษาศึกษา 2) อยู่ในระหว่างการลา ยาว เช่น ลาคคลอด ลาป่วย และ 3) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแบบไม่เต็มเวลา (part-time) หรือชั่วคราว (temporary employment)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความ 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือนและประสบการณ์การทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมด้านงาน ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสภาพการทำงานเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ 7 ข้อ ประกอบด้วยรูปแบบในการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน แผนก

ที่ปฏิบัติงาน และลักษณะความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

2) แบบประเมินภาระงาน NASA Task Load Index (NASA-TLX)¹⁴ ซึ่งแปลมาจากการงานนาซ่า-ทีแอลเอ็กซ์ NASA-TASK LOAD INDEX (NASA-TLX) พัฒนาโดย Human Performance Group ขององค์การบริหารการบินและอวกาศแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (NASA/National Aeronautics and Space Administration) (NASA. NASA TLX: ดัชนีภาระงานมี 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านจิตใจ (Mental Demand) 2) ความต้องการด้านร่างกาย (Physical Demand) 3) ความต้องการด้านเวลา (Temporal Demand) 4) ด้านผลสำเร็จของงาน (Performance) 5) ด้านความพยายาม (Effort) 6) ความคับข้องใจ (Frustration) การให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 5=สูงมาก คะแนน 4=สูง คะแนน 3=ปานกลาง คะแนน 2=ต่ำ คะแนน 1=ต่ำมาก แปลผลโดยการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.8 แบ่งระดับตามค่าคะแนน ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับสูง และค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

3) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล (PES-NWI) ใช้แนวคิดของเลค⁶ มีจำนวนคำถาม 31 ข้อ มี 5 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ภาวะผู้นำความสามารถ และการสนับสนุนของผู้บริหาร ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร และความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์ โดยคำถามแต่ละข้อให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating

scale) 5 ระดับ¹⁵ คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยและคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 4.21–5.00 หมายถึง สภาพแวดล้อมการทำงานอยู่ในระดับสูงมาก คะแนน 3.41–4.20 หมายถึง อยู่ในระดับสูง คะแนน 2.61–3.40 หมายถึง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 1.81–2.60 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย และคะแนน 1.00–1.80 หมายถึง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยใช้แบบวัด Professional Quality of Life

(PROQOL) version V3¹⁶ มี 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น 10 ข้อ ภาวะหมดไฟ 10 ข้อ และความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในการช่วยเหลือผู้อื่น 10 ข้อ ให้คะแนนเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน การแปลผล โดยใช้คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนคน ในแต่ละกลุ่มแล้วนำมาปรับฐานเป็น Z-score และ T-score การแปลผล นำคะแนนที่ได้แต่ละองค์ประกอบ มาเทียบเกณฑ์กับ Professional Quality of Life (Pro-QOL) version V ดังนี้

องค์ประกอบ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS)	≤ 44	45 - 56	≥ 57
ด้านภาวะหมดไฟ (BO)	≤ 43	44 - 55	≥ 56
ด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในการช่วยเหลือผู้อื่น (STS)	≤ 42	43 - 55	≥ 56

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.86 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สิ่งแวดล้อมด้านงาน มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 สภาพการทำงาน เท่ากับ 0.84 ภาระงาน เท่ากับ 0.85 สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 0.69

ด้านคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพโดยรวม เท่ากับ 0.96 และนำด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมาปรับปรุงข้อคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง^{16,17} และค่าหลังการปรับปรุงเท่ากับ 0.85 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ (0.80)^{9,16} ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้ (tryout) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเป็นกะหมุนเวียน ในโรงพยาบาลเลิดสิน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านสิ่งแวดล้อมด้านงาน เท่ากับ 0.78 สภาพการทำงานเท่ากับ 0.91 ภาระงานเท่ากับ 0.82 สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 0.74 ด้านคุณภาพชีวิตเชิงวิชาชีพ

วารสารกองการพยาบาล

โดยรวมเท่ากับ 0.74 ด้านความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) เท่ากับ 0.75 ค่าความเที่ยงด้านภาวะหมดไฟ (BO) เท่ากับ 0.73 ด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) เท่ากับ 0.84 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพที่ยอมรับได้ (มีค่ามากกว่า 0.70) ¹⁸

การพิทักษ์สิทธิ

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.No.MUPH 2025-158 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน 2568

การเก็บข้อมูล

1. แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่าน Google Form โดยผู้วิจัยแนบเอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสารแสดงความยินยอม และแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วยภายใน 2 สัปดาห์ (กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2569) ได้รับกลับคืนครบ 242 ฉบับ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ให้คะแนนลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ แสดงผลเป็นค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรสและปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านลักษณะผู้บริการ ได้แก่ ลักษณะความรุนแรงของผู้รับบริการ กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ ด้วยสถิติไคร์-สแควร์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.04 อายุเฉลี่ย 31.27 ปี (S.D. = 8.50) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 79.75 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 15,000-20,000 บาท ร้อยละ 25.21 และมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 8.18 ปี (S.D. = 8.52) ด้านสิ่งแวดล้อมการทำงาน พยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในระบบเช้ากะ ร้อยละ 94.21 มีชั่วโมงทำงานเฉลี่ย 8-16 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 94.21 และทำงานมากกว่า 6 วันต่อสัปดาห์

2. คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.99 ด้านภาวะหมดไฟ (BO) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.01 และด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน (n=242)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ	
	T-Score	ระดับ
ความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (CS)	49.99	ปานกลาง
ภาวะหมดไฟ (BO)	50.01	ปานกลาง

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ	
	T-Score	ระดับ
ความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS)	50.00	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการและสิ่งแวดล้อมด้านงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเลิดสินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญโรงพยาบาลเลิดสินทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.190$, $p\text{-value}=.003$, $r=.189$, $p\text{-value}=.003$ ตามลำดับ) อายุ รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสินมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.194$, $p\text{-value}=.002$, $r=-.208$ $p\text{-value}=.001$, ($r=-.241$, $p\text{-value}=<.001$ ตามลำดับ) และพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดทุติยภูมิจาก

ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า สถานภาพสมรส ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเลิดสินมีความสัมพันธ์กับด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2=.215$, $p\text{-value}=.004$) สิ่งแวดล้อมด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านภาวะหมดไฟ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน (n=242)

สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ					
	CS		BO		STS	
	r	p-value	r	P-value	r	p-value
- อายุ	.123	.056	-.194	.002*	-.072	.264
- รายได้	.190	.003*	-.208	.001*	-.077	.234
-ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	.189	.003*	-.241	<.001*	-.053	.409
	χ^2 (df)	p-value	χ^2 (df)	P-value	χ^2 (df)	p-value
-สถานภาพสมรส	.215(2)	.004*	-.142(2)	.073	-.001(2)	.189

*p-value< 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.386$ $p\text{-value}<0.001$, $r=.388$ $p\text{-value}<0.001$, $r=.273$, $p\text{-value}<0.001$, $r=.349$, $p\text{-value}<0.001$, $r=.378$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับด้านภาวะหมดไฟ (BO) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.217$ $p\text{-value}<0.001$, $r=-.241$ $p\text{-value}<0.001$,

$r=.329$ $p\text{-value}<0.001$, $r=-.221$ $p\text{-value}<0.001$, $r=-.205$, $p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ และชั่วโมงการทำงาน ภาระงานมี ความสัมพันธ์กับด้านภาวะหมดไฟ (BO) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.27$, $p\text{-value}<0.001$, $r=.29$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ภาระงานและชั่วโมงการทำงานมีความสัมพันธ์กับด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.26$, $p\text{-value}<0.001$, $r=.137$, $p\text{-value}=0.033$) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านงาน ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน ($n=242$)

สิ่งแวดล้อมด้านงาน	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ					
	CS		BO		STS	
	r	p-value	r	P-value	r	p-value
1. สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล						
- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล	.386	<.001	-.217	<.001	.009	.163
- หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้อประโยชน์ต่อการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ	.388	<.001	-.241	<.001	.017	.793
- ภาวะผู้นำ ความสามารถ และการสนับสนุนของผู้บริหาร	.273	<.001	-.205	.001	.082	.201
- ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร	.349	<.001	-.329	<.001	.065	.313
- ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์	.378	<.001	-.221	<.001	.004	.949
2. สภาพการทำงาน						
- จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ย (ชั่วโมง)	-.093	.149	.271	<.001	.137	.033

สิ่งแวดล้อมด้านงาน	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ					
	CS		BO		STS	
	r	p-value	r	P-value	r	p-value
- การทำงานกะ	.095	.141	-.076	.239	.049	.450
- ภาระงาน	.060	.354	.290	<.001	.267	<.001

ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) ด้านภาวะหมดไฟ (BO) และด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ ต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสิน (n=242)

สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการ	คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ					
	CS		BO		STS	
	χ^2 (df)	p-value	χ^2 (df)	p-value	χ^2 (df)	p-value
- ลักษณะความรุนแรงการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ	-.131(2)	.161	.093(2)	.129	-.092(2)	.354

p-value > .05

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตในด้านการทำงานเกี่ยวกับความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย^{19,20} ที่ระบุว่าพยาบาลที่มีลักษณะงานช่วยเหลือผู้อื่นในบริบทใกล้เคียง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และครู มีความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีทัศนคติบวกในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันภาวะหมดไฟ (BO) ก็อยู่ในระดับปานกลางพบว่ามีความเข้มข้นปานกลางโดยมีค่าคะแนนมาตรฐานเฉลี่ย ร้อยละ 50.01 เท่ากับการศึกษาของ สแตมม³ ที่พบว่าคะแนนระดับปานกลางกำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาล

ที่โรงพยาบาลเลิดสินมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยคุกคามทางอาชีพอนามัยและปัจจัยกระตุ้นเชิงระบบ เช่น จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ไม่เพียงพอ ภาระงานที่หนักเกินขีดความสามารถ ตลอดจนชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนานในแต่ละผลัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา²¹ ที่พบว่าการทำงานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะหมดไฟ และด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย²² ที่ระบุว่า บริบทของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ พยาบาล

วิชาชีพมีกลไกทางอารมณ์ที่ไวต่อความทุกข์ทรมาน และจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยในสภาวะวิกฤต ซึ่งหากขาดการบริหารจัดการความเครียดที่เหมาะสม ความเครียดทางพฤติกรรมดังกล่าวอาจสะสมและส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) หรือความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้ในท้ายที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมด้านงาน สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลผลิต

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาล ส่วนด้านภาวะหมดไฟ (BO) มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.190$ p-value $=.003$, $r=.189$ p-value $=.003$) ตามลำดับ และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านความเครียดพฤติกรรมจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS)

สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลโดยสถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลที่มีความมั่นคงในมิติต่างๆ ของชีวิต ทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและ

อารมณ์จากการสนับสนุนของครอบครัว การมีรายได้ที่เพียงพอทำให้มีฐานะทางเศรษฐกิจ ที่เหมาะสม ตลอดจนการมีชั่วโมงการทำงานหรือประสบการณ์การทำงานจนเกิดความคุ้นชินกับระบบงาน ส่งผลให้บุคลากรเหล่านั้นยังคงสามารถปฏิบัติงานการพยาบาลและมีความสุขจากการได้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพในขณะเดียวกัน พบว่าสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับด้านภาวะหมดไฟ โดยพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน (BO) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่า เมื่อทำงานนานมากมีอายุเพิ่มขึ้น พยาบาลมีการปรับตัวและกลไกการเผชิญความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากกว่า ทำให้สามารถจัดระบบงานและไม่เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ได้ง่าย แตกต่างจากกลุ่มพยาบาลจบใหม่ที่นอกจากจะต้องปรับตัวกับระบบและการทำงานที่กดดันแล้ว ยังอาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านรายได้ที่ยังไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟได้ง่ายกว่ากลุ่มที่สูงอายุอย่างชัดเจน

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) และ ด้านภาวะหมดไฟ (BO) รวมทั้ง ด้านความเครียดพฤติกรรมจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) อธิบายว่าสิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพทั้งในด้านความพึงพอใจในการเห็นใจผู้อื่น (CS) ด้านภาวะหมดไฟ (BO) และด้านความเครียดพฤติกรรมจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) สะท้อนให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาล

อาจถูกหล่อหลอมและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่มีความสำคัญมากกว่า เช่น ปัจจัยภายในตัวบุคคล จริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตลอดจนปัจจัยด้านการบริหารจัดการองค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน และระบบสนับสนุนทางสังคม มากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับลักษณะหรือพฤติกรรมของผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว

3. ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมด้านงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพ พบว่าสิ่งแวดล้อมด้านงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับคุณภาพชีวิตการทำงาน

3.1 ด้านความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการทำงานแบบกะมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการทำงานด้านความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น อธิบายว่า สภาพแวดล้อมที่ดีทำให้พยาบาลมีความสุข ความพอใจในการทำงาน ส่วนการทำงานแบบกะส่งผลต่อความสุขและความพอใจในการทำงาน โดยการทำงานกะจะทำให้พยาบาลรู้สึกเหนื่อยล้า มีผลต่อสุขภาพจิตจิตใจ ทำให้การปฏิบัติงานมีความพอใจลดลง

3.2 ภาวะหมดไฟ (BO) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.217$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = -.241$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = -.329$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = -.221$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = -.205$, $p\text{-value} = 0.001$) ตามลำดับ พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยและภาระงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .271$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = .290$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ

3.3 ด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น

(STS) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านงาน ได้แก่ ด้านภาระงานและชั่วโมงการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .267$ $p\text{-value} < .001$, $r = .137$, $p\text{-value} = 0.033$) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของเฮอร์ซเบิร์ก²³ ที่ระบุว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานและระบบการบริหารจัดการ หากไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจและความตึงเครียดในการปฏิบัติงาน ดังนั้นสิ่งแวดล้อมด้านงานที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพด้านภาวะหมดไฟ (BO) และด้านความเครียดทุติยภูมิจากประสบการณ์ความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษา²⁴ ที่พบว่าการปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและกระบวนการทำงานที่ไม่เอื้อต่อประสิทธิภาพ ส่งผลให้พยาบาลมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และรับรู้คุณภาพชีวิตการทำงานลดลง ผลการศึกษา พบว่า จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อวัน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 การปฏิบัติงานในระยะเวลาที่ยาวนานหรือการทำงานเป็นกะต่อเนื่องส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟ (BO) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพยาบาลและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา²² ที่รายงานว่าการทำงานมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ (Burnout) และระดับความพึงพอใจในงานที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของสแตมม³ ที่ระบุว่า สิ่งแวดล้อมด้านผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับด้านความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) ด้านภาวะหมดไฟ (BO) และด้านความเครียดทุติยภูมิจาก

ประสบการณ์ความทุกข์ทรมานในการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) สอดคล้องกับการศึกษา²⁵ ในกลุ่มพยาบาลปฏิบัติการในลัตเวีย พบว่า ปริมาณงานแตกต่างกันทำให้มีผลต่อภาวะหมดไฟ (BO) และความเครียดทุติยภูมิจากความทุกข์ทรมานในการช่วยเหลือผู้อื่น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

คุณภาพชีวิตการทำงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเลดลินในด้านด้านความพึงพอใจจากการช่วยเหลือผู้อื่น (CS) ด้านภาวะหมดไฟ (BO) และด้านความเครียดทุติยภูมิจากความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น (STS) อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน และพบว่า ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น และภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการมีความสัมพันธ์กับความเครียดทุติยภูมิจากความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่น สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในการช่วยเหลือผู้อื่น และเชิงลบกับภาวะหมดไฟ นอกจากนี้ ชั่วโมงการทำงาน การทำงานกะ และภาระงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการ

ทำงานเชิงวิชาชีพด้านภาวะหมดไฟ และความเครียดทุติยภูมิจากความทุกข์ทรมานจากการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผู้บริหารควรทบทวนนโยบายค่าตอบแทนและจัดสรรอัตรากำลังพยาบาลให้เพียงพอต่อภาระงานจริงเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะในหน่วยงานวิกฤต ควบคู่กับการจัดการภาระงานที่โปร่งใสรวมถึงจัดตั้งระบบสนับสนุนทางจิตใจเพื่อลดผลกระทบจากความเครียดทุติยภูมิในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรส่งเสริมความสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพระหว่างพยาบาลและแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการสร้างความพึงพอใจในงาน พร้อมทั้งสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดกว้างโดยเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมตัดสินใจและกำหนดนโยบายการบริหารหน่วยงานอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ และขยายพื้นที่การวิจัยให้ครอบคลุมทุกภาค เพื่อเป็นการสะท้อนภาพรวมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดโปรแกรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานแก่พยาบาลวิชาชีพต่อไป

Reference

1. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020.
2. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol. 1996;81(2):123-33.
3. Stamm BH. The concise ProQOL manual. 2nd ed. Pocatello: ProQOL.org; 2010.
4. Rosse JG, Boss RW, Johnson AE, Crown DF. Conceptualizing the role of self-esteem in the burnout process. Group Organ Manag. 1991;16(4):428-51.

5. Seyed MH, Zohre K, Isa M. Quality of work life of nurses and its related factors. *J Nurs Manag.* 2010;18(8):1001-10.
6. Lake ET. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Res Nurs Health.* 2002;25(3):176-88.
7. Nursing Department, Lerdsin Hospital. Report on Personnel Statistics and Service Data. Bangkok: Lerdsin Hospital, Department of Medical Services; 2024. Thai.
8. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
9. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 1986;35(6):382-5.
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Thailand Nursing and Midwifery Council regarding the policy on nurse working hours for patient safety. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council, Ministry of Public Health; 2017. Thai.
11. Nursing Department, Lerdsin Hospital. Nursing Staffing Report. Bangkok: Lerdsin Hospital, Department of Medical Services; 2024. Thai.
12. Nursing Department, Lerdsin Hospital. Report on Registered Nurse Resignation Statistics, Fiscal Years 2023–2024. Bangkok: Lerdsin Hospital, Department of Medical Services; 2024. Thai.
13. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods.* 2009;41(4):1149-60.
14. Hart SG, Staveland LE. Development of NASA-TLX (Task Load Index): results of empirical and theoretical research. In: Hancock PA, Meshkati N, editors. *Human mental workload.* Amsterdam: North Holland Press; 1988. p. 139-83.
15. Likert R. *New patterns of management.* New York: McGraw-Hill; 1961.
16. Wanpen Kaewpan, Phusita Intaraprasong, Surintorn Kalampakorn, Apaporn Phaowattana. *Work Situation and Well-being of Thai Nursing Faculty Members.* Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University; 2012. Thai.
17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health.* 2006;29(5):489-97.
18. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research.* 4th ed. New York: Springer Publishing; 2010.
19. Alonazi O, Alshowkan A, Shdaifat E. Professional quality of work life among psychiatric nurses. *J Psychiatr Nurs.* 2023;14(1):45-53.
20. Sibuea ZM, Sulastiana M, Fitriana E. Factors affecting professional quality of work life in nurses: a systematic review. *J Nurs Res.* 2024;32(1):e289.

21. Leone C, Ferrari R, Balducci C. Long working hours and health in nursing staff: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9998. doi:10.3390/ijerph19169998
22. Ortega-Campos E, Vargas-Roman K, Velando-Soriano A, Suleiman-Martos N, Cano-Rodriguez I, Membrive-Jimenez MJ, et al. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Sustainability*. 2020;12(1):72. doi:10.3390/su12010072.
23. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New York: John Wiley & Sons; 1959.
24. Patcharin Nintachan, et al. Quality of Work Life of Professional Nurses in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020;38(1):215-24. Thai.
25. Circenis K. Application of the professional quality of life scale for nurses in Latvia. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013;84:1586-90.



วารสารกองการพยาบาล

กองบรรณาธิการวารสารกองการพยาบาล

อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกกรมการแพทย์ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-6264, 0-2590-6291 โทรสาร 0-2590-6295, 0-2591-8268

Website <http://www.nursing.go.th>