วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568 Vol.26 No.3 September - December 2025

http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลที่ท้าทาย — จุฑามาศ อารีรมย์
- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง — สดสวย ทองมหา ประภาพร จงใจภักดี
- ระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ — จารุภัณฑ์ กุลเสถียร ศรัณยา พิมลเกตุกุล ณัฐวัตร วงค์จันทร์
- ความท้าทายและโอกาส: พยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ — วัลภา อรัญนะภูมิ จุฬาพร ยาพรม พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ
- บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย — นันทวัฒน์ ภิญโญ
- กลยุทธ์ผู้นำการพยาบาลยุคใหม่เพื่อความเป็นสากล — ขัตติยาพร คนเที่ยง วัลลภา ทรงพระคุณ อัชฌา วารีย์
- การประยุกต์ใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลจิตเวช เทคนิค และกรณีศึกษา — ภาสินี โทอินทร์ พัฒนี ศรีโอษฐ์
- บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล — จุฬาลักษณ์ ใจแปง มลธิรา อุดชุมพิสัย ณัฏฐ์ธษา ตันติทวีวัฒน์

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา — มาดียะห์ มะเก็ง กมลวรรณ สุวรรณจิฬาวัจน์ เลิกนอก
- ผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล — จารุวรรณ สนองญาติ ยุคนธ์ เมืองช้าง ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ อุษณียาภรณ์ จันทรอดิศา พานิช
- ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด — หงส์เหม แพร่ศิริพุฒิพงศ์ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ สุพร ดนัยดุษฎีกุล ยงค์ รงค์รุ่งเรือง
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอยะหา จังหวัดยะลา — แวสะการียา แวโดยี กมลวรรณ สุวรรณ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี — นิภาวรรณ ศรีโยหะ รุ่งทิวา เสาวนีย์
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ — รพีพรรณ สารสมัคร เปรมฤดี เห็มหา ยุพาวดี แซ่เตีย
- อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข — พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ วราภรณ์ คำทับทิม สันติ ศรีสวนแตง
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ — ศิริขวัญ อัครทวีทอง นุชรัตน์ มังคละคีรี เดชา ทำดี
- ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง — ประวาลปัทม์ ปัญญาสุพัฒน์ ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
- ผลของการโค้ชออนไลน์โดยใช้ชาเทียร์โมเดลต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในมารดาเด็กสมาธิสั้น — สุพรรณี ศิริอาภาวิวัฒน์ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ จุฑามาศ แหนจอน
- ผลการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน — ทัศนียา ไกรสรสวัสดิ์ อารี ชีวเกษมสุข กชกร เจตินัย
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง — กาญจนา จันทร์ปัญญา พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ
- ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร — ธวัชวงศ์ ลิ้มทองสิทธิคุณ ชานโทช โมฮานัน
- ผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ณ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ — ชุติมาพร ธรรมบุตร กิตติภูมิ ภิญโย
- การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน — อนุสรณ์ อุระ อารี ชีวเกษมสุข กชกร เจตินัย
- การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน — พิพัฒนานนท์ ทารี อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ อารีย์วรรณ อ่วมตานี

- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร — ยุพารัตน์ กำจำปา ณัฐพร นิจธรรมสกุล เจนจิรา แก่นท้าว วิษณุ เมืองบาล
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — โชติรส จันทร์สมบัติ นฤมล เอื้อมณีกูล สุนีย์ ละกำปั่น
- ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน — วนาลี คินธร สุทธินันท์ สุบินดี
- ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 — อรวรรณ ประภาศิลป์ พรรณิภา บุญเทียร
- การประเมินความต้องการจำเป็นต่อการพัฒนาแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับนักศึกษาวิสัญญีพยาบาล — ปาริชาต อภิเดชากุล ณพิชญกานต์ พันธนันท์โภคิณ นิชาอร รัตนกุล พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด — จีรวัฒน์ เขียววิจิตร สุพิศ ศิริรุณรัตน์ ศิริวรรณ แสงอินทร์
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล: การศึกษาย้อนหลัง — ชานนท์ ขนานใต้ แพรพลอย สันดี เสาวนีย์ บำรุงวงษ์ บวรลักษณ์ ทองทวี
- การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก — ศศิธร คำมี วรรณ์วิภาร์ ใจกล้า ปิยธรณ์ เร่งเร็ว ฉัตรสุดา มาทา วิไลวรรณ กลิ่นถาวร
- การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล — สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์ จริญญา ชาวจันทึก จันทิมา บ่าพิมาย กฤตธีรา จิตรลม รวีพร ข้อนอก
- ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 — ขนิษฐา เจริญนพกิจ
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ — อัสณีย์ พงค์ษา
- การศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม — ธนนัฐ ภูมินา นิศาชล บุบผา
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน — สมพร ชินโนรส อังคนา จงเจริญ ปริม ศิลปรัตนาภรณ์
- การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ — สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล นงนุช บุญมาลา วรนุช ไชยวาน
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี — สุรทัศน์ ยอดมณี มิ่งขวัญ ศิริโชติ สุนารี ทะนี๊ะเป็ก สุรเดช สำราญจิตต์
- สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ — เจษฎากร หีบแก้ว นครินทร์ ประสิทธิ์ ศุภชัย ยาณะเรือง
- ความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม — ซ่ง ลิน จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช วราวรรณ อุดมความสุข
- การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา — อารีรัตน์ ลีลัครานนท์ จุฑามาศ แหนจอน วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม — พิมพ์วิภา ศรีชมภู พวงผกา คงวัฒนานนท์ จีราภรณ์ กรรมบุตร
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล — ภาสินี โทอินทร์ สิริอร ข้อยุ่น พัฒนี ศรีโอษฐ์ เบญจวรรณ กิจควรดี
- ปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์: การวิจัยเชิงคุณภาพ — ขจี พงศธรวิบูลย์ นิรมนต์ เหลาสุภาพ สุริศาฐ์ พานทองชัย บุญทิวา สู่วิทย์ จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฏ์
- ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — อังคณา คงโพธิ์น้อย สุพัตรา บัวที อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
- ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ — จุฑารัตน์ จันทร์มณี ปริศนา อัครธนพล กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
- ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต — นันทกร ปราโมทย์ นรลักขณ์ เอื้อกิจ
- ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงเป็นโรคประจำถิ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี — ศราวุธ เรืองสวัสดิ์ ธนิดา ทีปะปาล
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ — ณภัทรชนม์ มีสุขมาก ละอองดาว วรรณฤทธิ์ กมลภู ถนอมสัตย์
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี — พรอุมา ราศรี พิมพ์ใจ มากสกุล
- ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร — จารุวรรณ ไทยบัณฑิต วราพรรณ วงษ์จันทร์ กรุณา นนทรักส์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและ กล้ามเนื้อ — ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ ณยฎา ธนกิจธรรมกุล
- ประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน — รุจิรัตน์ มณีศรี ณัฐนันท์ วรสุข นวลใย พิศชาติ

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568 Vol. 26 No.3 September - December 2025

http://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN ISSN 2985-1041 (Online)

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI, สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความแบบ double-blinded

วารสารพยาบาลทหารบก มีวัตถุประสงค์ (Aims) :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยีสมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพทั้งในและนอกสมาคมพยาบาลทหารบก
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ
5. เพื่อรายงานการดำเนินงานของสมาคมพยาบาลทหารบก

ขอบเขต (Scope) :

สาระในวารสารพยาบาลทหารบก บทความวิชาการ บทความวิจัย บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาดังกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออกวารสารพยาบาลทหารบก ราย 4 เดือน กำหนดออกวารสารปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน 317/6 สมาคมพยาบาลทหารบก ถ.ราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ (10400), http://www.nurseasct.or.th

พิมพ์ที่: บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด
เลขที่ 24/6-7 หมู่ 7 ต.คลองข่อย อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-926-1261-2 สายด่วน 081-817-0901 แฟ็กซ์. 02-926-1263
E-mail : sale@thaiphumpublishing.com www.thaiphumpublishing.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลทหารบก วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2568 ISSN 2985-1041(Online) ท่านสามารถปริ้นได้ทุกหน้า บทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีเนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายและได้รับการพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) วารสารพยาบาลทหารบก เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 1 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Health Sciences) ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 มีข้อความดังนี้

“บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ประกาศผลการประเมินคุณภาพวารสารในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 โดยสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ ของศูนย์ TCI (http://tci-thailand.org) ซึ่งวารสารพยาบาลทหารบกได้รับการรับรองเป็น วารสารกลุ่มที่ 1 และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐาน TCI ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572”

บทความวิชาการ ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช : บทบาทพยาบาลที่ท้าทาย บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ความท้าทายและโอกาส: พยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลยุทธ์ผู้นำการพยาบาลยุคใหม่เพื่อความเป็นสากล การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาล เทคนิค และกรณีศึกษา บทบาทพยาบาลกับการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

บทความวิจัย ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงเบาหวาน อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม: กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่ออัตราการกรองของไต (eGFR)ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง ผลของการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลต่อการกำกับอารมณ์ทางการคิดในมารดาเด็กสมาธิสั้น ผลการพัฒนาการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผลของการปรึกษากลุ่มที่เน้นความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร ผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ณ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสิน ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การประเมินความต้องการจำเป็นต่อการพัฒนาแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับนักศึกษาวิสัญญีพยาบาล ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล : การศึกษาย้อนหลัง การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยเหลือชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ : การวิจัยเชิงคุณภาพ ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 และระยะเป็นโรคประจำถิ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลที่ท้าทาย 1
จุฑามาศ อารีรมย์

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง 10
สดสวย ทองมหา ประภาพร จงใจภักดี

ระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 19
จารุภัณฑ์ กุลเสถียร ศรัณยา พิมลเกตุกุล
ณัฐวัตร วงค์จันทร์

ความท้าทายและโอกาส: พยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ 27
วัลภา อรัญนะภูมิ จุฬาพร ยาพรม
พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย 35
นันทวัฒน์ ภิญโญ

กลยุทธ์ผู้นำการพยาบาลยุคใหม่เพื่อความเป็นสากล 44
ขัตติยาพร คนเที่ยง วัลลภา ทรงพระคุณ
อัชฌา วารีย์

การประยุกต์ใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลจิตเวช เทคนิค และกรณีศึกษา 54
ภาสินี โทอินทร์ พัฒนี ศรีโอษฐ์

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 63
จุฬาลักษณ์ ใจแปง มลธิรา อุดชุมพิสัย
ณัฏฐ์ธษา ตันติทวีวัฒน์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา 72
มาดีฮะห์ มะเก็ง กมลวรรณ สุวรรณ
จิฬาวัจน์ เลิกนอก

ผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล 82
จารุวรรณ สนองญาติ ยุคนธ์ เมืองช้าง
ศิริธิดา ศรีพิทักษ์ อุษณียาภรณ์
จันทรอดิศา พานิช

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 90
หงส์เหม แพร่ศิริพุฒิพงศ์ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
สุพร ดนัยดุษฎีกุล ยงค์ รงค์รุ่งเรือง

Contents

Chief Editorial

Environmental Management for the Safety of Psychiatric Patients: The Challenging Role of Nurses 1
Juthamas Areerom

Nurses's Role in Enhanced Recovery After Spinal Surgery 10
Sodsuay Thongmaha Prapaporn Jongjaipagdee

Diabetes Patients Follow-up Tracking System in Urban Community: A Case Study of the Diabetes Center, Charoenkrung Pracharak Hospital 19
Jarupan Kunsathian Saranya Pimolkatekul
Natthawat Wongchan

Challenges and Opportunities: A Nurse Entrepreneur in the Health Care System 27
Vanlapa Arannapoom Chulaporn Yaprom
Pimwimon Yongchaiyoot

The Role of Nurses in Physical Symptom Management for Terminally Ill Patients 35
Nuntawat Pinyo

Modern Nursing Leadership Strategies for Internationalization 44
Kattiyaporn Konthiang Wallapa Songprakun
Acha Varee

The Application of Therapeutic Relationships in Psychiatric Patients:The Role of Psychiatric Nurses, Communication Techniques, and Case Application 54
Pasinee Thoin Phatanee Srioad

The Role of Nurses in Managing an Age-Friendly Health System (AFHS) in Hospitals 63
Chulaluk Jaipang Monthira Udchumpisai
Natthasa Thanthitaweewat

Factors influencing the Diabetes Prevention Behaviors Among Muslim Prediabetes in Yaha District, Yala Province 72
Madiha Makeng Kamonwan Suwan
Chilawat Loeknok

The Effect of Integrated Discharge Planning Program on Caregivers of Premature Infants 82
Jaruwan Sanongyard Yukon Maungchang
Sirithida Sripita Ausaniyaporn Chanthron
Adisa Panith

Predicting Factors of Discharge Readiness in Patients with Sepsis 90
Honghem prasiriputtipong Sarinrut Sripasong
Suporn danaidutsadeekul
Yong Rongrungreung

สารบัญ

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอยะหา จังหวัดยะลา
แวสะการียา แวโดยี กมลวรรณ สุวรรณ 100

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี
นิภาวรรณ ศรีโยหะ รุ่งทิวา เสาวนีย์ 110

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ
รพีพรรณ สารสมัคร เปรมฤดี เห็มหา
ยุพาวดี แซ่เตีย 120

อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ วราภรณ์ คำทับทิม
สันติ ศรีสวนแตง 129

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
ศิริขวัญ อัครทวีทอง นุชรัตน์ มังคละคีรี
เดชา ทำดี 139

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง
ประวาลปัทม์ ปัญญาสุพัฒน์ ศากุล ช่างไม้
ทิพา ต่อสกุลแก้ว 147

ผลของการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในมารดาเด็กสมาธิสั้น
สุพรรณี ศิริอาภาวิวัฒน์ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
จุฑามาศ แหนจอน 155

ผลการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน
ทัศนียา ไกรสรสวัสดิ์ อารี ชีวเกษมสุข
กชกร เจตินัย 164

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
กาญจนา จันทร์ปัญญา พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ 172

Contents

Effect of Self-management Support Program on Self-Management Behavior to Prevent Diabetes in Diabetes Risk Group, Yaha District, Yala Province
Waesakareeya Waedoyee Kamonwan Suwan 100

Factors Influencing Smoking Behavior of Patients with Comorbid Hypertension : A Case Study of Community in The Area of Responsibility of Ramathibodi Hospital
Nipawan Sriyoha Rungtiwa Saowanee 110

The Effect of Health Behavior and Nutrition Care Process on Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) in Older Person with Chronic Kidney Disease at Subdistrict Health Promoting Hospital Nong-keaw Sisaket Province
Rapeephan Sansamak Premrudee Hemha
Yupawadee Sae-tia 120

Influence of Factors Related to The Nursing Service Quality in Hospitals Under The Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health
Patcharee Kladjomphong Varaporn Kamtubtim
Sunti Srisuantang 129

The Effect of Self-Efficacy Promotion Program on health behaviors in the elderly with uncontrolled hypertension
Sirikhuan Aklrataweetong
Nutcharat Mangkarakeree Decha Tamdee 139

The Effects of a Care Program for Patients with Coronary Artery Disease Receiving Transfemoral Artery Angiography with the Application of King's Theory of Goal Attainment
Prawanpat Punyasupat Sakul Changmai
Tipa Toskulkao 147

The Effect of Satir Model Online Coaching on ADHD Mothers' Cognitive Emotion Regulation
Supannee Siriapawiwat Warakorn Supwirapakorn
Juthamas Haenjohn 155

Effects of Developing Pediatric Electrocardiogram Interpretation Skills of Professional Nurses by Web Application
Tassaniya Kraisornsawat Aree Cheevakasemsook
Kotchakorn Jetinai 164

Effects of the Health Belief Promotion Program on COVID-19 Preventive Behavior among Medical Patients in a University Hospital
Kanjana Janpanya Pimpaporn Klunklin
Wanchai Lertwatthanawilat 172

สารบัญ

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร
ธวัชวงศ์ ลิ้มทองสิทธิคุณ
ซานโทช โมฮานัน

ผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ณ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
ชุติมาพร ธรรมบุตร กิตติภูมิ ภิญโย

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน
อนุสรณ์ อุระ อารี ชีวเกษมสุข
กชกร เจตินัย

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน
พิพัฒนานนท์ ทารี อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์
อารีย์วรรณ อ่วมตานี

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
ยุพารัตน์ ก่ำจำปา ณัฐพร นิจธรรมสกุล
เจนจิรา แก่นท้าว วิษณุ เมืองบาล

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
โชติรส จันทร์สมบัติ นฤมล เอื้อมณีกูล
สุนีย์ ละกำปั่น

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน
วนาลี คินธร สุทธินันท์ สุบินดี

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
อรวรรณ ประภาศิลป์ พรรณิภา บุญเทียร

การประเมินความต้องการจำเป็นต่อการพัฒนาแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับนักศึกษาวิสัญญีพยาบาล
ปาริชาต อภิเดชากุล
ณพิชญกานต์ พันธนันท์โภคิณ
นิชาอร รัตนกุล
พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

Contents

181 The Effect of Group Counseling Intervention Focusing on Fear of Negative Social Evaluation, Social Support, and Substance Use Norms Among Sexual Minority Adults in Bangkok
Thawatwong Limthongsittikun
Santhosh Mohanan

190 The Effect of Family Nursing on Family Function among Adolescent Pregnancy at Prangku District Sisaket Province
Chutimaporn Tammabut Kittiphoom Phinyo

199 The Development of a Triage Model for Emergency Patients Using a Smartphone Application
Anusorn Oura Aree Cheevakasemsook
Kotchakorn Jetinai

208 The Development of First Line Nurse Manager Competency Scale, Lerdsin Hospital
Phiphatthananon Tharee Apiradee Nantsupawat
Areewan Oumtanee

218 Effects of a Health Behavior Promotion Program on Foot Complications in Type 2 Diabetic Patients Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospital, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province
Yuparat Khamjumpa Nuttaporn Nidthumsakul
Chenchira Kaenthao Widsanu Muangban

228 Effect of Capacity Development Program on Health Literacy to Prevent COVID-19 amongst Public Health Volunteers in Bangkok
Chotirot Chansombut Naruemon Auemaneekul
Sunee Lagampan

238 The Effects of Cognitive Stimulation Program on Cognition and Activities of Daily Living for Older Persons with Chronic Disease and Mild Cognitive Impairment in the Community
Wanalee Kinton Suttinan Subindee

247 Risk Factors for Developing Cardiovascular Disease in The next 10-Years in Type 2 DM
Orawan Praphasil Pannipa Boontein

257 Needs Assessment of Electronic Portfolio Development for Nurse Anesthetist Students
Parichad Apidechakul
Napichayakarn Phanthananphokhin
Nichaon Ruttananukool
Phongthara Vichitvejpaisal

สารบัญ

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด 266
จีรวัฒน์ เขียววิจิตร สุพิศ ศิริรุณรัตน์
ศิริวรรณ แสงอินทร์

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล: การศึกษาย้อนหลัง 275
ชานนท์ ขนานใต้ แพรพลอย สันดี
เสาวนีย์ บำรุงวงษ์
บวรลักษณ์ ทองทวี

การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 285
ศศิธร คำมี วรรณ์วิการ์ ใจกล้า
ปิยธรณ์ เร่งเร็ว ฉัตรสุดา มาทา
วิไลวรรณ กลิ่นถาวร

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล 294
สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์
จริญญา ชาวจันทึก
จันทิมา บ่าพิมาย กฤตธีรา จิตรลม
รวีพร ข้อนอก

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 302
ขนิษฐา เจริญนพกิจ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 311
อัสณีย์ พงค์ษา

การศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 321
ธนนัฐ ภูมินา นิศาชล บุบผา

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 330
สมพร ชินโนรส อังคนา จงเจริญ
ปริม ศิลปรัตนาภรณ์

Contents

Effects of Self–Management Support Program on Preterm Birth Protection Behavior and Preterm Birth among Pregnant Women with High Risk for Preterm Birth 266
Geerawat Kiewvijit Supit Siriarunrat
Siriwan Sangin

Prevalence and Factors Associated with Incontinence-Associated Dermatitisin the Isolation Critical Care Units of Vajira Hospital: A Retrospective Study 275
Chanon Khanantai1 Praeploy Sandee
Sawanee Bumrungwong
Borwarnluck Thongthawee

The Development of Child Care Teacher’s Self-efficacy in Pediatric First-aid and Basic Life Support Skills in Child Development Center 285
Sasithorn Kummee Wanwika Jaikla
Piyathorn Rengrew Chatsuda Mata
Wilaiwan Klintavorn

The Comparative Study of Quality of Life among Nursing Students, Vongchavalitkul University 294
Supattana Sakdisthanont
Charinya Chaochanthuek
Junthima Baphimai Kritteera Jitlom
Raveephorn Khonok

The Effect of Empowerment on Glycemic Control Practices and HbA1c in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus 302
Khanistha Charoennoppakit

Health Literacy Influencing Health Promoting Behaviors of Behaviors of Students in The Three Southern Border Provinces of Thailand 311
Asnee Phongsa

A Study of Stroke Patient Caregiver’ Competencies During Emergency Situation in Community, Kham Pu Sub-District, Phayakkhaphum Phasai District, Maha Sarakham Province. 321
Thananut Poomina Nisachon Bubpa

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Health Behavior to Slow Progressive Renal Failure in among Hypertension and Diabetes Mellitus Disease 330
Somporn Chinnoros Angkana Chongjarearn
Prim Sinraparattanaporn

สารบัญ

การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 340
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล นงนุช บุญมาลา
วรนุช ไชยวาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี 348
สุรทัศน์ ยอดมณี มิ่งขวัญ ศิริโชติ
สุนารี ทะน๊ะเป็ก สุรเดช สำราญจิตต์

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ 356
เจษฎากร หีบแก้ว นครินทร์ ประสิทธิ์
ศุภชัย ยาณะเรือง

ความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 366
ซ่ง ลิน จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช
วราวรรณ อุดมความสุข

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา 378
อารีรัตน์ ลีลัครานนท์ จุฑามาศ แหนจอน
วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม 387
พิมพ์วิภา ศรีชมภู พวงผกา คงวัฒนานนท์
จีราภรณ์ กรรมบุตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล 398
ภาสินี โทอินทร์ สิริอร ข้อยุ่น
พัฒนี ศรีโอษฐ์ เบญจวรรณ กิจควรดี

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์: การวิจัยเชิงคุณภาพ 405
ขจี พงศธรวิบูลย์ นิรมนต์ เหลาสุภาพ
สุริศาฐ์ พานทองชัย บุญทิวา สู่วิทย์
จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฏ์

ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 415
อังคณา คงโพธิ์น้อย สุพัตรา บัวที
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา

Contents

Self-Efficacy Perception, Self-Esteem, Stress, and Anxiety of Nursing Students Before Maternal-Child and Midwifery Nursing Practice 340
Soiy Anusornteerakul Nongnuch Boonmala
Woranuch Chaiwan

Factors related to AIDS prevention behavior of people aged 18-59 years in Phai Was Subdistrict, Kanchanadit District, Surat Thani Province 348
Surathad Yodmanee Mingkwan Sirichote
Sunaree Tanapek Suradej Samranjit

Leadership Soft Skills and Success Factors Affecting to Development of Quality and Standard of Primary Health Care Services in Health Service Unit for The Directors of Sub-District Health Promoting Hospital, Buriram Province 356
Jetsadakorn Heebkaew Nakarin Prasit
Supachai Yanarueng

Caregiving Preparedness and Burden Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis 366
Lin Song Chiraporn Tachaudomdach
Warawan Udomkhwamsuk

Development of Program to Enhance Working Memory Through Narrative Therapy Among Primary School Students 378
Areerat Leelukharanon Juthamas Haenjohn
Warakorn Supwirapakorn

Predicting Factors of Breast Cancer Prevention Behavior among Muslim Women 387
Pimvipa Srichoompu Puangpaka Kongvattananoa
Jeeraporn Kummabutr

Factors Related to Active Learning Management of Nursing Students 398
Pasinee Thoin Siriorn Khoyun
Phattnee Srioad Benjawan Kitkhaundee

Factors Affecting the Outcomes of the Nursing and Midwifery Licensing Examination among Nursing Graduates of Kuakarun Faculty of Nursing: A Qualitative Study 405
Khachee Pongsathonviboon Niramon Lhaosupab
Surisa Panthongchai Boontiva Soowit
Chutarat Akkarawongvisit

Long COVID Experiences, Management and Outcomes of Patients with Post Coronavirus 2019 415
Angkhana Khongphoenoy Supatra Buatee
Apinya Wongpiriyayothar

สารบัญ

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
จุฑารัตน์ จันทร์มณี ปริศนา อัครธนพล
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
423

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต
นันทกร ปราโมทย์ นรลักขณ์ เอื้อกิจ
431

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงเป็นโรคประจำถิ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ศราวุธ เรืองสวัสดิ์
ธนิดา ทีปะปาล
439

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ
ณภัทรชนม์ มีสุขมาก ละอองดาว วรรณฤทธิ์
กมลภู ถนอมสัตย์
447

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี
พรอุมา ราศรี พิมพ์ใจ มากสกุล
456

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร
จารุวรรณ ไทยบัณฑิต วราพรรณ วงษ์จันทร์
กรุณา นนทรักส์
463

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ
ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์
ณยฎา ธนกิจธรรมกุล
473

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน
รุจิรัตน์ มณีศรี ณัฐนันท์ วรสุข
นวลใย พิศชาติ
485

Contents

423 The Efffect of Self-Efficacy Program on Blood Prerssure Control Behaviors in Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure
Chutharat Janmanee Prisana Akaratanapol
Kamontip Khungtumneam

431 Factors Predicting Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Persons
Nantakorn Pramote Noraluk Ua-Kit

439 The Relationship between the Health Belief Model and COVID-19 Preventive Behaviors among Junior High School Students during the Endemic Phase in Mueang District, Surat Thani Province
Sarawut Rueangsawat Thanida Teepapal

447 Association between HIV Prevention Literacy and HIV-Infected Risk Behaviors among Military Conscripts
Naphatchon Meesukmak La-Ongdao Wannarit
Kamollabhu Thanomsat

456 Factors Associated with Vaginal Infections in Pregnant Women with Preterm Labor at Wichian Buri Hospital
Pornuma Rasri
Pimjai Maksakul

463 Factors Predicting Sleep Quality Among School-Age Children in Bangkok Metropolis
Jaruwan Thaibandit Waraphan Wongchan
Karuna Nontharux

473 The Effects of Health Literacy Promote Program on Rational Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Health Literacy and Drug Use Behaviors by Elderly with Musculoskeletal Disorders Symptoms
Sirakarn Chantachaloempong
Nayada Thanakijtummakul

485 Effectiveness of Development the Innovation of Photo Patch Category Play Activity to Develop Receptive Language and Expressive Language of Preschool-Aged Child
Rujiruth Maneesri Nattanun Worasuk
Nualyai Pitsachart

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลที่ท้าทาย

Environmental Management for the Safety of Psychiatric Patients: The Challenging Role of Nurses

จุฑามาศ อารีรมย์*
Juthamas Areerom*
โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Siriraj hospital Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

หอผู้ป่วยจิตเวชเป็นสถานที่ให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชแบบพักค้างคืน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นจึงควรได้รับการออกแบบมาเพื่อความปลอดภัย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่มักพบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง 2) ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) ความเสี่ยงในการหลบหนี เนื่องจากการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยเป็นบทบาทที่สำคัญและท้าทายของพยาบาลในการหามาตรการที่จะช่วยดูแลและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอื่น เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อมได้

คำสำคัญ : หอผู้ป่วยจิตเวช, การจัดสิ่งแวดล้อม, ความปลอดภัย

Abstract

A psychiatric ward is a facility that provides overnight care for patients with mental health issues, particularly those whose symptoms may pose a risk to themselves or others. Therefore, it is essential that these wards are designed with safety for psychiatric patients.

This article aims to demonstrate how environmental management is vital for the safety of psychiatric patients, helping to mitigate significant risks commonly encountered in psychiatric care. The key risks include: 1) Risk of suicide and self-harm. 2) Risk of aggressive behavior 3) Risk of escape. Managing the environment for safety is a significant and challenging role of nurses in finding crucial measures to care for and prevent potential harm to psychiatric patients.

Keyword: psychiatric ward, environment, safety

Corresponding Author: *E-mail : Aumaree199@gmail.com

วันที่รับ (Received) 1 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ก.ค. 2568

บทนำ

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของนิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) ซึ่งเป็นกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยมักจะมารักษาด้วยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงในการหลบหนี การให้บริการของหอผู้ป่วยจิตเวชจึงต้องมีมาตรฐานความปลอดภัยที่ครอบคลุมความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่น โดยพยาบาลนับเป็นบุคลากรที่ต้องดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงและอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ การจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดังที่ฟลอเรนซ์ไนติงเกล ผู้ให้กำเนิดพยาบาลยุคใหม่และทฤษฎีฟอร์เรนซ์ไนติงเกลได้กล่าวไว้ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น[1]

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ตามแนวคิดของฟรอเรนซ์ไนติงเกล[1] เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดในการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเริ่มจากมาตรการด้านความปลอดภัยภายในหอผู้ป่วยจิตเวช อาทิ การออกแบบในเชิงโครงสร้างและสถานที่เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ การจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเวช บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย การอบรมให้ความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติงานในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่น และหลบหนี[2,3,4] การกำหนดขั้นตอน และกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรหลากหลายระดับที่มีการหมุนผลัดเวรการปฏิบัติงานสามารถทำได้ในแนวทางเดียวกัน[5] ซึ่งจะเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญ ประกอบด้วย การประเมินเพื่อให้ทราบความเสี่ยง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง รวมถึงการป้องกันไม่ให้นำอุปกรณ์ที่เสี่ยงในการทำร้ายตนเองและทำร้ายผู้อื่นเข้ามาในหอผู้ป่วย การจัดเก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยงนำมาทำร้ายตนเองและผู้อื่นให้มิดชิด การจัดระบบเปิดปิดทางเข้าออกหอผู้ป่วย การคัดกรองบุคคลที่เข้าออกหอผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้แน่ใจถึงความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

บทความนี้จะกล่าวถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชที่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่ การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทำร้ายผู้อื่นและการหลบหนี[3] ซึ่งเน้นการออกแบบการทำงานในหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยเป็นหลัก ไม่ได้กล่าวถึงสถาปัตยกรรมเชิงโครงสร้างของหอผู้ป่วยจิตเวช หากหอผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยที่เหมาะสมจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพที่ดีขึ้น ลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดปัญหาการร้องเรียน การฟ้องร้อง และความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้สถานบริการสุขภาพในทุกระดับจึงควรตระหนักตื่นตัวในเรื่องของการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยและในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มากยิ่งขึ้น

มาตรฐานความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวช

หอผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Ward) เป็นสถานที่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่พักค้างคืนเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจะได้รับการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ได้มาตรฐานตามสภาพปัญหาและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายตลอด 24 ชั่วโมง[2] การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยเป็นส่วนสำคัญของมาตรฐานความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชที่จะดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมาตรฐานความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชจำแนกออกเป็น 4 ด้าน[6] ได้แก่

ด้านที่ 1 โครงสร้างอาคาร สถานที่ : การออกแบบสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โครงสร้างอาคารสถานที่ของหอผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการออกแบบที่มีลักษณะ เฉพาะมีการแบ่งพื้นที่ทางกายภาพที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่น เพื่อให้เหมาะสมต่อลักษณะของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการบำบัดรักษา เช่น ห้องสุขาและห้องอาบน้ำแต่ละห้องควรเหลือช่องว่างด้านบนและด้านล่างเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถสังเกตความผิดปกติและเข้าช่วยเหลือได้ทันในกรณีฉุกเฉิน ฝักบัวอาบน้ำควรออกแบบให้ไม่มีส่วนยื่น ก๊อกเปิด-ปิด ควรเป็นแบบก้านโยก

โดยติดตั้งในระดับไม่สูงที่ผู้ป่วยจะสามารถแขวนคอ/ทำร้ายตนเอง การใช้กระจกนิรภัยในการป้องกันผู้ป่วยทุบกระจกเพื่อนำมาทำร้ายตนเองและการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด[4]

ด้านที่ 2 เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ : หอผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น เครื่องวัดสัญญาณชีพ (Vital Sign Monitor) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) เครื่องช่วยชีวิต (Automated External Defibrillator: AED) รถเข็นการพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency cart) เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน ผ้าผูกยึด ยาสำรองสำหรับใช้ฉีดสงบอาการผู้ป่วย (Inj. Haloperidol, Inj.Dormicum และ Inj.Diazepam) เป็นต้น

ด้านที่ 3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse)/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (Nurse Aid) ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด พนักงานรักษาความปลอดภัย เป็นต้น ควรมีความรู้ทักษะในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และความเสี่ยงในการหลบหนี

ด้านที่ 4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : กระบวนการดูแลผู้ป่วยถือเป็นกระบวนการหลักของสถานบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้ามารักษาจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องมีการออกแบบมาตรการการดูแล เช่น แนวทางการประเมินความเสี่ยง แนวปฏิบัติในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย แนวปฏิบัติทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

การกำหนดกระบวนการต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ต้องมีการวางแผนและมีการนำไปปฏิบัติอย่างรอบคอบเพื่อสนับสนุนความปลอดภัย การเยียวยารักษาและการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย โดยต้องมีการอธิบายกระบวนการดูแลให้ผู้ป่วยและญาติทราบอย่างชัดเจน ในบทความนี้จะอธิบายถึงกระบวนการการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยตามความเสี่ยงที่สำคัญที่มักพบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช[3] ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง ความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และความเสี่ยงในการหลบหนี มีรายละเอียดดังนี้

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง[7] การออกแบบหอผู้ป่วยจิตเวชจึงควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเป็นอันดับแรก การออกแบบสถาปัตยกรรมและพื้นที่การดูแลทางจิตเวชควรเน้นที่การป้องกันความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเอง เนื่องจากการฆ่าตัวตายเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและไม่ควรเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยจิตเวช จากอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวชในประเทศสหรัฐอเมริกา 31-51 ราย/ปี[7] โดยวิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดคือการแขวนคอ[4,7] และสถานที่ที่มักเกิดเหตุการณ์เหล่านี้ คือ ห้องน้ำและห้องนอน จุดผูกเชือกแขวนคอที่พบบ่อยที่สุด คือ ลูกบิดประตู ขอบประตู บานพับ[7] สาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ ขาดการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน และการขาดการฝึกอบรมบุคลากรด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย[7]

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วในระยะซึมเศร้า และผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เช่น การได้ยินเสียงหูแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 10-30 เท่า[8,9,10] เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ผู้ป่วยและญาติจึงมักตัดสินใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลและป้องกันความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หอผู้ป่วยจิตเวชควรมีการออกแบบและจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยสูง พร้อมการประเมินและการดูแลที่เน้นการป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเวชเป็นกระบวนการที่สำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ร้ายแรงที่จะเกิดขึ้น การประเมินช่วยให้พยาบาลสามารถออกแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ และการพูดถึงความคิดหรือแผนการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองของผู้ป่วย โดยการสอบถามผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับความคิดหรือแผนการฆ่าตัวตายและ

ทำร้ายตนเอง รวมถึงการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการฆ่าตัวตาย โรคทางกายเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดจนกระทบภาพลักษณ์หรือการดำเนินชีวิต การติดสุราหรือสารเสพติด การไม่มีผู้ดูแลหรืออาศัยอยู่ตามลำพัง ความเครียด เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขัดแย้งกับบุคคลอื่น มีปัญหาทางการเงิน การงาน ความรัก หรือครอบครัว เป็นต้น รวมทั้งพยาบาลควรสังเกตลักษณะที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวล กระวนกระวายใจ กระสับกระวาย อยู่ไม่นิ่ง หรือพฤติกรรมแยกตัวไม่สนใจสิ่งรอบตัว พฤติกรรมก้าวร้าว ขาดการควบคุมอารมณ์ หรือการที่ผู้ป่วยไม่สนใจพูดคุย เป็นต้น[11,12] และเพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการประเมิน พยาบาลอาจใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เช่น แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม แบบประเมิน Modified SAD PERSONS Scale หรือแบบประเมิน M.I.N.I. Suicide เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชมีความสำคัญในการป้องกันเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง ดังนั้นจึงต้องมีการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดและมีมาตรการที่ชัดเจนในการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. การตรวจค้นผู้ป่วยและสิ่งของ : ต้องมีการตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างละเอียดเมื่อรับผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีอาวุธหรืออุปกรณ์ที่อาจนำมาใช้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้[4]

2. การจำกัดของใช้ : ของที่ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ในหอผู้ป่วยจิตเวชควรจำกัดเฉพาะของใช้ที่จำเป็น โดยเป็นพลาสติกที่ไม่สามารถทำให้แตกได้ง่ายแทนที่วัสดุแก้ว และของใช้ที่เป็นน้ำยาสารเคมี เช่น สบู่เหลว แชมพู ควรเก็บแยกจากผู้ป่วยและให้เจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเวลาหากจำเป็นต้องใช้[4]

3. การจัดเตียงผู้ป่วย : การจัดเตียงนอนควรอยู่ในตำแหน่งที่เจ้าหน้าที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลา เช่น หน้าเคาน์เตอร์พยาบาล ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยได้ทั้งขณะนอนที่เตียงและขณะเข้าไปในห้องน้ำ[3]

4. การเฝ้าระวังพฤติกรรม : ควรเฝ้าระวังผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยใช้กล้องวงจรปิดหรือการเฝ้าระวังด้วยตาเปล่า เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์[13]

5. การป้องกันการเข้าถึงอุปกรณ์อันตราย : ห้องต่าง ๆ ที่ไม่ใช้งานควรล็อค เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าไปแอบซ่อนตัวและทำร้ายตนเองได้ รวมถึงการจัดเก็บอุปกรณ์อันตราย เช่น กรรไกร คัตเตอร์ และยาต่าง ๆ ในที่มิดชิด เช่น ตู้ล็อกหรือพื้นที่ที่ปลอดภัย[4]

6. การจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสารเคมี : ควรจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น กรรไกรตัดไหม มีดตัดแผล และสารเคมีที่ใช้ในหอผู้ป่วย เช่น น้ำยาทำความสะอาด แอลกอฮอล์ แอมโมเนีย ในตู้ล็อค เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้

7. การจัดการห้องนอนและห้องน้ำ : ควรหลีกเลี่ยงการมีราวแขวนผ้าในห้องนอนและห้องน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยอาจนำมาใช้ในการทำร้ายตนเอง หากจำเป็นต้องมีที่แขวนผ้าควรใช้ตะขอแขวนผ้าที่ไม่ยึดให้แน่นเกินไป และสามารถรับน้ำหนักได้ไม่เกิน 20 กิโลกรัม[6]

8. การดูแลกิจวัตรประจำวัน : ของใช้สำหรับกิจวัตรประจำวัน เช่น แชมพูและสบู่ ควรจัดเก็บในตะกร้าและให้ผู้ป่วยใช้เฉพาะเวลาที่ทำกิจวัตรเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง ควรควบคุมปริมาณการใช้แชมพูหรือสบู่ในปริมาณที่เพียงพอสำหรับการใช้ 1 ครั้ง และมีเจ้าหน้าที่ดูแลขณะผู้ป่วยใช้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ในทางที่ไม่ปลอดภัย

9. การตรวจตราสิ่งแวดล้อม : จุดที่ควรตรวจสอบอย่างละเอียด ได้แก่ เตียงผู้ป่วย ตู้ข้างเตียง และห้องน้ำ เนื่องจากเป็นพื้นที่ส่วนตัวของผู้ป่วยที่อาจมีการซ่อนอุปกรณ์อันตรายเพื่อใช้ในการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง[4]

นอกจากนี้ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกระบวนการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้เข้าเยี่ยม โดยมีมาตรการดังนี้

1. ผู้เข้าเยี่ยม : ควรกำหนดให้เป็นญาติสายตรงหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าเยี่ยมจากบุคคลที่อาจกระตุ้นความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองของผู้ป่วย การเข้าเยี่ยมควรต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเสมอ[4]

2. การตรวจสอบสิ่งของที่นำเข้า : ห้ามผู้เข้าเยี่ยมพกอุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้เป็นอาวุธหรือของแหลมคม เช่น มีด ปืน กรรไกร ขวดแก้ว ไฟแช็ก ลูกแม็ก ลวด ไม้เสียบลูกชิ้น ไม้จิ้มฟัน ส้อม ตะเกียบ กระป๋องโลหะ กระป๋องพลาสติกที่มีฝาเป็นโลหะ แก้ว รวมถึงไม่นำเชือก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารเสพติดทุกชนิด บุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า และยารักษาโรคใด ๆ เข้ามาในหอผู้ป่วยจิตเวช[4]

3. การตรวจสอบความปลอดภัย : เจ้าหน้าที่ต้องทำการตรวจสอบความปลอดภัยของสิ่งของที่นำมาเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนที่จะส่งมอบให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการตรวจตราสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังจากการเยี่ยม เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับสิ่งของที่ไม่ปลอดภัยจากผู้ที่เข้ามาเยี่ยม[4]

การดูแลความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างครอบคลุมและละเอียดถี่ถ้วน การจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการป้องกันต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง การปฏิบัติตามมาตรฐานเหล่านี้อย่างเคร่งครัดจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันความเสี่ยงผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าว

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[14] พบความชุกของพฤติกรรมก้าวร้าว อยู่ในช่วงร้อยละ 8-76 ในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมักเกิดจากปัจจัยด้านการเจ็บป่วย เช่น ความคิดหลงผิด การตอบสนองต่ออาการประสาทหลอน การควบคุมอารมณ์โกรธที่บกพร่อง และการปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ การจัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมยังเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้อีกด้วย[15] ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด[16] โดยเฉพาะการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้น เช่น การหลงผิดหรือการทำลายทรัพย์สิน[17] งานวิจัยจากต่างประเทศระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีโรคติดสารเสพติดร่วมด้วยเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวมากที่สุด[18] ส่วนงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ประวัติการใช้สุราและสารเสพติด ระดับความรุนแรงของอาการทางจิต และความแออัดในสถานบริการทางการแพทย์[19]

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชสามารถจำแนกได้เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ การก้าวร้าวทางคำพูด การก้าวร้าวต่อตนเอง การก้าวร้าวต่อผู้อื่น และการก้าวร้าวทำลายสิ่งของ[16] ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวมักต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น[20] ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน (Patient, Personnel, and People Safety) ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งเน้นการออกแบบระบบและกลไกเพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างปลอดภัย[21] (The Healthcare Accreditation) สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องดำเนินงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการออกแบบเชิงโครงสร้าง การกำหนดมาตรฐานการดูแลเพื่อความปลอดภัย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรงต่อผู้ป่วย ผู้อื่น และบุคลากรทางการแพทย์ได้ ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้เขียนซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มีข้อเสนอแนะสำหรับการจัดการเพื่อความปลอดภัยและการลดความเสี่ยงที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

1. การจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าว

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าว ควรเริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าว

ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น บรรยากาศในหอผู้ป่วยที่วุ่นวาย ขาดความเป็นส่วนตัว ตารางกิจกรรมที่ไม่แน่นอน การตั้งกฎที่ไม่ชัดเจน หรือการสื่อสารมาตรการการดูแลที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน เครียด และอึดอัด นอกจากนี้ การหมุนเวียนบุคลากรดูแลผู้ป่วยบ่อยครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย ไม่กล้าสื่อสาร และรู้สึกขาดความเข้าใจจากบุคลากร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวได้[14]

แนวทางการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว

- **สร้างพื้นที่ส่วนตัว :** ลดความแออัดและเพิ่มพื้นที่ความเป็นส่วนตัวให้ผู้ป่วย[15]
- **ส่งเสริมบรรยากาศที่สงบ :** ใช้ภาพศิลปะหรือสิ่งที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติ รวมถึงดนตรีเพื่อผ่อนคลาย[13, 22]

• **ดนตรีและบรรยากาศที่สงบ** : จัดห้องเงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เช่น เสียง ความวุ่นวาย และใช้ดนตรีเพื่อการผ่อนคลาย[13]

• **เลือกเฟอร์นิเจอร์ที่ปลอดภัย** : เลือกเฟอร์นิเจอร์ที่อ่อนนุ่มให้ความรู้สึกสบายและมีน้ำหนักมากหรือเคลื่อนย้ายไม่ได้เพื่อลดความเสี่ยงจากการขว้างปาหรือทุบ[13]

• **จัดกิจกรรมที่เหมาะสม** : เน้นกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด[13] เช่น การดูโทรทัศน์ในรายการที่เหมาะสม การฟังเพลงที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

2. การประเมินความเสี่ยงก่อนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการและปรับสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย หนึ่งในเครื่องมือที่ใช้ได้ผลคือ STAMP ซึ่งช่วยระบุสัญญาณที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังมีความเสี่ยงเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว[23] โดยพิจารณาจาก 5 อาการหลัก ดังต่อไปนี้

1. **Staring and eye contact :** จ้องตามากกว่าปกติ
2. **Tone and volume of voice :** พูดเสียงดังหรือใช้น้ำเสียงแข็งกร้าว
3. **Anxiety :** แสดงอาการวิตกกังวล
4. **Mumbling :** พูดพึมพำกับตนเอง
5. **Pacing :** เดินไปเดินมาอย่างไม่หยุดนิ่ง

หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ควรดำเนินการทันทีเพื่อป้องกันเหตุการณ์รุนแรง เช่น การรักษาระยะห่างจากผู้ป่วยอย่างน้อย 2 เมตร หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าหรือหันหลังให้ เก็บสิ่งของมีคมหรือสิ่งของที่สามารถใช้ทุบหรือขว้างปาได้ แยกผู้ป่วยอื่นและผู้ไม่เกี่ยวข้องออกจากเหตุการณ์เพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ที่อาจกระทบถึงผู้อื่น แจ้งขอความช่วยเหลือ และเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการควบคุมอาการ นอกจากนี้อาจใช้เครื่องมือเพื่อประเมินระดับพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) หรือแบบประเมิน Thai Psychiatric Aggression Scale เป็นต้น

3. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวช

1. **ตรวจค้นสิ่งของ :** ตรวจค้นร่างกายและสิ่งของส่วนตัวของผู้ป่วยใหม่เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอาวุธหรือสิ่งของที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ตรวจตราสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังสิ่งของที่ญาตินำมาเยี่ยม[3]
2. **เก็บอุปกรณ์อันตราย :** ใช้อุปกรณ์พลาสติกแทนแก้วเพื่อลดความเสี่ยงจากการแตกหักและนำมาใช้เป็นอาวุธ และจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายให้มิดชิด[3]
3. **ระบบขอความช่วยเหลือ อุปกรณ์สำหรับควบคุม และทีมดูแล :** มีระบบขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน มีอุปกรณ์สำหรับควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น ผ้าผูกยึดข้อมือ ข้อเท้า เสื้อผูกยึดลำตัว เก้าอี้ผูกยึด โดยเลือกวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน แต่นุ่มนวลใช้งานสะดวก มีการเตรียมทีมดูแลและฝึกซ้อมการจัดการเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ[14]
4. **การแยกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว :** โดยจัดห้องเฉพาะที่ปลอดภัยเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวออกจากผู้ป่วยอื่น จัดห้องให้โล่ง ลดสิ่งกระตุ้น เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยใกล้ชิดและอาจใช้ระบบกล้องวงจรปิดเพื่อสังเกตอาการของผู้ป่วยขณะพักอยู่บนหอผู้ป่วย[14]

การจัดการสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม พร้อมการประเมินความเสี่ยงและการใช้มาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เป็นบทบาทของพยาบาลที่ช่วยในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวและเพิ่มความปลอดภัย ทั้งสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้อื่นในสถานพยาบาล

การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการหลบหนี

ความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ป่วยจิตเวชถือเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและสร้างความท้าทายในการดูแลรักษา[24] ในหอผู้ป่วยจิตเวชที่ประเทศอินเดีย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลบหนี จำนวน 38 ราย จาก 20,052 ราย คิดเป็นอัตรา 1.8: 1,000 ราย ปัจจัยกระตุ้นและสาเหตุที่นำไปสู่ความคิดหรือพฤติกรรมหลบหนีของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือไม่ยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ความเครียดจากการอยู่ในสถานที่ปิด การถูกญาติหลอกพามารักษา ความไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการรักษา[25] การใช้สารเสพติด อาการทางจิตรุนแรง พฤติกรรมต่อต้านสังคม อายุน้อย[26] และประวัติหลบหนีจากโรงพยาบาลมาก่อน[24] การหลบหนีของผู้ป่วยส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถทำให้อาการของโรคกำเริบ และเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ นอกจากนี้ ยังอาจสร้างปัญหาทางสังคมและเพิ่มความยากลำบากในการดูแลและติดตาม

ผู้ป่วยเพื่อให้กลับมารับการรักษาต่อไป การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการหลบหนี เริ่มจาก

1. สัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงในการหลบหนี[27]

1.1 การมองหาประตูทางออก : ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการหลบหนีมักจะหาจุดทางออก

1.2 วิธีการหลบหนี : การมองหาประตูหรือหน้าต่างที่สามารถออกได้

1.3 สอบถามเกี่ยวกับวิธีการออกจากหอผู้ป่วย : ผู้ป่วยอาจถามเจ้าหน้าที่หรือพยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการออกจากหอผู้ป่วย

1.4 การพูดถึงการอยากกลับบ้าน : ผู้ป่วยอาจพูดว่าต้องการกลับบ้าน ไม่อยากอยู่ในโรงพยาบาล

1.5 การแสดงอารมณ์หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย : พฤติกรรมหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่ายเป็นอีกหนึ่งสัญญาณที่บ่งบอกว่าอาจมีความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา

2. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มมาตรการป้องกันการหลบหนีในหอผู้ป่วยจิตเวช : ความเสี่ยงด้านอาคารและสถานที่ในหอผู้ป่วยจิตเวชมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยควรทำในลักษณะสถานที่ปิด ผู้ป่วยไม่สามารถเข้า-ออกได้อย่างอิสระ การจัดการเพื่อให้สถานที่มีความปลอดภัยและลดโอกาสการหลบหนีของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องพิจารณาอย่างละเอียด โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

2.1 การควบคุมการเข้าถึง (Access Control) : ติดตั้งระบบควบคุมการเข้า-ออก เช่น คีย์การ์ด หรือการสแกนนิ้วมือ ในบริเวณทางเข้า-ออกหลัก เพื่อให้สามารถควบคุมการเข้าถึงเฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ล็อคประตูและหน้าต่าง ที่สามารถเป็นช่องทางการหลบหนีได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เชื่อมต่อกับภายนอก เช่น ห้องโถง หรือทางเดินเชื่อมต่อ และลดจำนวนช่องทางออกของหอผู้ป่วยให้น้อยที่สุดเพื่อลดโอกาสการหลบหนี[27]

2.2 การตรวจสอบและลดปัจจัยเสี่ยง : ตรวจเช็คและจัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการงัดแงะ เช่น ช้อน มีด หรือกุญแจให้อยู่ในพื้นที่ปลอดภัย มีการจัดพื้นที่ตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหลบหนีสูงอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล (Nurse Station) เพื่อให้ง่ายต่อการสังเกตการณ์[27]

2.3 การจัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย : ออกแบบพื้นที่ให้เหมาะสม เช่น มีลูกกรงหรือเหล็กดัดที่มั่นคงบริเวณหน้าต่างเพื่อป้องกันการหลบหนี กำหนดพื้นที่ที่ผู้ป่วยสามารถเดินเล่นได้ พื้นที่ที่ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อช่วยสังเกตการณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยในพื้นที่สำคัญ[28]

2.4 การตรวจสอบผู้ป่วยและบุคลากร : มีการตรวจนับจำนวนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย และตรวจคัดกรองผู้ที่เข้า-ออกหอผู้ป่วยจิตเวช เช่น ญาติ หรือบุคลากร เป็นต้น[25]

2.5 การบำบัดและจัดกิจกรรมเพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย : ลดความรู้สึกอึดอัดโดยจัดให้หอผู้ป่วยมีพื้นที่สีเขียว หรือมุมผ่อนคลาย ที่ตกแต่งด้วยภาพวิวทิวทัศน์ มีกิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อช่วยบำบัดจิตใจ เช่น การวาดภาพระบายสี งานประดิษฐ์ การดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกม การออกกำลังกายหรือทำสมาธิ[29]

2.6 การเตรียมพร้อมในกรณีฉุกเฉิน : เตรียมห้องแยกหรือห้องสังเกตอาการและมีอุปกรณ์ผูกยึดผู้ป่วยในกรณีที่จำเป็นสำหรับควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมหลบหนีตลอดเวลา[27]

การป้องกันความเสี่ยงในการหลบหนีของผู้ป่วยจิตเวชต้องการการจัดการที่รอบคอบและละเอียด โดยมีการควบคุมการเข้าถึง การตรวจสอบอุปกรณ์เสี่ยง การออกแบบพื้นที่ให้ปลอดภัย รวมถึงการจัดกิจกรรมบำบัดเพื่อลดความเครียด และการเตรียมความพร้อมสำหรับกรณีฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและบุคคลอื่นในสังคม

บทสรุป

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และทำร้ายตนเอง ความเสี่ยงในการก้าวร้าว และความเสี่ยงในการหลบหนีเป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญที่จะป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยจิตเวช และช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานด้วยความเรียบร้อย ปลอดภัย การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงทั้งความปลอดภัยและการเคารพสิทธิของผู้ป่วย รวมถึงการอธิบายมาตรการความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และอบรมบุคลากรให้เข้าใจมาตรการดังกล่าวอย่างชัดเจน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในหอผู้ป่วยจิตเวชควรเริ่มจากการประเมินและจัดการ

สิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง รวมถึงการป้องกันการนำอุปกรณ์ที่อาจเป็นอันตรายเข้ามา การจัดระบบการเข้าออกหอผู้ป่วยและการคัดกรองบุคคล การตรวจเยี่ยมสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

References

1. Thanattheerakul C. Environmental theory: A legacy in nursing profession. Nursing Science and Health Journal. 2018;41(1):149-57. (in Thai)
2. Bureau of Policy and Strategy, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Handbook for the design of healthcare service buildings and ward environments. Bangkok: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
3. Liu AJ, Im DS, & Hirshbein LD. What does the history of inpatient psychiatric unit design tell us about balancing safety and healing for patients with suicidal behaviors?. AMA Journal of Ethics. 2024;26(3):E257-63.
4. Žaludek A, David J, Kajzar J, & Marx D. Safe environment management in acute psychiatric wards in the Czech Republic, foundation for recommendations for preventive practice. Central European Journal of Public Health. 2021;29(3):217-22.
5. Phanthusat N, & Thongyu R. Nursing practice guidelines according to patient safety standards. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(2):1-13. (in Thai)
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for the establishment of psychiatric and drug addiction wards for regional and general hospitals. 1st ed. Bangkok: Chotika Business Print Co.; 2021. (in Thai)
7. Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, & Baker DW. Incidence and method of suicide in hospitals in the United States. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2018;44(11):643-50.
8. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Chantarang S, Prueksanan B, Sukawadee S, & Leejongpumpoon J. Criterion validity of the 9-question depression scale, revised version in Central Thai language. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2018;63(4):321-34. (in Thai)
9. Dome P, Rihmer Z, & Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. Medicina. 2019;55(8):403-10.
10. Bareis N, Olfson M, Gerhard T, Rolin S, & Stroup TS. Means of suicide among adults with schizophrenia across the life span. Schizophrenia Research. 2023;251:82-90.
11. Khamma A. Risk factors associated with suicide: a case-control study in Sukhothai province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;58(1):3-16. (in Thai)
12. Sukhawaha S, & Arunpongpaisal S. Risk factors and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative review. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2017; 62(4):359-78. (in Thai)
13. Al Ishaq M, Amie MH, Al Swaidi SJ, & Abdallah NH. Patient safety procedure in mental health services: a review article. NILES Journal for Geriatric and Gerontology. 2023;6(1):353–92.
14. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of literature. PLoS ONE. 2021;16(10):e0258346.

15. Sriyarat K. Nurses' roles in management of aggressive psychiatric patients. Thai Red Cross Nursing Journal. 2015;81(1):43-52. (in Thai)
16. Mental Health Service System Administration Division, Ministry of Public Health. Guidelines for the care of emergency psychiatric patients (acute care) for public health service units (Levels A, S, M1, and M2) trial edition. 2nd ed. Bangkok: Beyond Publishing Company; 2023. (in Thai)
17. Rund BR. The association between schizophrenia and violence. Schizophrenia Research. 2018; 199:39-40.
18. Camus D, Dan Glauser ES, Gholamrezaee M, Gasser J, & Moulin V. Factors associated with repetitive violent behavior of psychiatric inpatients. Psychiatry Research. 2021;296: 113643.
19. Chuanchanok W, Bhatarasakoon P, & Skulphan S. Factors related to aggressive behavior of patients with schizophrenia at emergency psychiatric departments. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2022;36(3):81-97. (in Thai)
20. Singhakant S. Aggressive and violent behavior. Siriraj psychiatry DSM-5. Bangkok: Prayoon Sarn Thai Printing; 2015. p.117-20. (in Thai)
21. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). People safety goal: SIMPLE Thailand 2024. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing; 2024 (in Thai)
22. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, & Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. Journal of Environmental Psychology. 2018;57:53–66.
23. The Joint Commission. De escalation in health care. Quick Safety. 2019; 28;(47):1–4.
24. Verma DK, Khanra S, Goyal N, Das B, Khess CRJ, Munda SK, et al. Absconding during Inpatient care from a tertiary psychiatric hospital: a comparative study. Indian Journal of Psychological Medicine. 2020;42(5):456-63.
25. Kittilaksanon P, Gunadhivadhana P, & Aksorn S. The development of clinical risk management system: prevention and management of patient elopement in the adult psychiatric services under the department of mental health in the fiscal year 2018-2019. Academic Psychiatry and Psychology Journal. 2021; 37(2):145–57. (in Thai)
26. Kirchebner J, Lau S, & Sonnweber M. Escape and absconding among offenders with schizophrenia spectrum disorder-an explorative analysis of characteristics. BMC Psychiatry. 2021;21(1):122-32.
27. Inkaew S, Chaiyinhu R, Kittiraksanont P, & Pabaralit S. Guidelines for the prevention and management of patient escape in psychiatric institutions/hospitals under the Department of Mental Health (1st revision). Division of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
28. Campagnolo D, Furimsky I, & Chaimowitz GA. Absconsion from forensic psychiatric institutions: a review of the literature. International Journal of Risk and Recovery. 2019;2(2):36–50.
29. Reuben A, Manczak EM, Cabrera LY, Alegria M, Bucher ML, Freeman EC, et al. The interplay of environmental exposures and mental health: setting an agenda. Environmental Health Perspectives. 2022;130(2):025001.

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Nurses's Role in Enhanced Recovery After Spinal Surgery

สดสวย ทองมหา ประภาพร จงใจภักดี*
Sodsuay Thongmaha Prapaporn Jongjaipagdee*
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

โรคทางกระดูกสันหลังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากอาการรุนแรง จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ด้วยเหตุนี้การนำแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) มาใช้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและขับเคลื่อนแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (ERAS) ในทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดจนจำหน่ายกลับบ้าน บทบาทเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การให้ความรู้ คำแนะนำและการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัด รวมถึงการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังเน้นถึงการจัดการความปวดแบบผสมผสาน การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการประยุกต์ใช้แนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, การส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Abstract

Spinal disorders are conditions that significantly affect both the physical and mental well-being of patients. In severe cases, surgical intervention is required to correct structural abnormalities of the spine. Such procedures are considered major surgeries and carry a high risk of complications. Therefore, the implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol is crucial. Its primary goal is to promote faster recovery, reduce postoperative complications, shorten hospital stays, and decrease healthcare costs. Nurses play a vital role in promoting and driving the ERAS approach throughout all phases of care, preoperative, intraoperative, and postoperative, up to the point of discharge. Their responsibilities include assessment, education, guidance, and nursing care to ensure patients are well-prepared for surgery. They are also essential in preventing and reducing complications during and after the procedure. Additionally, the ERAS protocol emphasizes multimodal pain management, nutritional support, postoperative rehabilitation, and preparation for discharge. Nurses are key personnel in applying ERAS principles to achieve the best possible

Corresponding Author: *E-mail:pjongjaipagdee@gmail.com

วันที่รับ (Received) 19 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 3 ส.ค. 2568

outcomes for patients and their families. Through their involvement, patients can recover more quickly and enjoy a better quality of life.

Keyword : nurses's role, spinal surgery, enhanced recovery after spinal surgery

บทนำ

โรคทางกระดูกสันหลังเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น คุณภาพชีวิตลดลง สถิติในปี ค.ศ.2020 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคทางกระดูกสันหลัง 619 ล้านคน (ร้อยละ 10) และมีแนวโน้มจะสูงถึง 843 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050[1] ผู้ป่วยโรคทางกระดูกสันหลังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการปวด อาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร่างกายเคลื่อนไหวได้จำกัด ในบางรายอาจถึงขั้นสูญเสียการควบคุมระบบขับถ่าย (Qauda equina syndrome) ซึ่งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อร่างกาย แต่ยังส่งผลต่อสภาพจิตใจและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ หากอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้รักษาความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลัง ซึ่งมีทั้งวิธีการผ่าตัดแบบเปิด (Open spine surgery) และการผ่าตัดที่ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บน้อย (Minimally invasive surgery : MIS) ซึ่งทั้ง 2 วิธี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Surgical site infection) ปอดแฟบ (Lung atelectasis) ปอดติดเชื้อ (Pneumonia) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism : VTE) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery : ERAS) มีหลักการเพื่อลดการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจากการผ่าตัด (Stress responses) ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[2] มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ[3] รวมทั้งคำแนะนำจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ[4] พบผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ดีในการลดอาการปวดหลังผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[2-4] ด้วยเหตุนี้ผู้เขียนจึงมีความสนใจที่จะเขียนบทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยจะนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสม

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

แนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังนี้เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative) ระยะผ่าตัด (Intraoperative) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative) โดยมีบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวม โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงหรือความผิดปกติที่อาจส่งผลกระทบต่อการผ่าตัด แล้วปรับแก้ไขความผิดปกตินั้น (Optimization) ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พร้อมจะเข้ารับการผ่าตัดมากที่สุด แบ่งเป็นระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระก่อนเข้ารับการผ่าตัด

1.1 ระยะก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Prehospital) ระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล มีแนวทางดังนี้

1.1.1 การให้ความรู้ คำแนะนำก่อนผ่าตัด (Preoperative education and counseling) พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกิดความพึงพอใจ และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนเองได้ นอกจากนี้ยังช่วยจัดการกับความกลัว ลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ซึ่งส่งผลดีต่อระยะหลังผ่าตัด โดยช่วยลดอาการปวดและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล[2-4]

1.1.2. การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative optimization) พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและแก้ไขความผิดปกติดังนี้

1.1.2.1 การประเมินโรคร่วม (Comorbidity assessment) การประเมินความผิดปกติจากโรคร่วมถือเป็นขั้นตอนเชิงรุกที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมรวมทั้งการประเมินสภาพร่างกายและการประเมินผลกระทบของโรคร่วมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักมีโรคร่วมที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อพบความผิดปกติพยาบาลมีบทบาทในการประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพปรับแก้ไขความผิดปกตินั้น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด[5]

1.1.2.2 การแนะนำหยุดสูบบุหรี่ (Smoking cessation) การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมถึงการที่กระดูกสันหลังเชื่อมติดกันช้าหรือไม่ติด และการเกิดหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่อย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด[3,4] หากไม่สามารถงดสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง แนะนำและนัดหมายให้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่

1.1.2.3 การแนะนำหยุดดื่มสุรา (Alcohol cessation) การดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและทางเดินหายใจ ภาวะสับสนเฉียบพลัน การติดเชื้อหลังการผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ พยาบาลมีบทบาทให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราอย่างน้อย 4-8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัด[4]

1.1.2.4 การจัดการภาวะโลหิตจาง (Anemia management) ภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัดส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะหัวใจวาย หัวใจขาดเลือด การติดเชื้อหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดติดช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว ผู้ป่วยที่มีระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า 13g/dL พยาบาลมีบทบาทในการประสานงานกับแพทย์เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด เช่น การให้ผลิตภัณฑ์เสริมธาตุเหล็ก การให้ยาธาตุเหล็กในรูปแบบรับประทานหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ[4]

1.1.2.5 การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ (Nutrition evaluation and supplementation) มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ระดับทรานสเฟอร์รินต่ำและจำนวนลิมโฟไซต์ต่ำ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน และอัตราการเสียชีวิตหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังสูงขึ้น[6] พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและให้คำแนะนำด้านโภชนาการ โดยแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

1.2 ระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด (Preoperative) ระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนเข้าห้องผ่าตัด มีแนวทางดังนี้

1.2.1 การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด (Preoperative fasting) เพื่อลดปริมาณสารคัดหลั่งและลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหารระหว่างการผ่าตัด ช่วยป้องกันความเสี่ยงการสำลักลงปอด แนวทางปฏิบัติของสมาคมวิสัญญีวิทยาแห่งยุโรปและสมาคมวิสัญญีวิทยาแห่งอเมริกาแนะนำว่าสามารถรับประทานอาหารได้ 6 ชั่วโมง และสามารถดื่มของเหลวใส เช่น น้ำหรือกาแฟดำ ได้ถึง 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดที่ต้องดมยาสลบ[7] ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการวางแผนการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์ โดยกำหนดระยะเวลาเป็นรายบุคคลไม่ควรถือปฏิบัติให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดตั้งแต่เที่ยงคืน

1.2.2 การควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม (Blood glucose monitoring) ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสูงขึ้น ดังนั้นควรตรวจติดตามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยทุกรายก่อนผ่าตัด ให้อยู่ในช่วง 80-180 mg/dL และระดับ HbA1C ให้ต่ำกว่า 8%[8] พยาบาลมีบทบาทในการร่วมประเมิน ตรวจติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลให้เป็นไปตามแผนการรักษา

1.2.3 การให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด (Preemptive analgesia) ควรเริ่มให้ยาระงับปวดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อลดการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยากลุ่มโอปิออยด์[3,4] การให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด ควรให้ยาก่อนลงมีดผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง กลุ่มยาที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ อะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และกาบาเพนตินอยด์ (Gabapentinoid) พยาบาลมีบทบาทในการให้ยาระงับปวด

ก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษาและอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม

2. ระยะผ่าตัด (Intraoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการตอบสนองต่อความเครียดของร่างกายระหว่างการผ่าตัด (Stress minimization) มีแนวทางดังนี้

2.1 การป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด (Antimicrobial prophylaxis) มีรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Surgical site infection) ตั้งแต่ร้อยละ 0.7-16 ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น[9] พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันโดยการเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อไอโอดีนที่มีแอลกอฮอล์เป็นตัวทำละลาย (Alcohol-base iodine) หรือสารละลายคลอร์เฮกซิดีน (Chlorhexidine solution) ในรายที่จำเป็นต้องกำจัดขนให้ใช้ Clipper กำจัดขนภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด รวมทั้งการให้ยาปฏิชีวนะ 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัดและให้ยาซ้ำระหว่างผ่าตัดกรณีการผ่าตัดใช้เวลานาน[4]

2.2 การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia prevention) ผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ แผลหายช้า การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และภาวะสั่นหลังการผ่าตัด (Postoperative shivering) ส่งผลให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้าลงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[2-4] พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำได้โดยการให้น้ำเกลือที่อุ่นทางหลอดเลือดและใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงลม (Convective warming device) หรือผ้าห่มอุ่น[11]

2.3 การดูแลให้สารน้ำอย่างเหมาะสม (Optimal fluid management) เป็นสิ่งสำคัญในการลำเลียงออกซิเจนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดสำรองของหัวใจและไตต่ำ ควรรักษาระดับความดันเลือดและค่าเม็ดเลือดแดงให้เหมาะสมเพื่อหล่อเลี้ยงอวัยวะ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ร่างกายกลับมาทำงานได้ตามปกติ[2-4] พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ควบคุมอัตราการให้สารน้ำ ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำและสื่อสารกับทีมแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ

2.4 การดูแลสายสวนปัสสาวะ (Urinary catheter management) การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อติดตามปริมาณปัสสาวะและประเมินระบบไหลเวียนเลือด แต่การใส่เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะในกรณีที่เป็นการผ่าตัดแบบ MIS และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1-2 ระดับ[2-4] พยาบาลมีบทบาทให้การดูแลตามหลัก CAUTI Bundle ประเมินความจำเป็นในการคาสายสวนปัสสาวะและพิจารณาถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อไม่มีข้อบ่งชี้

2.5 การดูแลสายระบายเลือด (Surgical drain management) การใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัดช่วยลดภาวะของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและการเกิดเลือดออกในช่องไขสันหลัง จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะใส่สายระบายเลือดหรือไม่[12] ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการใส่สายระบายเลือดในกรณีที่เป็นการผ่าตัดแบบ MIS และการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 1-2 ระดับ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปริมาณและลักษณะของเลือด รวมทั้งดูแลให้เป็นระบบปิด/สุญญากาศ ไม่หัก พับ งอ และสื่อสารทีมแพทย์เพื่อพิจารณาถอดสายระบายเลือดทันทีเมื่อไม่จำเป็น[2-4]

2.6 การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea vomiting prevention) อาการนี้เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีประวัติอาการเมาเรือหรือมีประวัติคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด การใช้ยาโอปิออยด์และไนตรัสออกไซด์ในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดยังเพิ่มความเสี่ยงอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด อาการคลื่นไส้อาเจียนทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้ล่าช้า พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการ ให้ความรู้และคำแนะนำในการจัดการอาการ รวมทั้งให้ยาตามแผนการรักษาโดยให้ยาเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยทุกรายและให้ยารักษาคนละกลุ่มเมื่อมีอาการ[2-4]

2.7 การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Venous thromboembolism prophylaxis) VTE ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด พบมากในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมากกว่า 4 ระดับ ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่า 130 นาที ผู้ที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันเลือดสูงและโรคกระดูกสันหลังเสื่อม พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและป้องกันการเกิดภาวะ VTE โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้า เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำให้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น อุปกรณ์ช่วยบีบรัดน่องเป็นจังหวะด้วยลมหรือถุงน่องรัดขา

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาลร่วมประเมินกับแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Low molecular weight heparin) ตามแผนการรักษา[3,4,8]

3. ระยะหลังผ่าตัด (Postoperative) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันหรือกลับไปทำงานได้อย่างปกติ (Normalization) มีแนวทางดังนี้

3.1 การจัดการความปวดหลังผ่าตัด (Postoperative pain management) ควรให้ความสำคัญกับการจัดการความปวด 24-72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตามแนวทางการจัดการความปวดโดยใช้ยาแบบผสมผสาน คือการให้ยาหลายกลุ่มที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกันแต่เสริมฤทธิ์กันเพื่อให้การระงับปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพและลดอาการไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย[13,14] 1) ยากลุ่ม Acetaminophen 2) ยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs หรือ Cyclooxygenase-2 inhibitors: COX-2) 3) ยากลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) เป็นยาหลักในการระงับปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นยาที่ระงับปวดได้ดี แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน 4) ยากลุ่มกาบาเพนตินอยด์ (Gabapentinoid) ออกฤทธิ์ระงับปวดที่มีสาเหตุมาจากเส้นประสาท (Neuropathic pain)[14] 5) ยานีโฟแพม (Nefopam) เป็นยาที่ไม่ใช่กลุ่มโอปิออยด์และกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ลดความเสี่ยงการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ไม่มีฤทธิ์สงบประสาท กดการหายใจและไม่ทำให้เสพติด[14] พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและจัดการความปวดโดยการบริหารยาลดปวดทั้ง ชนิด ขนาด และระยะห่างของมื้อยาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งติดตามและจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การใช้ความเย็น การนวด การใช้ดนตรีและการทำสมาธิ ช่วยลดความสนใจต่อความเจ็บปวด สามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

3.2 การเริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยเร็วที่สุดหลังผ่าตัด (Early oral nutrition) เพื่อให้การทำงานของลำไส้ฟื้นตัวเร็วขึ้น ผู้ป่วยได้รับโภชนาการที่เพียงพอต่อการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อแผลผ่าตัด[6] ซึ่งต่างจากแนวปฏิบัติเดิมที่ให้งดน้ำและอาหารเป็นเวลานาน พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมก่อนเริ่มรับประทานอาหาร จัดท่านั่งและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารจากปริมาณน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มปริมาณขึ้นตามลำดับ ประเมินอาการผิดปกติหลังรับประทานอาหาร เช่น อาการท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน หากมีอาการให้ปรึกษาทีมแพทย์เพื่อประเมินและวางแผนการรักษาต่อไป

3.3 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ (Early mobilization) ควรเริ่มทำกิจกรรมได้ทันทีหลังการผ่าตัดหากไม่มีข้อจำกัด เพื่อลดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น VTE ปอดแฟบ ปอดติดเชื้อ[2-4] พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้คำแนะนำ ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย วางแผน กระตุ้นและช่วยเหลือการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งบนเตียง การลุกยืน การเดิน พร้อมทั้งประเมินอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด เสริมพลังให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งติดตามและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อออกจากโรงพยาบาลและลดการกลับมารักษาซ้ำ พยาบาลมีบทบาทในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนตามหลัก D-METHOD โดยให้ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด การใช้ยา การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน การจัดการภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การเตรียมความพร้อมของครอบครัว และให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว

3.5 การติดตามและพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous improvement and audit) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการติดตามผลลัพธ์การดูแลและปรับปรุงมาตรฐานเพื่อให้เกิดการพัฒนาและเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น[2-4]

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด บทบาทพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดแบ่งตามช่วงเวลาแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดแบ่งตามช่วงเวลา

หัวข้อ	บทบาทพยาบาลตามแนวทาง การส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด	Pre operative		Merge cell	Postoperative
		Prehospital	Admission		
1. การให้ความรู้ คำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัด	• ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับแผนการรักษา การผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อลดความวิตกกังวล	✓	✓	✓	✓
	• การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การหายใจลึกและการไอ การบริหารปอด การบริหารข้อเท้า กายบริหาร	✓	✓		✓
	• ให้คำแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ดูแลหลัก และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ	✓	✓		✓
2. การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด	• ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ โรคร่วม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแก้ไขความผิดปกติ • แนะนำหยุดดื่มสุรา หยุดสูบบุหรี่หรือส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี่	✓	✓		
3. การประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการ	• ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ ติดตามระดับอัลบูมินในเลือด ดัชนีมวลกาย • ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง	✓	✓		✓
4. การงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด	• วางแผนและให้คำแนะนำการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด ร่วมกับวิสัญญีแพทย์ตามความเหมาะสม	✓	✓		
5. การควบคุมระดับน้ำตาลให้เหมาะสม	• ประเมิน ตรวจติดตาม ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระหว่าง 80-180 mg/dL, HbA1c ให้ต่ำกว่า 8%	✓	✓	✓	✓
6. การจัดการความปวด	• ให้ยาระงับปวดก่อนผ่าตัด 1-2 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา		✓		
	• ประเมินความปวด/ประเมินซ้ำหลังจัดการความปวด • การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา			✓	✓
7. การป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	• เตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ • ใช้ Clipper กำจัดขนภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด • ให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1-2 ชั่วโมงก่อนลงมีดผ่าตัด		✓		
8. การป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ	• ดูแลให้น้ำเกลือที่อุ่นทางหลอดเลือด • ใช้เครื่องให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยแรงลมหรือผ้าห่มอุ่น			✓	
9. การดูแลให้สารน้ำอย่างเหมาะสม	• ประเมิน ควบคุมและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก • ติดตาม เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำ			✓	✓
10. การดูแลสายสวนปัสสาวะ	• ดูแลสายสวนปัสสาวะตามหลัก CAUTI Bundle • ถอดสายสวนปัสสาวะทันทีเมื่อไม่จำเป็น			✓	✓

หัวข้อ	บทบาทพยาบาลตามแนวทางการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด	Pre operative		Merge cell	Postoperative
		Prehospital	Admission		
11. การดูแลสายระบายเลือด	• ดูแลให้เป็นระบบปิด/สุญญากาศ ไม่หัก พับ งอ • ประเมินปริมาณและลักษณะของเลือด • ถอดสายระบายเลือดทันทีเมื่อไม่จำเป็น			✓	✓
12. การป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน	• ประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการคลื่นไส้อาเจียน • ให้คำแนะนำในการจัดการอาการ เช่น สูดดมน้ำมันหอมระเหย เคี้ยวหมากฝรั่ง • ให้ยาเพื่อป้องกันและรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน			✓	✓
13. การป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ	• ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน Caprini score • ให้คำแนะนำและส่งเสริมการบริหารข้อเท้า • ใส่ IPC หรือถุงน่องรัดขาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ • ให้ยาป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง			✓	✓
14. การเริ่มรับประทานอาหารทางปากโดยเร็วหลังผ่าตัด	• ประเมินความพร้อมก่อนเริ่มรับประทานอาหาร • ดูแลจัดท่านั่งและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม • ประเมินอาการผิดปกติหลังรับประทานอาหาร				✓
15. การส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ	• ให้คำแนะนำการเคลื่อนไหวร่างกายและการทำกิจกรรม • ประเมินความพร้อมด้านร่างกายก่อนเริ่มกิจกรรม • กระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด เช่น การลุกนั่ง ยืน เดิน การช่วยเหลือตนเอง • เสริมพลังให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้อย่างมั่นใจ • ติดตามและประเมินสภาพอย่างต่อเนื่อง				✓
16. การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	• ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามหลัก D-METHOD • การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการช่วยดูแลผู้ป่วย	✓	✓		✓
17. ติดตามและพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง	• ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง • พัฒนาการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	✓	✓	✓	✓

บทสรุป

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในทุกระยะการผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดและลดการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดจากการผ่าตัด โดยการประเมินและแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การให้ความรู้คำแนะนำเพื่อให้เข้าใจแผนการรักษา การจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การส่งเสริมการเคลื่อนไหว การเสริมพลัง รวมทั้งการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทเหล่านี้สำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดอาการปวดหลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

References

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2025: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e316-329.
2. Bansal T, Sharan AD, & Garg B. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in spine surgery. Journal of clinical orthopaedics and trauma. 2022;31(8):101944.
3. Dietz N, Sharma M, Adams S, Alhourani A, Ugiliweneza B, Wang D, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) for spine surgery: a systematic review. World neurosurgery. 2019;130(10):415-26.
4. Debono B, Wainwright TW, Wang MY, Sigmundsson FG, Yang MMH, Smid-Nanninga H, et al. Consensus statement for perioperative care in lumbar spinal fusion: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. The spine journal. 2021; 21(5): 729-52.
5. Zarina S. Ali, Tracy S. Ma, Ali K. Ozturk, Neil R. Malhotra, James M. Schuster, Paul J. Marcotte, et al. Pre-optimization of spinal surgery patients: Development of a neurosurgical enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol. Clinical Neurology and Neurosurgery. 2018;164(1):142-53.
6. Adogwa O, Elsamadicy AA, Mehta AI, Cheng J, Bagley CA, & Karikari IO. Preoperative nutritional status is an independent predictor of 30-day hospital readmission after elective spine surgery. Spine. 2016;41(17):1400–4.
7. ASA task Force. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the american society of anesthesiologists task force on preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration. Anesthesiology. 2017; 126(3):376–93.
8. Meyrat R, Vivian E, Sridhar A, Gulden RH, Bruce S, Martinez A, et al. Development of multidisciplinary, evidenced-based protocol recommendations and implementation strategies for anterior lumbar interbody fusion surgery following a literature review. Medicine. 2023;102(47):e36142.
9. Spina NT, Aleem IS, Nassr A, & Lawrence BD. Surgical site infections in spine surgery: preoperative prevention strategies to minimize risk. Global spine journal. 2018;8(4 Suppl): 31S–6S.
10. Sekerak R, Mostafa E, Morris MT, Nessim A, Vira A, & Sharan A. Comparative outcome analysis of spinal anesthesia versus general anesthesia in lumbar fusion surgery. Journal of clinical orthopaedics and trauma. 2021;13(2):122-6.
11. Simegn GD, Bayable SD, & Fetene MB. Prevention and management of perioperative hypothermia in adult elective surgical patients: a systematic review. Annals of medicine and surgery. 2021;72(12):103059.
12. Patel SB, Griffiths-Jones W, Jones CS, Samartzis D, Clarke AJ, Khan S, et al. The current state of the evidence for the use of drains in spinal surgery: systematic review. European spine journal. 2017;26(11):2729-38.

13. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand and Thai Association for the Study of Pain. Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. 2nd ed. Bangkok. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand and Thai Association for the Study of Pain; 2019. (in Thai)
14. Singhatanadgige W. Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. 1st ed. Bangkok. Chulalongkorn University press; 2022. (in Thai)
15. Konthiang K, Varee A, & Niramon P. The Role of Holistic Nurses in Integrative Non-Pharmacological Pain Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 73-81. (in Thai)

ระบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์เบาหวานโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

Diabetes Patients Follow-up Tracking System in Urban Community: A Case Study of the Diabetes Center, Charoenkrung Pracharak Hospital

จารุภัณฑ์ กุลเสถียร[1] ศรัณยา พิมลเกตุกุล*[2] ณัฐวัตร วงค์จันทร์[2]
Jarupan Kunsathian[1] Saranya Pimolkatekul*[2] Natthawat Wongchan[2]
[1]โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120
[1]Charoenkrung Pracharak Hospital, Bangkok, Thailand 10120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300
[2]Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand 10300

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอัตราการเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 12.5 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่อยู่ที่ร้อยละ 9.5 อุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง ได้แก่ การขาดระบบการติดตามเยี่ยมอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา และภาระงานของประชากรในเมือง ดังนั้น ระบบการให้ความรู้ด้านการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมโรคและลดภาวะแทรกซ้อน การพัฒนาทักษะ ความรู้และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลที่ให้คำแนะนำด้านโรคเบาหวาน การจัดระบบการติดตามเยี่ยมที่เหมาะสมกับประเภทของโรคและบริบทของสังคมเมือง ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การพยาบาลทางไกล เป็นต้น จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, ระบบติดตามเยี่ยม, เขตเมือง

Abstract

Diabetes is one of the non-communicable diseases (NCDs) that significantly impact public health systems in Thailand and globally. The urban population, particularly in Bangkok, has a diabetes prevalence rate of 12.5%, which is higher than the national average of 9.5%. A key challenge in managing diabetes in urban settings is the lack of an efficient follow-up system, primarily due to time constraints and work commitments among urban residents. Therefore, self-care education and systematic follow-up for diabetic patients play a crucial role in promoting disease control and reducing complications. Enhancing the skills, knowledge, and competencies of healthcare professionals, particularly nurse educators specializing in diabetes care, is essential. Establishing a follow-up system tailored to the specific types of diabetes and the urban social context, as well

Corresponding Author: *E-mail: Saranya.p@nmu.ac.th

วันที่รับ (received) 5 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ก.ค. 2568

as integrating technology to facilitate communication with patients and their families such as Tele-nursing, will improve diabetes management efficiency and contribute to the long-term well-being of patients and their families.

Keywords: Diabetes Patients, Follow-up Tracking System, Urban Community

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งใน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCD) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus; T2DM) ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุ เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) หรือ การผลิตอินซูลินที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินค่าปกติและส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา คาดการณ์ว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 อยู่ที่ 9.3% (463 ล้านคน) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 10.2% (578 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2573 และ 10.9% (700 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2588[1] อย่างไรก็ตาม ข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกพุ่งสูงขึ้นถึง 830 ล้านคน[2] ซึ่งสูงกว่าที่คาดการณ์ไว้เกือบสองเท่า โดยภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุด ได้แก่ แปซิฟิกตะวันตก ประมาณ 260 ล้านคน, เอเชียใต้ ประมาณ 90 ล้านคนและภูมิภาคอื่น ๆ นอกจากนี้ รายงานยังระบุว่าประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกยังไม่ได้รับการรักษา โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น[3]

สำหรับประเทศไทยจากรายงาน พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยอยู่ที่ 427.4 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559[4] โดยความชุกของโรคเบาหวานในผู้ชายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.8 และผู้หญิง จากร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 8.6 และร้อยละ 10.3 ในปี พ.ศ. 2562 ตามลำดับ[5] โดยกรุงเทพมหานครมีอัตราการเป็นโรคเบาหวานถึง 12.5% เมื่อเทียบกับภาพรวมของประชากรทั้งประเทศที่มีอัตราการเป็นโรคเบาหวานที่ 9.5%[6] อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปอาจเป็นหนึ่งที่ทำให้ประชากรในเขตเมืองมีสุขภาวะไม่เหมาะสม เช่น กรุงเทพมหานคร ที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากพื้นที่ชนบท มีแนวโน้มทำให้เกิดโรคเบาหวานหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มสูงขึ้น เช่น การใช้ชีวิตที่เร่งรีบและการเดินทางที่ต้องใช้เวลามากขึ้นจากการจราจรที่หนาแน่น ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนเลือกบริโภคอาหารที่สะดวก รวดเร็วและมีคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารแปรรูป อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง เป็นต้น[7]

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก การรักษาโรคเบาหวานมีเป้าหมายคือ รักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง โดยมีการติดตามและปรับแผนการรักษารายบุคคล พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ดำเนินงานตามมาตรฐานศูนย์เบาหวาน รวมถึงการบูรณาการความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องมีระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะหลังการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพิ่มความต่อเนื่องของการรักษา และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะในบริบทของเขตเมือง จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบว่ามีจำนวน 14,793 ราย, 15,379 ราย และ 16,250 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้มีผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์เบาหวานจำนวน 3,809 ราย, 3,700 ราย และ 4,018 ราย ตามลำดับ[8] โดยศูนย์เบาหวานของโรงพยาบาลให้บริการครอบคลุมผู้ป่วยเบาหวานทุกประเภท ทั้งด้านการตรวจรักษา ป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมทั้งสนับสนุน

การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และเน้นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ สถิติการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยในศูนย์เบาหวานในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 อยู่ที่ร้อยละ 57.7, 88.6 และ 88.09 ตามลำดับ สะท้อนถึงแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการรักษาที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มผู้ป่วยบางประเภทที่ประสบปัญหาในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ที่ได้รับอินซูลิน และผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การใช้ยาและการฉีดอินซูลิน ซึ่งยังดำเนินการได้ไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ อันเนื่องมาจากช่วงเวลาการนัดติดตามที่ห่างกันทุก 3 เดือน[9] ดังนั้น ศูนย์เบาหวานจึงได้พัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมหลังการให้บริการ โดยจำแนกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความจำเป็นในการดูแล พร้อมกำหนดระยะเวลาการติดตามที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม และนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการติดตามการดูแลตนเอง บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนและเผยแพร่ระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในบริบทของระบบบริการสุขภาพในเขตเมือง

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในต่างประเทศ

ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเทศอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างของระบบสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศโปแลนด์ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคเบาหวานหรืออายุรศาสตร์ หรือพยาบาลที่สำเร็จหลักสูตร Diabetes Educator นอกจากนี้ พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในแผนกหรือคลินิกโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า 2 ปี ก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ในระบบการติดตามเยี่ยมได้ โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเบาหวานในโปแลนด์ประกอบด้วย: (1) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการรักษาทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด, (2) การตรวจระดับ HbA1c, ระดับ Serum total cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol, Triglycerides, Albuminuria และการตรวจปัสสาวะ, Serum creatinine และ eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง, (3) ตรวจระดับ Serum creatinine, โซเดียม, โพแทสเซียม, แคลเซียม, และฟอสเฟต ทุก 6 เดือน, (4) ตรวจจอประสาทตา ภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน[10]

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยภายใต้ระบบสาธารณสุขของไทยในอดีต ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง โดยมุ่งเน้นเฉพาะใน 5 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง, หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะทางจิตเวช, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) และผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งการติดตามเยี่ยมจะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรค โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย[11] สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน แม้จะเป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย แต่ระบบการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังไม่มีความชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่อยู่นอกกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่ได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในทางปฏิบัติการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปมักมีการกำหนดช่วงเวลาไว้ทุก 4 สัปดาห์ หรือทุก 3 เดือน โดยไม่ได้จำแนกตามชนิดของโรคเบาหวานหรือระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งแนวทางดังกล่าวอาจไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีความเสี่ยงสูงที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานให้มีความเป็นระบบมากขึ้น และสามารถปรับตามความต้องการเฉพาะราย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรฐานคลินิกเบาหวานและแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน, การให้โภชนบำบัดทางการแพทย์, และการดูแลผู้เป็นเบาหวานแบบประคับประคอง และผู้เป็นเบาหวานที่เปราะบาง ด้วยเทคนิค motivational interviewing, cognitive behavioral therapy, stage of change model, การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การสอนแสดงกลับและการสอนที่มีการสื่อสารสองทางร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสอน เช่น LINE, YOUTUBE หรืออื่น ๆ เป็นต้น[12] การติดตามการดูแลรักษาในช่วงแรกอาจกำหนดทุก 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้จริงหากผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้

สามารถยืดระยะเวลาออกเป็นทุก 2 สัปดาห์ และทุก 4-6 สัปดาห์[9] อย่างไรก็ตามระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมืองยังไม่พบแนวปฏิบัติเฉพาะซึ่งการดูแลในเขตเมืองควรคำนึงถึงลักษณะสังคม วิถีชีวิต ระดับการศึกษา รวมถึงความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม

ปัญหาของการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง

ในประเทศไทย "เขตเมือง" หมายถึง กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และเขตเทศบาล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นและเป็นศูนย์กลางของความเจริญในด้านต่าง ๆ เช่น การคมนาคมและเทคโนโลยี ประชากรในเขตเมืองมักมีระดับการศึกษาและความรู้สูงกว่าประชากรในชนบท ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขในเขตเมืองมีคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกกว่า[13] อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของประชากรในเขตเมืองอย่างรวดเร็วอาจทำให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยล่าช้าหรือไม่ครอบคลุมทั่วถึง เนื่องจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ความหลากหลายของอาชีพในเขตเมืองที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการติดตามเยี่ยมในเวลาราชการได้ เช่น ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรมจากการจ้างงานชาวต่างชาติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านการสื่อสารและการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ดังนั้น การพัฒนาระบบและทักษะของพยาบาลในการติดตามเยี่ยมที่เหมาะสมกับบริบทของเขตเมืองในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น[14]

ทักษะของพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะเพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจึงต้องมีทักษะหลากหลาย ซึ่งผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปได้ดังนี้

1. ทักษะทางคลินิก (Clinical skills) พยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตเมือง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ มีความรู้ด้านการคัดกรองและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย รวมไปถึงการมีศักยภาพในการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม[15]

2. ทักษะการให้คำปรึกษา (Counseling Skills) พยาบาลควรมีทักษะในการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในเขตเมือง แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว แต่ข้อมูลบางส่วนอาจไม่ถูกต้อง[15]

3. ทักษะด้านการสื่อสาร (Communication Skills) พยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารที่สามารถปรับให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละรายได้ การใช้ภาษาที่ชัดเจน และเข้าใจง่ายในการอธิบายแนวทางการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การฟังอย่างตั้งใจช่วยให้พยาบาลเข้าใจปัญหาและข้อกังวลของผู้ป่วย ทำให้สามารถให้คำแนะนำได้อย่างตรงจุด ในบริบทของเขตเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว การเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ อีกทั้งสังคมเมืองมักมีความหลากหลายทางเชื้อชาติและภาษา ทำให้เกิดอุปสรรคในการสื่อสารและเสี่ยงต่อความเข้าใจผิดเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลควรมีทักษะด้านภาษาต่างประเทศเพิ่มเติม[16]

4. ทักษะการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Collaboration Skills) การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมืองจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ การบูรณาการการดูแลระหว่างแพทย์ นักโภชนาการ และเภสัชกร ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น[17]

5. ทักษะการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย (Digital health skills) ปัจจุบันเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น พยาบาลควรมีทักษะในการใช้เทคโนโลยี เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงการดูแลในอนาคต ทั้งการใช้แอปพลิเคชันด้านสุขภาพและการให้คำแนะนำผ่านการแพทย์ทางไกล (telemedicine)[18]

6. ทักษะด้านความเข้าใจบริบทชุมชนเมือง (Urban health understanding) พยาบาลต้องเข้าใจปัจจัยเฉพาะของเขตเมืองที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีทักษะในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในเขตเมือง เช่น วิถีชีวิตเร่งรีบ อาหารจานด่วน การเข้าถึงพื้นที่ออกกำลังกายที่จำกัด การเข้าถึงทรัพยากรในชุมชน เพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำขณะติดตามเยี่ยมตามบริบทของผู้ป่วยได้[19]

บทบาทพยาบาลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมือง

กรณีศึกษาศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงขนาด 471 เตียง ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชนในพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานครฝั่งพระนครใต้ โดยหนึ่งในหน่วยงานสำคัญของโรงพยาบาลคือ ศูนย์เบาหวานให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบครบวงจรตั้งแต่ปี พุทธศักราช 2562 จนถึงปัจจุบัน ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้รับการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ด้านระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน (Disease Specific Certification: Diabetes) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งยืนยันถึงคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการ ซึ่งให้บริการตรวจวินิจฉัย รักษา และติดตามอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกประเภท โดยมีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม พร้อมด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง Certified Diabetes Educator (CDE) หลักสูตร 1 ปี นักโภชนาการ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ยังมีบริการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ตรวจตา ตรวจเท้า ตรวจระบบประสาทและเฉพาะทางอื่นๆ เช่น การตรวจสมรรถนะของหลอดเลือดส่วนปลาย ผ่านแบบบันทึกการให้คำแนะนำ/การให้ความรู้/ปรึกษาสุขภาพศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยอยู่ที่ 1:15 ต่อวัน ซึ่งดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ครบครันสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่น สื่อการสอน อุปกรณ์และนวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เครื่องมือตรวจวินิจฉัยพิเศษ และอุปกรณ์สำหรับประเมินภาวะสุขภาพเพื่อให้สามารถติดตามและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบกับอัตราส่วนของพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลเบาหวานที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง อันอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเมืองที่มีความหลากหลายทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ร่วมกับนโยบายของรัฐบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) จึงเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล เสริมสร้างความรู้เฉพาะทางและทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

ระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานเป็นแนวปฏิบัติที่มีความหลากหลายขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน ปัจจัยพื้นฐานของผู้รับบริการ นโยบายระดับชาติ และแนวทางปฏิบัติที่อาจเปลี่ยนแปลงไปตามความก้าวหน้าขององค์ความรู้และงานวิจัยทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จึงมีการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประสบการณ์การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในระยะเวลา 3 ปี จัดทำแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานขึ้น

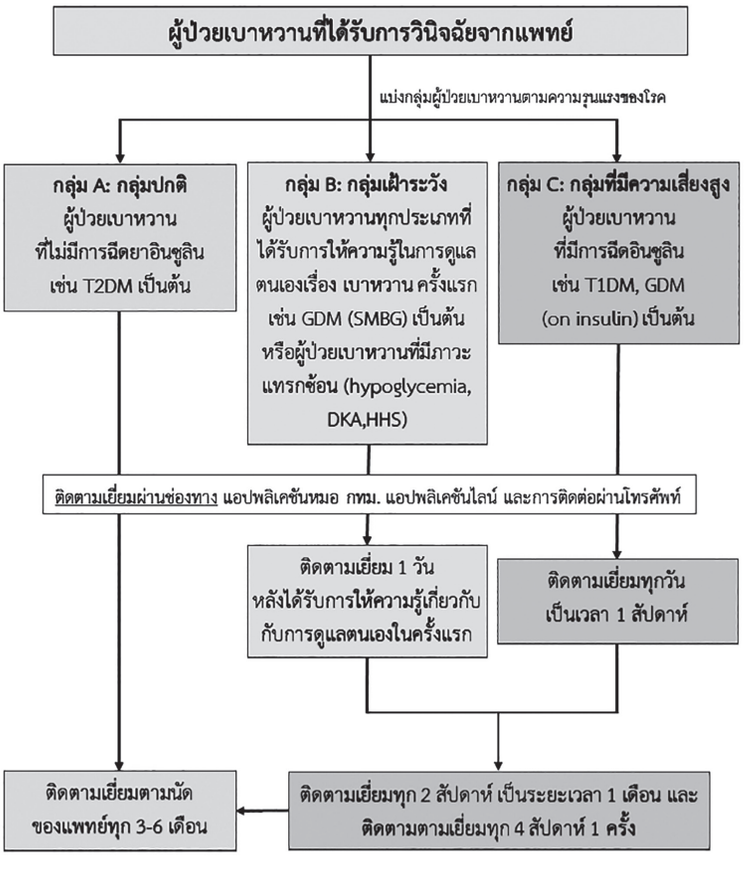
จากการศึกษาพบว่า กลุ่ม A ผู้ป่วยเบาหวานประเภททั่วไป หรือผู้ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้รับการฉีดอินซูลิน ควรได้รับการติดตามเยี่ยมตามแผนการรักษาภายในระยะเวลา 3–6 เดือน[10,20] นอกจากนี้ การติดตามผลหลังการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองในกลุ่ม B ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การติดตามผลช่วยให้สามารถประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ตรวจสอบความสามารถในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายได้[21] ซึ่งการติดตามผลภายใน 1 วัน หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถส่งผลดีต่อการรับรู้และการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง โดยการติดตามผลสามารถดำเนินการผ่านหลายช่องทาง เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การส่งข้อความเตือน หรือการเข้าพบทางคลินิก สำหรับกลุ่ม C ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus; T1DM) และผู้ป่วยที่ต้องใช้อินซูลินในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การติดตามเยี่ยมอย่างใกล้ชิดถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เช่น ภาวะคีโตแอซิโดซิสจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis; DKA) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สามารถคุกคามต่อชีวิตหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที[22] พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมีการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการติดตามช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ณ ศูนย์เบาหวานตามผังแนวทางดังภาพที่ 1 โดยการให้บริการ Tele-Nurse ผ่านแอปพลิเคชันหมอ กทม. เปิดให้ประชาชนสามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพกับพยาบาลวิชาชีพผ่านระบบวิดีโอคอล โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร โดยให้บริการด้านคำแนะนำเบื้องต้น การติดตามอาการหลังจำหน่าย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการคัดกรองเบื้องต้นสำหรับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม การนัดหมายเข้า Tele-nurse ผ่านระบบนัดหมาย e-PHIS ของโรงพยาบาล เมื่อถึงวันนัดพยาบาลศูนย์เบาหวานจะทำการโทรติดต่อผู้ป่วยผ่าน โปรแกรมนัดหมาย tele-nurse และ หมอ กทม. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงหรือใช้งานแอปพลิเคชัน “หมอ กทม.” ได้ พยาบาลจะใช้ช่องทางสื่อสารอื่น เช่น LINE หรือแอปพลิเคชันอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยสะดวก เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่องและไม่เป็นอุปสรรคต่อการติดตามเยี่ยม

สรุป

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานเป็นภารกิจสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำด้านโรคเบาหวาน ซึ่งควรผ่านการอบรม CDE และมีอุปกรณ์สำหรับตรวจร่างกายพร้อมสื่อการสอนที่เหมาะสม ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานตามกลุ่มความรุนแรงของโรคเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ บทความวิชาการนี้ได้นำเสนอระบบและโครงสร้างการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เน้นการดูแลผู้ป่วยในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 แนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ณ ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานไปใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาล ควรได้รับการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น แนวทางการดูแลของศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพและพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านเบาหวานเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งสามารถดำเนินการตามระบบได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากมีทรัพยากรเพียงพอ อย่างไรก็ตาม การนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลระดับอื่น จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม

2. จากงานวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน กระตุ้น และดูแลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม[23]

3. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปใช้จริง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางดังกล่าว และปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในอนาคต

References

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Research and Clinical Practice. 2019;157:1–10.
2. International Diabetes Federation. Diabetes around the world in 2021. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
3. World Health Organization. Diabetes. Geneva: World Health Organization; 2025.
4. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control. Situation Report on NCDs: Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2020. (in Thai)
5. Rattasart C. Obesity and risk behaviors for diabetes in Thai adults and the elderly. Diabetes Journal. 2013;55(2):12–9. (in Thai)
6. Aekplakorn W, Puckcharern H, & Satheannoppakao W. The Sixth Thai National Health Examination Survey (2019–2020): Research Report. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2021. (in Thai)
7. Institute for Urban Disease Prevention and Control, Department of Disease Control. Master Plan for Urban Disease Prevention and Control 2018–2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
8. Charoenkrung Pracharak Hospital. Annual statistical report 2022–2024. Bangkok: Charoenkrung Pracharak Hospital; 2025. (in Thai)
9. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2023. Alexandria, Va: American Diabetes Association; 2023.
10. Araszkiewicz A, Bandurska-Stankiewicz E, Borys S, Budzynski A, Cyganek K, Cypryk K, et al. 2021 guidelines on the management of patients with diabetes: A position of Diabetes Poland. Clinical Diabetology. 2021;10(1):1–113.
11. Piriya P, Kanjana C, Pissamai L, & Paramaporn D. Development of community-based Home Visit Guidelines for Patients with Complexity Problem Suksamran Health Promoting Hospital Dongmaung Sub-district Yangsisurach district, Mahasarakham province. Journal of Environmental and Community Health. 2020; 5(3):111-8. (in Thai)

12. Sutthijamroon A, Rodaree P, Likitmasakun S, Khunsuekmaengrai K, Tantayothai W, Srinapakhon W, et al. Development Guidelines for Diabetes Clinic Standards. 2th ed. Bangkok: Siremeuang Printing; 2024. (in Thai)
13. Department of Disease Control. Situation Report on NCDs: Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors 2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2019. (in Thai)
14. Hirunrak C. Factors influencing the quality standards of type 2 diabetes care in the primary healthcare network of Huai Mek District, Kalasin Province. Journal of Environmental Health and Community Health. 2020;5(1):52–66. (in Thai)
15. Firy P. Diabetes nursing: Improving care for patients with diabetes. Diabetes Management. 2023; 13(1):443–4.
16. Jansink R, Braspenning J, Weijden T, Elwyn G, & Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: A qualitative analysis. BioMed Central Family Practice. 2010; 11(1):1–7.
17. Szafran O, Kennett SL, Bell NR, & Torti JMI. Interprofessional collaboration in diabetes care: perceptions of family physicians practicing in or not in a primary health care team. BioMed Central Family Practice. 2019; 20(1):1–10.
18. Dailah HG. The Influence of Nurse-Led Interventions on Diseases Management in Patients with Diabetes Mellitus: A Narrative Review. Healthcare. 2024;12(3):1-17.
19. Foss R, Fischer K, Lampman MA, Laabs S, Halasy M, Allen SV, et al. Disparities in diabetes care: Differences between rural and urban patients within a large health system. Annals of Family Medicine. 2023;21(3):234–9.
20. Sunongbua A, & Suvannasan L. The effectiveness of diabetes home visit programs in urban settings: A systematic review. Thai Journal of Nursing 2022;34(2);45–59.
21. Smith D, Johnson L, & Brown R. The impact of follow-up education on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. International Journal of Diabetes and Endocrinology. 2022;48(3):123–34.
22. Quezada RG, & Edriss H. Diabetic ketoacidosis: Should current management include subcutaneous insulin injections?. The Southwest Respiratory and Critical Care Chronicles. 2017;5(19):6-10.
23. Awasda V, Virapun W, Doungrut W, & Prasert A. Role of nurse case manager at short stay service and chemotherapy in the Ramathibodi Home-based Chemotherapy Model: RHCM. Journal of The Royal Thai Army. 2025;26(1): 10–8. (in Thai)

ความท้าทายและโอกาส: พยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ

Challenges and Opportunities:
A Nurse Entrepreneur in the Health Care System

วัลภา อรัญนะภูมิ[1] จุฬาพร ยาพรม*[1] พิมพ์วิมล ยงใจยุทธ[2]
Vanlapa Arannapoom[1] Chulaporn Yaprom*[1] Pimwimon Yongchaiyoot[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300
[1]Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand 10300
[2]โรงพยาบาลจักษุ รัตนิน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10110
[2]Rutnin Eye Hospital, Bangkok, Thailand 10110

บทคัดย่อ

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผันจากยุค VUCA WORLD สู่ยุค BANI WORLD ซึ่งเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน เปราะบาง และไม่แน่นอน ภายหลังวิกฤตการณ์ เช่น โควิด-19, ภัยพิบัติ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก ทั้งด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ บุคลากรการแพทย์ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน พยาบาลในฐานะกำลังหลักของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการทางคลินิกสู่การเป็นผู้ประกอบการพยาบาล เพื่อขยายบทบาทการให้บริการสุขภาพและตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของสังคม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับความหมาย สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการพยาบาล การดำเนินธุรกิจให้ประสบความสำเร็จสำหรับผู้ประกอบการพยาบาล ความท้าทายและโอกาสในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงข้อเสนอแนะในการส่งเสริมบทบาทของผู้ประกอบการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ โดยมีความท้าทายที่สำคัญ เช่น การขาดทักษะทางธุรกิจ การมีทัศนคติแบบเดิม และข้อจำกัดเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตามก็ยังมีโอกาสในการเป็นผู้ประกอบการพยาบาล คือ ความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลาย และการที่พยาบาลมีความรู้ทางวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการ โดยบทความเสนอข้อเสนอแนะใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านนโยบาย ด้านปฏิบัติการ ด้านการวิจัย และด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและผลักดันพยาบาลให้สามารถก้าวสู่บทบาทผู้ประกอบการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลผู้ประกอบการ, ระบบบริการสุขภาพ, การบริหารการพยาบาล

Abstract

The current healthcare system is undergoing a significant transformation, shifting from the VUCA world, characterized by volatility, uncertainty, complexity, and ambiguity, to the BANI world, which is defined by brittleness, anxiety, nonlinearity, and incomprehensibility. Following global crises such as the COVID-19 pandemic and natural disasters, which have profoundly affected health systems worldwide in terms of healthcare management, medical workforce, and public access to services, nurses, as a vital part of the healthcare workforce, are required to expand their roles from traditional clinical providers to become nurse entrepreneurs. This transformation allows them to broaden health services and better respond to the changing

Corresponding Author: *Email: chulaporn@nmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 18 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 27 ก.ย. 2568

needs of society. This article aims to present knowledge regarding the concept and competencies of nurse entrepreneurs, strategies for achieving success in entrepreneurial nursing, and the challenges and opportunities involved in this role within the healthcare system. Major challenges include the lack of business skills, conventional attitudes, and policy limitations. However, there are also promising opportunities, such as the increasing demand for diverse health services and the professional knowledge nurses possess in caring for individuals. The article concludes with recommendations in four areas: policy, practice, research, and nursing administration as a framework to support and promote the development of nurse entrepreneurs in an effective and sustainable manner.

Keywords: Nurse Entrepreneur, Healthcare System, Nursing Administration

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่มีความเป็นพลวัตรมากที่สุดระบบหนึ่ง[1] ทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเปลี่ยนผันจากยุค VUCA WORLD สู่ยุค BANI WORLD ซึ่งเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ความเปราะบาง และความซับซ้อนที่ยากต่อการคาดการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี สังคม เศรษฐกิจ ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งพยาบาลเป็นกำลังสำคัญทางด้านทรัพยากรมนุษย์ในระบบสุขภาพของทุกประเทศ จึงต้องเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวนี้อย่างทันท่วงที ดังนั้น การปรับเปลี่ยนตนเองไปเป็นผู้ประกอบการทางการพยาบาล (Nursing entrepreneurship) จึงเป็นโอกาสในการตอบสนองต่อแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลง ขยายบริการด้านสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพในระดับโลก[2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การพยาบาลทางไกล (Telenursing) เพื่อช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพนอกสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและลดต้นทุน[3,4]

พยาบาลผู้ประกอบการ (Nurse entrepreneur) มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพที่จะพัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทาง และธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล[2] เช่น ธุรกิจสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ ธุรกิจสถานบริการการดูแลเด็ก ธุรกิจการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพและความงาม ธุรกิจด้านกิจการสปาเพื่อสุขภาพ เป็นต้น[5] ซึ่งสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) กล่าวว่าเป็นการให้บริการพยาบาลโดยตรงต่อผู้รับบริการ รวมถึงการให้ความรู้ การศึกษาวิจัย และเป็นผู้บริหารจัดการหรือผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ[6] อย่างไรก็ตาม พบว่าพยาบาลมีสัดส่วนในการเป็นผู้ประกอบการเพียง 6% เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์และนักกายภาพบำบัด[7] นั่นอาจสะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคหรือข้อจำกัดบางประการที่ยังคงเป็นความท้าทายต่อการก้าวเข้าสู่เส้นทางผู้ประกอบการของพยาบาล

การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการยังคงเผชิญกับความท้าทายหลากหลายประการ ทั้งในด้านโครงสร้าง ระบบสนับสนุน และทัศนคติของสังคมต่อบทบาทของพยาบาล จากการศึกษาในประเด็น ความท้าทาย โอกาส และอุปสรรค พบว่าความท้าทายหรืออุปสรรคที่สำคัญประกอบด้วย 7 ประการ ได้แก่ ความกลัว การขาดความรู้และทักษะ ประสบการณ์จากวัฒนธรรมการทำงานแบบเดิม ข้อจำกัดด้านนโยบายและกระบวนการตัดสินใจ ปัญหาด้านระบบประกันสุขภาพ ความอิจฉาริษยาจากเพื่อนร่วมงาน และทัศนคติที่ไม่เป็นมืออาชีพ อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีโอกาสที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ และความสามารถในการแสวงหาโอกาสทางธุรกิจ ปัจจัยทั้งสองนี้สามารถเป็นรากฐานที่ดีในการส่งเสริมให้พยาบาลกล้าก้าวเข้าสู่บทบาทผู้ประกอบการได้อย่างมั่นใจ[8] การส่งเสริมจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนและเป็นกลไกสำคัญในการเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และลดภาระในระบบบริการสุขภาพ รวมถึงส่งผลให้พยาบาลผู้ประกอบการมีโอกาสเติบโตสูงในยุคปัจจุบันและอนาคต[8,9] ดังนั้นการเข้าใจความท้าทายและโอกาสจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ความหมายและความสำคัญของของพยาบาลผู้ประกอบการ

พยาบาลผู้ประกอบการ หมายถึง พยาบาลเจ้าของกิจการที่ให้บริการทางการพยาบาล ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของการดูแลรักษาโดยตรง การให้ความรู้ การวิจัย การบริหารจัดการ หรือการให้คำปรึกษา[6] นอกจากนี้ยังหมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่นำความรู้และทักษะด้านการพยาบาล ตลอดจนองค์ความรู้จากการศึกษาและการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการประกอบธุรกิจด้านสุขภาพ โดยมีบทบาทเป็นผู้ริเริ่มวางแผน ดำเนินงาน และรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินธุรกิจด้วยตนเอง[10] และยังหมายถึงพยาบาลที่ดำเนินธุรกิจของตนเอง ซึ่งให้บริการด้านการพยาบาล โดยรูปแบบของบริการอาจครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง การให้ความรู้ การวิจัย การบริหารจัดการ หรือการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ พยาบาลกลุ่มนี้นำประสบการณ์ในวิชาชีพและความรู้ทางการศึกษามาต่อยอดสู่การเริ่มต้นธุรกิจสุขภาพ ลักษณะของธุรกิจอาจรวมถึงการออกแบบและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การให้บริการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การให้คำปรึกษาเชิงสุขภาพ หรือการจัดการฝึกอบรมและถ่ายทอดองค์ความรู้แก่บุคลากรในสายวิชาชีพอื่น ๆ[8]

โดยสรุปได้ว่า พยาบาลผู้ประกอบการ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่นำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทางการพยาบาลมาพัฒนาแนวคิดหรือบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อจัดตั้งและดำเนินธุรกิจของตนเอง โดยรูปแบบของธุรกิจอาจครอบคลุมทั้งการให้บริการพยาบาลโดยตรง การให้ความรู้ การวิจัย การบริหารจัดการ การให้คำปรึกษา การออกแบบและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการจัดอบรมในสายสุขภาพ

สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการพยาบาล

สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) ได้ให้ความสำคัญกับพยาบาลผู้ประกอบการว่าเป็นเส้นทางอาชีพที่ถูกยอมรับ (Legitimate career pathway) ของวิชาชีพพยาบาล โดยเน้นสมรรถนะสำคัญ เช่น การบริหารจัดการ การเงิน การตลาด และภาวะผู้นำ[11] ทั้งนี้ สมรรถนะของพยาบาลผู้ประกอบการ (Nurse Entrepreneur Competencies) เป็นปัจจัยสำคัญที่มิใช่เพียงแค่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจด้านสุขภาพ แต่ยังรวมถึงคุณภาพของการให้การพยาบาลเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลผู้ประกอบการพยาบาล มีดังนี้[12]

1. สมรรถนะด้านบริการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการให้การพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงทักษะการทำหัตถการและการผดุงครรภ์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ประกอบการต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วนและเหมาะสมตามบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน

2. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ โดยพยาบาลผู้ประกอบการจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ สามารถวางแผนบริหารจัดการธุรกิจ การพัฒนากลยุทธ์ การบริหารจัดการทีมงาน รวมถึงการบริหารจัดการการเงิน การบัญชี และการจัดทำระบบบัญชียาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้การดำเนินธุรกิจเป็นไปอย่างยั่งยืน

3. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม พยาบาลผู้ประกอบการจำเป็นต้องมีความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพ การตัดสินใจเชิงจริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและคลินิก รวมถึงยึดมั่นในหลักจรรยาบรรณการพยาบาลและเคารพสิทธิของผู้รับบริการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางกฎหมายและรักษาความน่าเชื่อถือของธุรกิจ

4. สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินธุรกิจพยาบาล พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีความสามารถในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการให้บริการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ มาสนับสนุนการให้บริการเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการสุขภาพ

5. สมรรถนะด้านการจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ การจัดการเรื่องร้องเรียน และการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล

6. สมรรถนะด้านการเข้าใจชุมชนและบริบทสังคม พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีความเข้าใจลึกซึ้ง ในวัฒนธรรมชุมชน และบริบททางสังคมที่ตนให้บริการ เพื่อให้สามารถออกแบบและปรับบริการให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

7. สมรรถนะด้านนวัตกรรมและการสร้างสรรค์ การสร้างสรรค์นวัตกรรมและการนำแนวคิดใหม่ ๆ มาพัฒนาบริการเป็นสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลผู้ประกอบการ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงและความต้องการที่หลากหลายของตลาดสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิผล

8. สมรรถนะด้านการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลผู้ประกอบการต้องมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งกับผู้รับบริการ ทีมงาน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ดีและความสัมพันธ์ที่มั่นคง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในทุกระดับของการดำเนินธุรกิจ

สรุปได้ว่า ผู้ประกอบการพยาบาลต้องมีสมรรถนะรอบด้าน ทั้งด้านบริการ การบริหารจัดการ ภาวะผู้นำ กฎหมายและจริยธรรม การพัฒนาคุณภาพ การจัดการความเสี่ยง ความเข้าใจชุมชน นวัตกรรม และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถดำเนินธุรกิจพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในบริบทของสังคมไทย

แนวทางการดำเนินธุรกิจให้ประสบความสำเร็จสำหรับผู้ประกอบการพยาบาล

การเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลที่ต้องการก้าวเข้าสู่บทบาทผู้ประกอบการ ถือเป็นปัจจัยสำคัญ ต่อความสำเร็จในการดำเนินธุรกิจ โดยแนวทางที่จะทำให้ผู้ประกอบการพยาบาลประสบความสำเร็จแบ่งออกเป็น 3 ระยะ[13] ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น เป็นช่วงแรกของการวางรากฐาน ซึ่งผู้ประกอบการควรเริ่มจากการพัฒนาทัศนคติและความคิดเชิงผู้ประกอบการ ฝึกการคิดวิเคราะห์ และค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของธุรกิจที่สนใจอย่างรอบด้าน อาจศึกษาดูงานจากผู้มีประสบการณ์ หรือเข้าร่วมอบรมด้านการบริหารจัดการ เพื่อค้นหาคำตอบว่า ธุรกิจที่ตนเองจะทำคืออะไร, กลุ่มเป้าหมายคือใคร, บริการหรือผลิตภัณฑ์มีลักษณะอย่างไร รวมถึงการเลือกทำเลที่ตั้ง การจัดทำแผนธุรกิจ วางกลยุทธ์การตลาด การออกแบบระบบการบริหารจัดการภายใน การบริหารทรัพยากร แผนการผลิต การหาแหล่งเงินทุน และการสร้างภาพลักษณ์หรือแบรนด์ของธุรกิจให้มีความน่าเชื่อถือ

2. ระยะดำเนินการและขยายตัว เมื่อเริ่มเปิดดำเนินธุรกิจแล้ว สิ่งสำคัญคือการบริหารจัดการให้ธุรกิจสามารถเติบโตได้อย่างมั่นคง จึงควรให้ความสำคัญกับการบริหารองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการควบคุมต้นทุน การบริหารบุคลากร การรักษาคุณภาพของสินค้าและบริการ รวมถึงการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ การนำนวัตกรรมมาปรับใช้ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ การสร้างเครือข่าย การพัฒนาเทคนิคการเจรจาต่อรอง และที่สำคัญคือ การมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีอย่างทันท่วงที

3. ระยะประเมินผลและวางแผนต่อยอด เมื่อธุรกิจดำเนินมาได้ระยะหนึ่ง ควรมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านประสิทธิภาพการบริหาร การพัฒนาบริการ และความพึงพอใจของลูกค้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนาให้สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ รวมถึงการเตรียมแผนสำหรับการขยายธุรกิจในอนาคต นอกจากนี้หากจะมีการส่งต่อกิจการให้กับทายาทหรือผู้สนใจ ควรมีการเตรียมความพร้อมอย่างเหมาะสม เพื่อให้กิจการสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน

สรุปได้ว่า แนวทางการดำเนินธุรกิจของพยาบาลผู้ประกอบการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นที่เน้นการวางรากฐานและการสร้างแผนธุรกิจที่ชัดเจน ระยะดำเนินการและขยายตัวที่ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการและการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง และระยะประเมินผลเพื่อปรับปรุงบริการและวางแผนการเติบโตอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวทางที่ชัดเจนแต่การปฏิบัติจริงนั้น พยาบาลผู้ประกอบการยังคงต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการในระบบบริการสุขภาพซึ่งส่งผลต่อการอยู่รอดของธุรกิจ

ความท้าทายในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี สังคม เศรษฐกิจ และสถานการณ์ด้านสุขภาพ เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลผู้ประกอบการจึงกลายเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย โดยอาศัยทั้งความรู้ด้านวิชาชีพและทักษะทางธุรกิจเพื่อสร้างนวัตกรรมและบริการใหม่ ๆ[5] จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนจึงขอสรุปความท้าทายในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการมีดังนี้ [8,14]

1. การขาดประสบการณ์ด้านธุรกิจหรือการสร้างนวัตกรรม หนึ่งในเหตุผลหลักที่ทำให้พยาบาลหลีกเลี่ยงการเป็นผู้ประกอบการ คือ พยาบาลส่วนใหญ่มักไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านการตลาด การเงิน การวางแผนกลยุทธ์ หรือการบริหารจัดการองค์กร ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการดำเนินธุรกิจ[15]

2. การขาดทรัพยากร (Lack of Resources) พยาบาลส่วนใหญ่มักประสบปัญหาในการขาดทรัพยากรที่จำเป็นต่อการเริ่มต้นธุรกิจ เช่น เวลา เงินทุน และสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการผู้ประกอบการ[16]

3. การขาดการสนับสนุนจากองค์กร (Lack of Organizational Support) ระบบบริการสุขภาพ ยังตอบสนองต่อบทบาทที่ขยายออกไปของพยาบาลอย่างล่าช้า รวมถึงโรงพยาบาลและองค์กรสุขภาพจำนวนมากไม่มีโครงสร้างหรือการฝึกอบรมที่ออกแบบมาเพื่อสนับสนุนพยาบาลในด้านการเป็นผู้ประกอบการ นอกจากนี้ ในระดับประเทศก็มีหน่วยงานสนับสนุนเพียงจำนวนน้อย

4. การมีค่านิยมแบบเดิมที่ล้าสมัย (Outdated Stereotypes) การที่มีภาพจำแบบเก่าเกี่ยวกับพยาบาลและการเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งเชื่อว่าการทำธุรกิจสวนทางกับคุณค่าของการพยาบาลที่เน้นความเอื้ออาทรและการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเผชิญกับความสงสัยและคำวิจารณ์จากเพื่อนร่วมวิชาชีพ[17] การขาดแรงสนับสนุนจากเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือความอิจฉาริษยาในที่ทำงาน[6] ทำให้พยาบาลบางคนรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ และการเป็นผู้ประกอบการอาจถูกมองว่าเป็นพฤติกรรม “นอกกรอบ” หรือ “ทรยศต่ออาชีพ”[18]

5. ทักษะด้านเทคโนโลยี การทำงานในวิชาชีพพยาบาลที่มีหลายช่วงอายุผสมผสานกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องทักษะด้านเทคโนโลยีระหว่างพยาบาลรุ่นใหม่กับรุ่นเก่า[13] พยาบาลที่อยู่ในตำแหน่งที่ต้องตัดสินใจมักไม่ให้ความสำคัญในการใช้นวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรและองค์กร ซึ่งอาจส่งผลให้พยาบาลไม่กล้าแสดงออกถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ

6. ข้อจำกัดด้านกฎหมายและนโยบาย การประกอบธุรกิจด้านสุขภาพต้องเผชิญกับระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เช่น การขอใบอนุญาต หรือพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่เพิ่งเริ่มต้นกิจการ[14]

7. การแข่งขันและการวางกลยุทธ์ธุรกิจ การแข่งขันในตลาดสุขภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การหาทำเลที่ตั้ง การวางตำแหน่งผลิตภัณฑ์ และกลยุทธ์การตลาดจึงเป็นความท้าทายที่ต้องเตรียมรับมือ[19]

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าหลายปัจจัยมีความเชื่อมโยงกับระบบการศึกษาและโครงสร้างสนับสนุน ในระดับนโยบาย เช่น การขาดหลักสูตรที่พัฒนาทักษะการบริหารจัด การธุรกิจสำหรับพยาบาล หรือการขาดกลไกสนับสนุนเชิงโครงสร้างในองค์กรบริการสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนานโยบายที่สนับสนุนบทบาทพยาบาลผู้ประกอบการอย่างเป็นระบบ รวมถึงการบูรณาการแนวคิดการเป็นผู้ประกอบการในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรีและหลังปริญญา จึงนับเป็นแนวทางที่สามารถช่วยลดอุปสรรค และเสริมสร้างบทบาทนี้ให้เติบโตได้ในอนาคตอย่างยั่งยืน

โอกาสในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ประกอบการได้ เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ทั้งในด้านสังคม ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และแนวโน้มสุขภาพยุคใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เขียนจึงขอสรุปโอกาสในการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพ มีดังนี้

1. ความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และประชากรเมืองมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดความต้องการบริการใหม่ ๆ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ คลินิกเฉพาะทาง และบริการสุขภาพแบบองค์รวม[9,20]

2. การใช้ประโยชน์จากความรู้ทางวิชาชีพ พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้รับบริการ จึงสามารถนำความรู้เชิงวิชาชีพมาต่อยอดเป็นธุรกิจที่มีมูลค่า เช่น การจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ การออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ หรือ บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่ม[6]

3. การสร้างนวัตกรรมและบริการใหม่ การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและความต้องการผู้บริโภคเปิดโอกาสให้พยาบาลออกแบบบริการที่ตอบโจทย์ เช่น โปรแกรมดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล บริการพยาบาลทางไกล หรือคลินิกสุขภาพ[2]

4. การพัฒนาทักษะและศักยภาพตนเอง การเป็นผู้ประกอบการช่วยให้พยาบาลพัฒนาทักษะด้านการจัดการ การเป็นผู้นำ และการสื่อสาร ซึ่งช่วยส่งเสริมทั้งการเติบโต

ในสายอาชีพและความพึงพอใจในงาน[8] รวมถึงทักษะในการบริหารจัดธุรกิจให้อยู่ในรอดในการแข่งขัน ซึ่งทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

5. แรงสนับสนุนจากหลักสูตรและการอบรมเฉพาะทาง ปัจจุบันมีหลักสูตรในการฝึกอบรมที่เน้นการพัฒนาทักษะผู้ประกอบการด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถช่วยยกระดับสมรรถนะพยาบาลให้พร้อมต่อการสร้างธุรกิจ ในอนาคต[11] ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดหลักสูตรอบรมด้านการบริหารจัดการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa management) เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการให้บริการกิจการสปาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ รวมถึงสามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีมาตรฐาน สอดคล้องกับข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้[8]

6. การเติบโตทางวิชาชีพและความเป็นอิสระ การเป็นผู้ประกอบการเปิดโอกาสให้พยาบาลมีอิสระในการบริหารจัดการงานของตนเอง และมีบทบาทในการขับเคลื่อนนวัตกรรมภายในระบบสุขภาพ[21]

จากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลที่มีความพร้อมทั้งด้านทัศนคติ ความรู้ และการสนับสนุนจากระบบ จะสามารถก้าวสู่การเป็นผู้ประกอบการได้ และมีส่วนสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

การนำข้อมูลความท้าทายและโอกาสของพยาบาลผู้ประกอบการในระบบบริการสุขภาพไปปรับใช้

การเป็นผู้ประกอบการพยาบาล ในยุคที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงและเปราะบาง ประกอบกับความ ท้าทายหลากหลายด้าน ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นผู้ประกอบการได้อย่างเต็มศักยภาพ หากได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้พยาบาลสามารถดำเนินธุรกิจไปได้อย่างมั่นคง ดังนั้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะการส่งเสริมบทบาทของผู้ประกอบการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1. ด้านนโยบายของภาครัฐ

1) การส่งเสริมเชิงนโยบาย โดยภาครัฐควรผลักดันนโยบายสาธารณสุขที่เปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถเป็นผู้ประกอบการมากขึ้น เช่น เพิ่มนโยบายที่ส่งเสริมการเป็นผู้ประกอบการพยาบาล มีนโยบายสนับสนุนการเริ่มต้นธุรกิจด้านสุขภาพของพยาบาล

2) จัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้ประกอบการพยาบาล โดยรัฐบาลสามารถจัดตั้งกองทุนเฉพาะสำหรับพยาบาลผู้ประกอบการ เพื่อช่วยลดภาระต้นทุนเริ่มต้นธุรกิจและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงแหล่งทุน เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดทรัพยากรในการจัดตั้งธุรกิจสุขภาพ

3) บูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ประเทศ ควรส่งเสริมผู้ประกอบการพยาบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ (Health Economy) เพื่อยกระดับบทบาทพยาบาลในระบบเศรษฐกิจสุขภาพของไทย

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1) เตรียมความพร้อมในสถานศึกษา โดยควรมีการบูรณาการเนื้อหาด้านการเป็นผู้ประกอบการนวัตกรรมสุขภาพชุมชน และการบริหารธุรกิจ ไว้ในวิชาเลือกหรือวิชาเสริมเพื่อเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระดับหลักสูตรปริญญาตรี

2) ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างพยาบาลในรูปแบบเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อสร้างอำนาจต่อรองการแบ่งปันทรัพยากรต่าง ๆ และพัฒนาโมเดลบริการร่วมกัน

3. ด้านการวิจัย

1) ศึกษาความต้องการของตลาดบริการสุขภาพ ส่งเสริมการวิจัยในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผู้บริโภคในบริการสุขภาพ เช่น ความต้องการบริการดูแลที่บ้าน คลินิกพยาบาลเฉพาะทางหรือการแพทย์ทางเลือก

2) วิจัยพัฒนาโมเดลธุรกิจต้นแบบ (Business Model) ผลักดันให้มีการพัฒนารูปแบบธุรกิจที่ประสบความสำเร็จของพยาบาล เพื่อนำมาขยายผลในระดับภูมิภาค

4. ด้านบริหารการพยาบาล

1) พัฒนานโยบายภายในองค์กร หน่วยบริการสุขภาพควรมีนโยบายที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการเป็นผู้ประกอบการให้แก่พยาบาล เช่น การสนับสนุนให้เข้าร่วมโครงการอบรม การศึกษาต่อในสาขาบริหารธุรกิจหรือการมีเวลายืดหยุ่นเพื่อทดลองธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2) จัดตั้งหน่วยสนับสนุนในองค์กร ควรมีหน่วยงานสนับสนุนผู้ประกอบการ โดยให้คำปรึกษาเรื่องการออกแบบบริการ การวางแผนธุรกิจ การขออนุญาต และการบริหารความเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลเริ่มต้นธุรกิจได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย

3) สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดรับการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ และการสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพใหม่ ๆ เพื่อให้พยาบาลรู้สึกปลอดภัยในการเริ่มธุรกิจบริการสุขภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้น หากประยุกต์ใช้กับธุรกิจพยาบาลในประเทศไทยปัจจุบัน ได้แก่ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ซึ่งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในเครือข่ายหน่วยบริการร่วมให้บริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสภาการพยาบาล[22] ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนาสร้างเครือข่าย หากมีนโยบายที่สนับสนุนในการสร้างเครือข่าย และสนับสนุนด้านการเงินน่าจะช่วยส่งเสริมคลินิก ให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อประชาชน ในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ใจ รวมถึงการเตรียมความพร้อมพยาบาลตั้งแต่ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี การสร้างเครือข่ายวิชาชีพ และการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการธุรกิจ จะทำให้การดำเนินงานของคลินิกฯ มีความมั่นคงและยั่งยืน

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลในยุคปัจจุบันจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับพลวัตของระบบบริการสุขภาพ ที่กำลังเผชิญกับความซับซ้อนและความเปราะบาง จึงเป็นแนวทางใหม่ที่เปิดโอกาสให้พยาบาลใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทางวิชาชีพในการพัฒนาและดำเนินธุรกิจสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ดังนั้น การส่งเสริมเชิงนโยบาย การจัดการภายในองค์กร การพัฒนาหลักสูตรการศึกษา และการส่งเสริมการวิจัย จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะส่งเสริมให้พยาบาลสามารถก้าว สู่บทบาทผู้ประกอบการได้อย่างมั่นคง และมีส่วนร่วมในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

References

1. Öztürk S, Yalçınkaya Ö, & Akıncı F. Dynamic capacity management for healthcare systems. Health Care Management Science. 2014; 17(3): 234-45.
2. Vannucci MJ, & Weinstein SM. The nurse entrepreneur: empowerment needs, challenges, and self-care practices. Nursing: Research and Reviews. 2017; 7(1): 57–66.
3. Hardeman AN, & Kahn MJ. Technological innovation in healthcare: disrupting old systems to create more value for African American patients in academic medical centers. Journal of the National Medical Association. 2020; 112(3): 289-93.
4. Wang M, Pan C, & Ray PK. Technology entrepreneurship in developing countries: Role of telepresence robots in healthcare. IEEE Engineering Management Review. 2021; 49(1): 20-6
5. Klunklin A, & Uppor W. Professional nurses and entrepreneurship in the 21st century. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2021; 3(1): 8-18. (in Thai)
6. International Council of Nurses. Guidelines on the nurse entre/intrapreneur providing nursing service. Geneva: International Council of Nurses;2004.
7. Colichi RMB, & Lima SAM. Entrepreneurship in Nursing compared to other health professions. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019; 72 (Suppl 1): 289-98.
8. Malakoti N, Zabihi V, Ajilian Abbasi M, Akhlaghi A, Alipour-Anbarani M, & Shariati K. An overview of entrepreneurship in nursing: Challenges, opportunities, and barriers. Medical Education Bulletin. 2023; 4(3): 803–11.
9. Mirzabeigi M, Fardi A, Yousofi HR, Norouzian M, Pariav M, & Lak S. Assessment of job satisfaction of group of nurses in Ava Salamat Entrepreneurs Institute in Iran. Data Brief. 2018; 18(1): 1632–6.
10. Dehghanzadeh MR, Kholasehzadeh G, Birjandi M, Antikchi E, Sobhan MR, & Neamatzadeh H. Entrepreneurship Psychological Characteristics of Nurses. Acta Medica Iranica. 2016; 54(9): 595-9.

11. Kingma M. Handbook on Entrepreneurial Practice: Nurses Creating Opportunities as Entrepreneurs and Intrapreneurs. International Council of Nurses;2012.
12. Sanprasert N, & Oumtanee A. A Study of Competencies of Nurse Enterprenuerses of an Aob Aoon Community Nursing Clinic. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023: 24(1): 191-200. (in Thai)
13. Hungspruek U, Amponstira F, & Photchanachan S. An Exploration of Successful Practice for Thai Nurse Entrepreneurs. Journal of Roi Et Rajabhat University. 2022; 17(2): 22-34. (in Thai)
14. Phillips N, & Stacey G, Dowding D, editors. Harnessing digital technology and data for nursing practice. Amsterdam: Elsevier;2025.
15. Sharp DB, & Monsivais D. Decreasing barriers for nurse practitioner social entrepreneurship. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2014; 26(10): 562-6.
16. Rollan OS, & Siles GJ. Nursing professionals within the intergenerational context during the 20th and 21st centuries: an integrative review. Investigación y Educación en Enfermería-Research and Education in Nursing. 2021; 39(3): e14.
17. Neergard G.B. Entrepreneurial nurses in the literature: a systematic literature review. Journal of nursing management. 2021; 29(5): 905-15.
18. Jakobsen L, Wacher Qvistgaard L, Trettin B, & Juel Rothmann M. Entrepreneurship and nurse entrepreneurs lead the way to the development of nurses' role and professional identity in clinical practice: A qualitative study. Journal of Advanced Nursing. 2021; 77(10): 4142-55.
19. Purcarea EVL. The impact of marketing strategies in healthcare systems. Journal of medicine and life. 2019; 12(2): 93-6.
20. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, & Büscher A. Nursing care as a systemic and entrepreneurial phenomenon. Journal of Nursing Care. 2022; 15(3): 1-6.
21. Thepna A, & Cochrane BB, Salmon ME. Advancing nursing entrepreneurship in the 21st century. Journal of advanced nursing. 2023; 79(9): 3183–5.
22. Arannapoom V, & Oumtanee A. A Study of nursing service management of an Aob Aoon Nursing Community Clinic. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 283-92. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

The Role of Nurses in Physical Symptom Management for Terminally Ill Patients

นันทวัฒน์ ภิญโญ*
Nuntawat Pinyo*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ นครนายก ประเทศไทย 26120
Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Nakhon Nayok, Thailand, 26120

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะนี้ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อวัยวะที่สำคัญของร่างกายเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ในที่สุดอวัยวะเหล่านั้นก็จะไม่สามารถทำงานได้อีก ส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายโดยเฉพาะในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงจำเป็นต้องได้รับการจัดการอาการทางกาย พยาบาลในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ บทความวิชาการนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนออาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, การจัดการอาการทางกาย, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Abstract

Terminally ill patients are individuals whose disease has progressed to the end stage in which curative treatment is no longer feasible. During this stage, the body undergoes physiological changes, and vital organs progressively lose function. Eventually, these organs cease functioning, leading to physical suffering, particularly in the last period of life. Therefore, effective physical symptom management is essential for these patients. Nurses, as healthcare professionals who maintain the closest contact with patients, play a crucial role in physical symptom management for terminally ill patients to alleviate suffering, enhance their quality of life in the final stage of life, and facilitate a peaceful death. This academic article aims to present the common physical symptoms experienced by terminally ill patients, the role of nurses in physical symptom management, and the barriers to this role, in order to provide valuable information for the effective care of terminally ill patients.

Keywords: role of nurses, physical symptom management, terminally ill patients

*Corresponding Author; Email: nuntawatpinyo@gmail.com

วันที่รับ (Received) 15 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 4 ต.ค. 2568

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก อันเนื่องมาจากประชากรโลกมีอายุยืนมากขึ้น รวมทั้งผู้คนมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงและคุกคามชีวิต เช่น โรคมะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น[1] ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปี 2020 พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายประมาณ 56.8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะเสียชีวิตภายในเวลา 1 ปี มากถึง 25.7 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดการณ์ว่าภายในปี 2060 จำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า[2]

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminally ill patients) เป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะนี้ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา อวัยวะที่สำคัญของร่างกายเริ่มมีการสูญเสียหน้าที่การทำงาน ในที่สุดอวัยวะเหล่านั้นก็จะไม่สามารถทำงานได้อีก ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาด้านร่างกายและอาการรบกวนต่าง ๆ[3] เช่น อาการปวด หายใจลำบาก อ่อนล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และสับสน เป็นต้น อาการเหล่านี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 8 สัปดาห์ก่อนเสียชีวิตจากร้อยละ 56.8 เป็น 83.9 หากผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการอาการจะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[4] รวมทั้งอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[5] ทำให้สังคมต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น[6]

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจึงเปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง ร่างกายมีความเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็ว และมีปัญหาด้านร่างกายเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหลายระบบ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการจัดการอาการทางกายที่มักสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับอาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการเหล่านั้น รวมทั้งอุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการ เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อาการทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ร่างกายของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายเป็นอย่างยิ่ง อาการที่มักพบในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1. ปวด (Pain) เป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสียหายของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้นจริงหรืออาจเกิดขึ้นได้[7] และเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 35–96[8] ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักประสบกับความปวดที่ไม่อาจรักษาได้โดยเฉพาะช่วงที่ใกล้จะเสียชีวิตซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และอาจทำให้มีอาการอื่น ๆ รุนแรงมากยิ่งขึ้นด้วย[9] ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของโรค การรักษา และความอ่อนแอหรือความเปราะบางของร่างกาย สำหรับช่วงที่ใกล้จะเสียชีวิต ความปวดที่เกิดขึ้นมักเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่ก่อให้เกิดโรค ผู้ป่วยมักปวดปวดหลายตำแหน่งหรือปวดทั่วร่างกายโดยอาจปวดตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรงมากก็ได้ ซึ่งความปวดที่เกิดขึ้นอาจเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ ความปวดในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นได้จากหลายวิถีทางทั้งอาการปวดจากเนื้อเยื่อร่างกาย (somatic pain) ปวดจากอวัยวะภายใน (visceral pain) ปวดจากเส้นประสาท (neuropathic pain) และปวดจากตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด (nociceptive pain) โดยการกระตุ้นตัวรับความเจ็บปวดให้ปล่อยสารเคมีที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด เช่น แบรดีไคนิน (bradykinin) ซับสแตนซ์ พี (substance P) และพรอสตาแกลนดินส์ (prostaglandins) สารเคมีเหล่านี้กระตุ้นเซลล์ประสาทรับความเจ็บปวด และแรงกระตุ้นจากเซลล์ประสาทจะถูกส่งไปยังทาลามัสและคอร์เทกซ์ ทำให้สามารถระบุตำแหน่งของความเจ็บปวดและตีความองค์ประกอบของความเจ็บปวดได้[10] ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจึงสามารถบอกตำแหน่งและลักษณะของการปวดได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้อาจแสดง

อาการเจ็บปวดที่ไม่ใช่คำพูด เช่น อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย ทำหน้าบูดบึ้ง ครวญคราง ร้องไห้ ตะโกน เกร็งร่างกาย หายใจสั้นและเร็ว และเหงื่อออกโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น[11] การรับรู้ถึงความปวดในผู้ป่วยทั้งที่สามารถสื่อสารได้และไม่สามารถสื่อสารได้จึงถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล

2. หายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สุขสบายในการหายใจ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน[12] และเป็นอีกอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์มากถึงร้อยละ 10–70[8] ผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการหายใจลำบากในช่วง 6 สัปดาห์สุดท้ายของชีวิต และมีอาการเพิ่มขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์สุดท้าย[13] โดยเริ่มต้นจากความบกพร่องทางสรีรวิทยาที่นำไปสู่การกระตุ้นตัวรับความรู้สึกในปอดและนอกปอด และส่งข้อมูลความรู้สึกไปยังเปลือกสมอง (cerebral cortex) ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะรับรู้ได้ว่าไม่สุขสบายในการหายใจ ในทางการแพทย์มักใช้อาการแสดงของความทุกข์ทรมานทางระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงหดตัว เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม อาการแสดงดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่อาจบ่งชี้ถึงความไม่สุขสบายในการหายใจของผู้ป่วย ไม่ได้บ่งบอกถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างแท้จริง[14] อาการหายใจลำบากในผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น การอุดกั้นหรือการกดเบียดของก้อนมะเร็ง ความผิดปกติของหัวใจและปอด และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะเลือดเป็นกรด ของเสียคั่งในเลือด ความวิตกกังวล ความกลัว เป็นต้น[10,14,115]

3. อ่อนล้า (Fatigue) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ถึงความรู้สึกหมดแรง อ่อนล้า ความสามารถในการทำงานทางกาย อารมณ์ หรือทางจิตใจลดลง โดยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอุบัติการณ์ร้อยละ 32–90[8,16] ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักประสบกับความอ่อนล้าโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยกำลังเปลี่ยนผ่านจากระยะสุดท้ายเข้าสู่ระยะใกล้ตายที่อาการจะมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น การดำเนินของโรคที่เพิ่มขึ้น ภาวะเสื่อมของร่างกาย การติดเชื้อ มีภาวะโลหิตจาง การขาดน้ำหรือพลังงาน การหายใจลำบาก ความเจ็บปวด ความเครียด ความวิตกกังวล ผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา และการเปลี่ยนแปลงของวงจรการนอนหลับ[11,17] เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนล้าจะทำให้ผู้ป่วยไม่ขยับตัว นอนนิ่ง ๆ บนเตียงเนื่องจากหมดแรง ซึ่งจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทรุดโทรม และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[18]

4. เบื่ออาหาร (Anorexia) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสูญเสียความอยากอาหารหรือการบริโภคแคลอรี่ที่ลดลง และเป็นภาวะที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งมีอุบัติการณ์ร้อยละ 30–92[8] โดยผู้ป่วยจะมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่มีความอยากอาหารโดยสิ้นเชิง ผู้ป่วยจึงมักจะปฏิเสธการรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่างกายค่อย ๆ หยุดทำงานลง อาจมีสาเหตุมาจากกระบวนการการดำเนินของโรคในระยะสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ หรืออาการต่าง ๆ เช่น อาการปวด คลื่นไส้ ท้องผูก แน่นท้อง ความผิดปกติของการรับรสชาติ หายใจไม่สะดวก หรืออาจเป็นเพราะความต้องการพลังงานของร่างกายลดลง เป็นต้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับแคลอรี่น้อยลง ขาดสารอาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และอ่อนแรง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้น การขาดน้ำและอาหารไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่กลับช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายมากยิ่งขึ้น และช่วยลดอาการครวญครางที่เกิดจากการหายใจในวาระสุดท้ายของชีวิต การฝืนให้อาหารอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจสำลักอาหารจนเกิดอันตรายได้[9,17]

5. คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) อาการคลื่นไส้เป็นความไม่สุขสบายท้อง อืดอัดมวนท้อง พะอืดพะอม อยากอาเจียน ซึ่งมักมาพร้อมกับอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออก มีน้ำลายมาก หัวและใจเต้นเร็ว ส่วนอาการอาเจียนเป็นการขับเอาอาหารและน้ำย่อยที่อยู่ในกระเพาะอาหารออกมาทางปากอย่างรุนแรงจากการการบีบตัวของกระเพาะอาหาร ซึ่งอาการดังกล่าวพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6-68[8,19,20] และเกิดจากการตอบสนองต่อสัญญาณที่ถ่ายทอดมาจากบริเวณต่าง ๆ ของร่างกายผ่านทางสารสื่อประสาทมายังศูนย์ควบคุมการอาเจียน (vomiting center) ซึ่งอยู่บริเวณก้านสมองส่วนท้าย (medulla oblongata) หากศูนย์ควบคุมการอาเจียนถูกกระตุ้นก็จะมีการกระตุ้นเส้นประสาทเส้นโซมาติก (somatic nerve) เส้นประสาทเฟรนิก

(phrenic nerve) และเส้นประสาทเวกัส (vagal nerve) ทำให้เกิดการคลื่นไส้อาเจียน[10,16] สาเหตุทั่วไปของอาการคลื่นไส้ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ ความปวด ความวิตกกังวล ท้องผูก ของเสียคั่งในร่างกาย กลิ่นและรสชาติที่ไม่พึงประสงค์ และผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษายา เช่น โอปิออยด์ เคมีบำบัด เป็นต้น[10,20]

6. ท้องผูก (Constipation) คือ ความถี่ของการถ่ายอุจจาระที่ลดลงและ/หรือมีความยากลำบากในการถ่ายอุจจาระ อาจรวมถึงการเบ่งอุจจาระ อุจจาระแข็งและแห้ง ปวดท้อง หรือรู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่หมด อาการท้องผูกมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 23-65 ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับยาโอปิออยด์อาจสูงถึงร้อยละ 87[8,21] โดยทั่วไปอาการท้องผูกเกิดจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีการบีบตัวของลำไส้ช้าลง ทำให้มีการดูดซึมน้ำจากอุจจาระผ่านผนังลำไส้มากขึ้น ส่งผลให้มีอุจจาระแข็งแห้งและถ่ายยาก ซึ่งสาเหตุมักเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง การได้รับน้ำและอาหารไม่เพียงพอ การขาดความเป็นส่วนตัวในการขับถ่าย การได้รับยาที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ เช่น ยาเคมีบำบัด ยาแก้อาเจียน ยาขับปัสสาวะ ยาต้านอาการซึมเศร้า และยาโอปิออยด์ เป็นต้น[10,22] อาการท้องผูกมักทำให้เกิดอาการปวดท้องและท้องอืด เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการอุดตันของอุจจาระ ลำไส้อุดตัน และปัสสาวะคั่งค้างหรือกลั้นปัสสาวะ นอกจากนี้ ยังอาจทำให้อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ มีกลิ่นปาก กระสับกระส่าย และสับสน ซึ่งสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย[21]

7. สับสน (Delirium) เป็นอาการผิดปกติเฉียบพลันเกี่ยวกับการผันผวนในความสนใจ ความตระหนักรู้ และการรับรู้ รวมทั้งการคิดที่ไม่เป็นระเบียบ ความจำเสื่อม ความสับสน ความผิดปกติทางการรับรู้ หรืออาจมีความผิดปกติของวงจรการนอน-ตื่น ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีอุบัติการณ์ร้อยละ 6–93 โดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์สุดท้ายจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต และเป็นสัญญาณที่สังเกตได้บ่อยครั้งว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต[8,9,23,24] เมื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการสับสนอาจแสดงออกมาในลักษณะ hyperactive คือ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล อยู่ไม่นิ่ง วุ่นวาย กระสับกระส่าย เห็นภาพหลอน และความเชื่อผิด ๆ และ hypoactive คือ ผู้ป่วยจะมีอาการเฉื่อยชา ง่วงซึม เศร้าหดหู่ ตอบคำถามช้า ไม่เริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย และมีความตระหนักรู้ต่อสภาพแวดล้อมรอบข้างลดลง หรืออาจแสดงอาการของ hyperactive ร่วมกับอาการของ hypoactive ซึ่งอาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ เกิดขึ้นทันทีทันใดและมักเกิดขึ้นในช่วงกลางคืน[25] โดยอาการสับสนมักมีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความไม่สมดุลของของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาลในเลือดต่ำ ออกซิเจนในเลือดต่ำ ยูรีเมีย แอมโมเนียในเลือดสูง การติดเชื้อ การขาดน้ำ ความปวด และผลข้างเคียงของยาโดยเฉพาะยาโอปิออยด์ เป็นต้น[9,24,25]

บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและมีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจึงมักเป็นบุคคลแรกที่รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยบทบาทที่สำคัญเหล่านี้ ได้แก่

1. การจัดการอาการโดยตรง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีอาการทางกายหลายอาการและมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในช่วงใกล้จะเสียชีวิต การจัดการอาการโดยตรงจึงเป็นบทบาทที่สำคัญในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือ รวมทั้งให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ บทบาทดังกล่าวมีทั้งที่เป็นบทบาทอิสระ (independent role) ซึ่งบทบาทอิสระเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้จากศาสตร์ทั้งทางด้านการพยาบาลและสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเป็นอิสระภายใต้ขอบเขตของการพยาบาล สามารถทำได้โดยการประเมินอาการ การป้องกันและการให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการทางกายที่เกิดขึ้น เช่น การให้ความรู้หรือคำแนะนำ การจัดสิ่งแวดล้อม และการดูแลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยไม่ใช้ยา เป็นต้น และบทบาทร่วม (interdependent role) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ โดยนำแผนการรักษาของแพทย์สู่การปฏิบัติการดูแลจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทที่จำกัดภายใต้การดูแลของแพทย์ เช่น การดูแลให้ยาบรรเทาอาการตามแผนการรักษา

ของแพทย์ เป็นต้น[26,27,28,29]

2. การประสานงาน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมักมีความต้องการการดูแลจัดการอาการทางกายที่ซับซ้อนและเป็นปัจเจกบุคคล การจัดการอาการดังกล่าวจึงเป็นภารกิจที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีบทบาทเป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อร่วมกันประเมินอาการ ค้นหาสาเหตุ วางแผนการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการติดตามอาการ การประสานความร่วมมือในการดูแลจะทำให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล รวมทั้งเกิดความมั่นใจว่าทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจเป้าหมายและแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้สามารถจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[26,29]

3. **การให้ข้อมูลและคำปรึกษา** ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ประสบกับความไม่สุขสบายที่เกิดจากอาการทางกายโดยตรง การจัดการอาการเหล่านั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสภาพของโรค อาการที่ผู้ป่วยประสบ และการจัดการอาการที่เหมาะสม โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ตรงไปตรงมา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองและมีความเหมาะสม รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการในการจัดการอาการจะช่วยลดช่องว่างระหว่างบุคลากรผู้ดูแลและผู้ป่วย เสริมสร้างความไว้วางใจ และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ[26,27,29]

4. **การให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์** ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันแบบซับซ้อน จิตใจและอารมณ์จึงมีบทบาทสำคัญในการกำหนดและส่งเสริมความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลจึงควรให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ป่วย โดยการฟังอย่างเข้าใจ การให้กำลังใจ และการช่วยเหลือในการรับมือกับความกลัว ความวิตกกังวล และความเศร้าโศก ผ่านการให้คำปรึกษา การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การใช้การบำบัดทางจิตวิทยา และอื่น ๆ การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากพยาบาลอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความรุนแรงของอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงไม่เพียงแต่เน้นการรักษาทางกาย แต่ยังควรให้ความสำคัญกับอารมณ์และจิตใจด้วยเช่นกัน[29]

อุปสรรคต่อบทบาทพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งเน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อความสุขสบายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังคงมีอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่บรรลุผลได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ อุปสรรคต่าง ๆ สามารถจำแนกได้เป็นประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. **การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ** จากผลการศึกษาหลายฉบับพบว่า พยาบาลจำนวนไม่น้อยยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการใช้ยาโอปิออยด์อย่างเหมาะสม การประเมินและบรรเทาอาการเจ็บปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้หรืออาเจียน กระสับกระส่าย ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ พยาบาลบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการจัดการอาการ การมีความรู้ที่ไม่เพียงพอดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและทักษะที่จำเป็นในการจัดการอาการทางกายอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจเกิดจากการประสบการณ์และการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง[30,31,32,33]

2. **การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ** ในการปฏิบัติงานพยาบาลมักประสบปัญหาด้านการสื่อสารทั้งการสื่อสารระหว่างพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการจัดการอาการ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับพยาบาลมักเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนในการสื่อสารข้อมูลทางคลินิก

โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนเวรหรือการส่งต่อข้อมูลระหว่างพยาบาล การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพมักเกี่ยวข้องกับความไม่ชัดเจนและครบถ้วนในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างวิชาชีพ อาจทำให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ไม่สอดคล้องกับสภาพจริงของผู้ป่วย หรือเกิดความล่าช้าในการปรับแผนการรักษา ส่วนการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลไม่ชัดเจนและเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจ มีความวิตกกังวล และมีการตัดสินใจในการรับการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มักนำไปสู่การจัดการอาการที่ไม่มีประสิทธิภาพ[30,34]

3. ความกลัว ในการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลมักแสดงความกลัวอย่างมากเกี่ยวกับการบรรเทาอาการโดยเฉพาะการจัดการความปวด เนื่องจากกลัวว่าการใช้ยาโอปิออยด์จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น หรือกลัวว่าการเริ่มใช้ยาโอปิออยด์อาจนำไปสู่การติดยาในระยะยาว ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความกลัวที่เกี่ยวข้องกับผลทางกฎหมาย เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากให้ยาบรรเทาอาการปวด เช่น กลัวการถูกฟ้องร้อง ถูกตั้งข้อหาทางอาญาหรือสูญเสียตำแหน่งงาน ความกลัวทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้มีความเกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ การฝึกอบรม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลให้พยาบาลเกิดความลังเลในการตัดสินใจ และนำไปสู่การจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย[30,31]

4. ทัศนคติ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลจำนวนไม่น้อยยังมีทัศคติที่ไม่เหมาะสม เช่น มีทัศนคติที่ไม่ยอมรับการตาย ซึ่งอาจเกิดจากความกลัวหรือความไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความสูญเสีย หรือมีความเชื่อที่ผิดว่าการใช้ยาโอปิออยด์จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น ทำให้หลีกเลี่ยงการใช้ยาโอปิออยด์ที่จำเป็นสำหรับการบรรเทาอาการปวด นอกจากนี้ ยังมีทัศนคติที่มองว่าการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่าเป็นเรื่องยากและซับซ้อน ทำให้พยาบาลมักหลีกเลี่ยงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นต้น ทัศนคติเหล่านี้อาจส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถให้การจัดการอาการให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ[30,35]

5. ภาระงานมาก เป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลรายงานว่าอุปสรรคดังกล่าวมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก จำนวนพยาบาลที่มีน้อย รวมถึงพยาบาลต้องรับผิดชอบงานด้านเอกสาร งานบริหารจัดการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้มีเวลาไม่เพียงพอในการประเมิน จัดการและติดตามอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างชัดเจน[30,33]

การนำไปประยุกต์ใช้

การนำบทบาทของพยาบาลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการทางกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายการศึกษาที่ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลมีส่วนช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการทางกายต่าง ๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผ่านระบบการดูแลสุขภาพทางไกล (Telecare) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือโรคเนื้อเยื่อในปอดอักเสบ[36] การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (randomized clinical trial) โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลภายใต้รูปแบบการดูแลแบบร่วมมือ (collaborative care model) ทีมผู้ดูแลหลักประกอบด้วยพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการจัดการอาการของผู้ป่วย ครอบคลุมการประเมินอาการ การให้ความรู้และคำแนะนำ รวมถึงการแก้ไขอุปสรรคในการจัดการอาการ และมีนักสังคมสงเคราะห์ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วย การดูแลทั้งหมดดำเนินการผ่านการโทรศัพท์หาผู้ป่วยทั้งหมด 12 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 เดือน ในระหว่างกระบวนการดูแล พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ได้พบปะกับแพทย์ผู้ดูแลหลัก ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองและแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจและปอดเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อทบทวนแผนการดูแล และปรึกษา

หารือกันในทีม เพื่อวางแผนในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI, 1.8-7.4; P = .001) จากการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วย ทั้งด้านการประเมินอาการ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ การให้คำปรึกษา ตลอดจนการประสานงานและทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

บทสรุป

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกคนต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลในฐานะผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการทางกายของผู้ป่วย ทั้งบทบาทในการจัดการอาการโดยตรง การประสานงาน การให้ข้อมูลและคำปรึกษา และการให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ เพื่อบรรเทาความทุกข์เทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในการจัดการอาการทางกายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังมีอุปสรรคหลายประการทั้งจากพยาบาลเองและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้พยาบาลสามารถจัดการอาการทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนได้อย่างครบถ้วน

References

1. Chimchalong R. Palliative nurse specialist competencies and the role of nurse in palliative care. Royal Thai Army Medical Journal. 2021;74(3):233-9. (in Thai)
2. World Health Organization. Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Pinyo N. Factors influencing caring behaviors for end-of-life patients of registered nurses in a university hospital. (thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2023. (in Thai)
4. Hallet J, Davis LE, Mahar AL, Isenberg-Grzeda E, Bubis LD, Myrehaug S, et al. Symptom burden at the end of life for neuroendocrine tumors: An analysis of 2579 prospectively collected patient-reported outcomes. Annals of Surgical Oncology. 2019;26(9):2711–21.
5. Çamcı G, & Oğuz S. The effect of palliative care training on symptom management, rehospitalization and quality of life in chronic heart failure: A randomized controlled trial. Mediterranean Nursing and Midwifery. 2023; 3(2):81-9.
6. Sriratanaban J, Chatrkaw P, Sriratanaban P, Ngamkiatphaisan S, Manaswanit P, Rattananupong T, et al. Strategic development of hospice care in Thailand: An alternative for improving quality of life in terminally ill patients. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4922?locale-attribute=th (in Thai)
7. International Association for the Study of Pain. IASP announces revised definition of pain. Washington DC: International Association for the Study of Pain; 2020.
8. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, & Higginson IJ. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. Journal of Clinical Oncology. 2020; 38(9):905-14.
9. Ijaopo EO, Zaw KM, Ijaopo RO, & Khawand-Azoulai M. A review of clinical signs and symptoms of imminent end-of-life in individuals with advanced illness. Gerontology and Geriatric Medicine. 2023;9(1):233372 14231183243.
10. Rosser M, & Walsh HC. Fundamentals of palliative care for student nurses. Singapore: Markono Print Media; 2014.

11. McGuire DB, Kaiser KS, Haisfield-Wolfe ME, & Iyamu F. Pain assessment in noncommunicative adult palliative care patients. The Nursing clinics of North America, 2016;51(3):397-431.
12. American Thoracic Society. Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 1999;159(1):321-40.
13. Shreves A, & Pour TR. Emergency department management of dyspnea in the dying patient. Emergency Medicine Practice, 2018;20(7):1-20.
14. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2012;185(4):435-52.
15. Crombeen AM, & Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. Current Oncology. 2020; 27(3):142-5.
16. Kreher M. Symptom control at the end of life. Medical Clinics of North America. 2016;100(5): 1111-22
17. Cancer Council Australia. Facing end of life: a guide for people dying with cancer, their families and friends. New South Wales: IVE Group; 2023.
18. Thanasilp S. Holistic care for terminal cancer patients. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
19. Albert RH. End-of-life care: managing common symptoms. American Family Physician. 2017; 95(6):356-61.
20. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. Clinical Medicine. 2019;19(4):299–301.
21. Boland JW, & Boland EG. Constipation and malignant bowel obstruction in palliative care. Medicine. 2022;50(12):775-9.
22. Wickham RJ. Managing constipation in adults with cancer. Journal of Advanced Practitioner in Oncology. 2017;8(2):149-61.
23. European Delirium Association, & American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. BMC Medicine. 2014;12:141.
24. Azhar A, & Hui D. Management of physical symptoms in patients with advanced cancer during the last weeks and days of life. Cancer Research and Treatment. 2022; 54(3):661-70.
25. Bramati P, & Bruera E. Delirium in palliative care. Cancers (Basel). 2021;13(23):5893.
26. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, & Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: a call to action. Nurse Education Today. 2018;61:216-9.
27. Nacak UA, & Erden Y. End-of-life care and nurse's roles. The Eurasian Journal of Medicine. 2022;54(Suppl1):141-4.
28. González-Rincón M, Díaz de Herrera-Marchal P, & Martínez-Martín ML. The role of the nurse at the end of the life of a critically ill patient. Enfermería Intensiva (English Edition). 2019; 30(2):78-91
29. Subwongcharoen N, & Chintapanyakun T. Role of palliative care nurses in tertiary hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):26-34. (in Thai)
30. Gerber K, Willmott L, White B, Yates P, Mitchell G, Currow DC, et al. Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: a qualitative study capturing nurses' perspectives. Collegian. 2022;29(1):1-8.

31. Rubbai YS, Chong MC, Tang LY, Abdullah KL, Mohammad WT, Mohajer S, et al. Barriers in providing quality end-of-life care as perceived by nurses working in critical care units: an integrative review. BioMed Central Palliative Care. 2024;23(1):217-30.
32. Alsaiari S, Alhofaian A, & Tunsi A. Nurses' knowledge, perceived barriers and practices regarding cancer pain management: a coping review. Indian Journal of Palliative Care. 2023;30(1):1-9.
33. Maeroh N, Kongsuwan W, & Yodchai K. Barriers in providing palliative care in intensive care units: nurses' experiences. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017;37(3):74-82. (in Thai)
34. Saikaew S, Tanatwanit Y, & Kunsongeit W. Effective communication between nurses and advanced cancer patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):93-101. (in Thai)
35. Hamdan KM, Al-Bashaireh AM, Al-Dalahmeh M, Saifan AR, Albqoor MA, & Shaheen AM. Palliative care knowledge and attitudes toward end-of-life care among intensive care unit nurses in Jordan. Acute and Critical Care. 2023;38(4):469-78.
36. Bekelman DB, Feser W, Morgan B, Welsh CH, Parsons EC, Paden G, et al. Nurse and social worker palliative telecare team and quality of life in patients with COPD, heart failure, or interstitial lung disease: The ADAPT randomized clinical trial. The Journal of the American Medical Association. 2024;331(3): 212–23.

กลยุทธ์ผู้นำการพยาบาลยุคใหม่เพื่อความเป็นสากล

Modern Nursing Leadership Strategies for Internationalization

ขัตติยาพร คนเที่ยง วัลลภา ทรงพระคุณ* อัชฌา วารีย์
Kattiyaporn Konthiang Wallapa Songprakun* Acha Varee
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

การศึกษาวิชาการพยาบาลในประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อน ทั้งจากภายในอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และจากภายนอกโดยเฉพาะจากสถานการณ์โลกแบบ BANI (Brittle, Anxious, Non-linear, and Incomprehensible) ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดแรงกดดันอย่างยิ่งต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่พร้อมรับมือกับโลกอนาคต ผู้นำทางการพยาบาลในยุคปัจจุบันจึงจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์เชิงสังเคราะห์ที่สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วและมีวิสัยทัศน์ที่เหนือกว่าคู่แข่ง

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์กรอบกลยุทธ์ภาวะผู้นำยุคใหม่ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership) การนำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) และการนำการปรับตัว (Adaptive Leadership) เข้ากับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถสูง และหลากหลาย กลยุทธ์ดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพหลักสูตรให้สอดคล้องกับทิศทางกลยุทธ์และนโยบายความเป็นสากลของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล การนำกรอบกลยุทธ์นี้ไปใช้จะช่วยให้สถาบันการศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของอาจารย์ให้เน้นการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาสมรรถนะสากล (Global Competence) ของนักศึกษาได้อย่างแท้จริง

ดังนั้นกรอบกลยุทธ์ที่นำเสนอในบทความจึงเป็นแนวทางสำคัญในการขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาของประเทศและสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลแห่งอนาคตจะมีศักยภาพพร้อมกับการแข่งขันในระดับสากล

คำสำคัญ: กลยุทธ์ผู้นำการพยาบาล การจัดการกับบุคคลากรหลากหลายช่วงวัย หลักสูตรสากล พยาบาลแห่งอนาคต

Abstract

Contemporary nursing leaders play a crucial role in shaping strategies that prepare nurses for the future. Thai nursing education faces complex internal pressures from demographic shifts and external uncertainties stemming from the BANI World situation.

This article synthesizes a strategic leadership framework necessary for educational administrators. The framework integrates Strategic, Transformational, and Adaptive leadership theories with effective management of diverse and high-potential human capital. Emphasis is placed on aligning curriculum potential with the strategic direction and policies of international nursing and midwifery education, specifically driving faculty mindset shifts toward global competence development for students. Consequently, the application of

Corresponding author: * E-mail: wallapa_s@payap.ac.th

วันที่รับ (received) 12 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (resived) 3 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค. 2568

this synthesized framework will significantly contribute to advancing national education reform, ensuring organizational readiness, and successfully producing future-ready nurses equipped with global competencies to meet the challenges of the 21st century.

Keywords: Nursing Leadership Strategies, Multigenerational Workforce Management, Curriculum Internationalization, Future-ready Nurses

บทนำ

กลยุทธ์ผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ต้องปฏิบัติภารกิจภายใต้ระบบสุขภาพที่มีพลวัตและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[1] ความท้าทายที่สำคัญในปัจจุบันคือผลกระทบจากสภาพแวดล้อมโลกแบบ BANI ซึ่งหมายถึง ความเปราะบาง (Brittle) ความวิตกกังวล (Anxious) ความซับซ้อน (Non-linear) และความไม่เข้าใจ (Incomprehensible)[2,3] ภาวะผู้นำแบบเดิมจึงไม่เพียงพอต่อการรับมือกับความไม่แน่นอนเหล่านี้ เพราะจำเป็นต้องมีการปรับตัวเชิงกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง[2] ตามบริบทโลก

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมของโลก ระบบสุขภาพของประเทศไทยที่มีโครงสร้างประชากรที่ซับซ้อนขึ้น เกิดแรงขับเคลื่อนต่อระบบสุขภาพ เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำมาสู่ความต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น[4] การจัดการศึกษาจึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว เพื่อให้บัณฑิตที่ผลิตออกมามีสมรรถนะตรงตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด[5] บทบาทของพยาบาลมิได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับคำขวัญวันพยาบาลสากลประจำปี 2568 ที่ว่า “พยาบาลคืออนาคต ใส่ใจพยาบาล พัฒนาสุขภาพสู่เศรษฐกิจ”[6] จะเห็นได้ว่านโยบายชาติและยุทธศาสตร์การศึกษามีความสอดคล้องกัน

ผู้นำทางการพยาบาลยุคใหม่จึงต้องดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2560–2579[7] และนโยบายด้านการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม[8] เป้าหมายสำคัญคือการแก้ไขปัญหาด้านคุณภาพของคนไทยในแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศในอนาคต การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงมีมีส่วนสำคัญในการผลิตบัณฑิตที่มีทักษะความรู้ความสามารถเพื่อรองรับการทำงานในอนาคต[7,9]

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาทางการพยาบาล สภาการพยาบาลได้กำหนดแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569 ซึ่งเน้นย้ำทิศทางกลยุทธ์ที่ 3 คือการส่งเสริมและพัฒนาภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของพยาบาลทุกระดับ นอกจากนี้ ทิศทางกลยุทธ์ที่ 1 ยังมุ่งเน้นความเป็นเลิศในการจัดการศึกษาและการวิจัยเพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้แก่องค์กรพยาบาล การดำเนินงานตามนโยบายเหล่านี้สร้างแรงกดดันระยะยาวที่มุ่งเน้นการปรับปรุงอย่างเป็นระบบ[10]

แม้ว่าจะมีนโยบายระดับชาติและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนจากสภาการพยาบาล[7,10] แต่โดยทั่วไปแล้วจากการทบทวนวรรณกรรม จะอธิบายองค์ประกอบของแต่ละกลยุทธ์แยกจากกัน เช่น การพัฒนาหลักสูตรหรือการบริหารบุคลากร[11,12,13] อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในสภาวะ BANI World ต้องการให้ผู้นำมีความสามารถในการผสานรวมกลยุทธ์เหล่านี้เข้าด้วยกันอย่างราบรื่น[2,3] ความเชื่อมโยงระหว่างการนำการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมของอาจารย์ (Transformational approach)[14] และการจัดการบุคลากรที่มีความหลากหลายช่วงวัย (HR strategy)[15,16] กับการผลักดันหลักสูตรสู่ความเป็นสากล (Curriculum strategy)[12] ยังขาดการนำเสนอในรูปแบบของกรอบกลยุทธ์ที่เป็นเอกภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์กรอบกลยุทธ์ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์สำหรับผู้บริหารการศึกษาพยาบาลยุคใหม่ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติเข้ากับแนวปฏิบัติสากล และเสนอแนะเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนสำหรับการพัฒนาหลักสูตรและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ทางการพยาบาลในประเทศไทย โดยเนื้อหาในบทความนี้จะประกอบด้วย ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ กลยุทธ์การพัฒนาหลักสูตร

และสมรรถนะสากล และการสังเคราะห์กรอบกลยุทธ์พร้อมข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์และการบูรณาการทฤษฎีในบริบทการพยาบาล

ภาวะผู้นำ คือความสัมพันธ์ที่ผู้นำมีศักยภาพในการจูงใจและใช้อิทธิพลต่อผู้ตามเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายร่วมกัน[2,17] ผู้นำยุคใหม่ถูกกำหนดให้เป็นผู้สนับสนุน (supporter) มากกว่าผู้บัญชาการ (commander) โดยต้องเปิดรับแนวคิดใหม่ ๆ และบริหารงานในรูปแบบระบบเปิด (open system)[2]

แนวคิดพื้นฐานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ กลยุทธ์คือชุดของข้อผูกพันระยะยาวที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานขององค์กร การจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นแนวทางสำคัญที่ผู้บริหารใช้ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ และวัตถุประสงค์ที่เหมาะสม[18] การจัดการเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลครอบคลุมตั้งแต่การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงาน การสร้างกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติและการประเมินผล[19]

การบูรณาการทฤษฎีภาวะผู้นำเพื่อตอบโจทย์โลกอนาคต

การรับกับสภาพแวดล้อมที่คาดเดาได้ยาก (BANI World)[2,3] การพึ่งพาทฤษฎีเดียวไม่เพียงพอ ผู้นำทางการพยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการทฤษฎีภาวะผู้นำหลายรูปแบบเข้าด้วยกันเพื่อสร้างความมั่นคงในระยะยาวและความยืดหยุ่นในการปรับตัวระยะสั้น[11] ซึ่งในบทความนี้ได้ยกตัวอย่างรูปแบบภาวะผู้นำไว้ดังนี้

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership)

ผู้นำยุคใหม่จำเป็นต้องมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีความสำคัญในการกำหนดทิศทางของสถาบันให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ[7] และสภาการพยาบาล[10] ผู้นำต้องมีความคิดที่เป็นระบบ มีมุมมองที่ครอบคลุม โดยพิจารณาปัจจัยภายในและภายนอก รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[18,19] การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ โครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการองค์กรให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน[18]

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)

ผู้นำยุคใหม่จำเป็นต้องมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปทางการศึกษา[11,14] การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้สอนให้ตระหนักถึงการจัดการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะสากลของนักศึกษาต้องอาศัยการจูงใจและการสร้างแรงบันดาลใจ[12,14] ผู้นำที่มีภาวะนี้จะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความมุ่งมั่นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน[11,14] กลยุทธ์หลักในการบริหาร เช่น การสร้างเป้าหมายร่วมกันและการสร้างวัฒนธรรมองค์กรร่วมกัน[14] เป็นเครื่องมือสำคัญของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อหลอมรวมใจคนในองค์กรให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน[2,14]

ภาวะผู้นำการปรับตัว (Adaptive Leadership)

ผู้นำยุคใหม่ในบริบทของความไม่แน่นอน (BANI)[2,3] จำเป็นต้องมีการปรับตัว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้องค์กรสามารถรับมือกับความท้าทายที่ซับซ้อนและไม่คาดคิด[3] ผู้นำต้องส่งเสริมการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานที่ทำให้พนักงานสามารถปรับตัวและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสภาวะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[3] การใช้ประสบการณ์ในอดีตเป็นฐานในการตัดสินใจ การเปิดกว้างด้านข้อมูลข่าวสาร และการกระจายอำนาจ เป็นกลไกที่ผู้นำใช้ในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือและสามารถปรับเปลี่ยนองค์กรได้ทันการณ์[2,3]

การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ของทฤษฎีเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้นำที่ประสบความสำเร็จต้องสามารถทำหน้าที่เป็น “คนกลางเชิงบริบท” (contextual broker) ต้องสามารถตีความนโยบายระดับมหภาค เช่น แผนการศึกษาแห่งชาติ[7] และแปลความหมายสู่การปฏิบัติระดับจุลภาค เช่น การปรับวิธีการสอนของอาจารย์ การเชื่อมโยงนี้เป็นสิ่งสำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่สอดคล้องระหว่างวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์และการดำเนินงานจริง[2,11] ซึ่งจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ความเชื่อมโยงของทฤษฎีภาวะผู้นำกับแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการบริหารการศึกษาพยาบาลสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1: กรอบแนวคิดการบูรณาการทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการบริหารการศึกษาพยาบาล

ทฤษฎีภาวะผู้นำ (Leadership Theory)	แนวคิดหลักที่เกี่ยวข้อง (Core Concepts)	ความสอดคล้องกับบริบทการศึกษาพยาบาลไทย (Relevance to Thai Nursing Education)
ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (Strategic Leadership)	การกำหนดทิศทาง การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม(External/Internal) การสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน[18]	การวางแผนกลยุทธ์ 5 ปี (สภาการพยาบาล 2565-2569)[10] การรับมือกับความท้าทายจากโครงสร้างประชากรที่ซับซ้อน[4]
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership)	การสร้างแรงบันดาลใจ วิสัยทัศน์ร่วม[14] การพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพ และมีส่วนร่วมในเป้าหมายองค์กร[2,14]	การผลักดันให้เกิดการปฏิรูปหลักสูตร[12] การปรับทัศนคติผู้สอนสู่การจัดการเรียนรู้ที่เน้นสมรรถนะสากล[12]
ภาวะผู้นำการปรับตัว (Adaptive Leadership)	การรับมือกับความท้าทายที่ซับซ้อน การใช้ประสบการณ์อดีตเป็นฐานในการปรับตัว[3] การกระจายอำนาจการตัดสินใจ[2,3]	การนำพาองค์กรผ่านสถานการณ์ BANI World[2] การจัดการความเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอนในวิชาชีพ[3]

จากตารางดังกล่าวมีการบูรณาการภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง และผู้นำการปรับตัว มากำหนดทิศทาง สร้างแรงบันดาลใจ, วิสัยทัศน์ร่วมให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษาพยาบาลไทยในการวางแผนกลยุทธ์การปฏิรูปหลักสูตร เพื่อนำพาองค์กรผ่านสถานการณ์ BANI World

กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ในยุคพลวัต

การผลิตพยาบาลแห่งอนาคต[1,6] ผู้นำทางการพยาบาลจำเป็นต้องบริหารจัดการทีมงานที่มีความสามารถสูง (talent management)[20] และทีมงานที่มีความหลากหลายของช่วงวัย (multigenerational workforce)[21,22] อย่างมีกลยุทธ์ การบริหารจัดการบุคลากรที่มีประสิทธิผลในสถาบันการศึกษาพยาบาลถือเป็นปัจจัยนำเข้าโดยตรงต่อคุณภาพของหลักสูตร[13]

การบริหารจัดการผู้มีความสามารถสูง (talent management) กลยุทธ์การรักษาบุคลากรที่มีความสามารถสูงต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจประเภทของ “คนเก่ง” ในสาขาการพยาบาล ซึ่งจำแนกได้ 4 ประเภท ได้แก่ คนเก่งมาแต่กำเนิด คนเก่งที่เกิดจากการเรียนรู้ คนเก่งที่เกิดจากองค์กร และคนเก่งที่เกิดจากการผนวกตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน[23]

ผู้นำยุคใหม่ต้องใช้อำนาจภายในตนเองเพื่อดึงดูดและกระตุ้นคนเก่งให้ทำงานอย่างเต็มที่[24] บทบาทนี้รวมถึงการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างเต็มศักยภาพ การสร้างแรงจูงใจและการกระจายอำนาจเป็นสิ่งสำคัญเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการบรรลุเป้าหมาย[13]

สำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาล การบริหารจัดการคนเก่งไม่เพียงแต่ช่วยรักษาอัตราการคงอยู่บุคลากรเท่านั้น แต่ยังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษามาตรฐานสากลของหลักสูตร[20,25] หากอาจารย์ที่มีทักษะเฉพาะด้าน เช่น ทักษะภาษาต่างประเทศหรือความเชี่ยวชาญทางคลินิกระดับสูง ไม่ได้รับการดูแลและพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ต่อเนื่อง องค์กรจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการของหลักสูตรพยาบาลสากลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นกลยุทธ์ทรัพยากรบุคคลจึงเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นสำหรับความสำเร็จของการพัฒนาหลักสูตร[13]

การสร้างความลงรอยในทีมงานที่มีความหลากหลายช่วงวัย

การบริหารทีมงานที่มีความหลากหลายของช่วงวัยเป็นความท้าทายที่ผู้นำต้องเผชิญ[21,22] ผู้นำที่เข้าใจความแตกต่างระหว่างช่วงวัยและสามารถดึงจุดแข็งของแต่ละกลุ่มมาใช้ร่วมกัน จะช่วยเสริมสร้างทีมให้แข็งแกร่งและมีศักยภาพสูงสุด

ความท้าทายนี้อาจนำไปสู่ความขัดแย้งหากผู้นำขาดความเข้าใจในการสื่อสารและการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม ลักษณะของผู้นำในองค์กรที่มีความหลากหลายควรเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ภาวะผู้นำยุคใหม่ที่ประสบความสำเร็จต้องทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (mentor) และโค้ช (coach) และใช้กลยุทธ์ในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การเริ่มต้นการสนทนาเกี่ยวกับความแตกต่างของแต่ละช่วงวัย การยอมรับความหลากหลายและเสนอทางเลือกในการทำงาน และการใช้ประโยชน์จากจุดเด่นของแต่ละช่วงวัย ผู้นำไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะจุดอ่อน แต่ควรให้ความสำคัญกับการดึงจุดแข็งมาใช้เพื่อให้เกิดผล

การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด[22] เช่น การส่งเสริมให้อาจารย์อาวุโสถ่ายทอดประสบการณ์ทางคลินิก ขณะที่อาจารย์รุ่นใหม่นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน[26]

ภาวะผู้นำยุคใหม่ที่สามารถดึงจุดแข็งมาใช้ในทีมงานที่มีความหลากหลายช่วงวัยได้อย่างลงตัวสามารถจะพัฒนาหลักสูตรและสมรรถนะของบุคลากรในสถาบันไปสู่ความเป็นสากลได้

กลยุทธ์การพัฒนาหลักสูตรและสมรรถนะสู่ความเป็นสากล

หลักสูตรการพยาบาลถือเป็นหัวใจของการจัดการศึกษา เพราะเป็นกรอบกำหนดคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบัณฑิตและแนวทางการประเมินผล การปรับปรุงหลักสูตรจึงต้องสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษา ระบบสุขภาพ และความต้องการของสังคม[27]

ทิศทางกลยุทธ์หลักของสภาการพยาบาล ผู้นำยุคใหม่จะต้องขับเคลื่อนหลักสูตรให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565–2569 ของสภาการพยาบาล

ทิศทางกลยุทธ์ที่ 1: การส่งเสริมความเป็นเลิศในการจัดการศึกษา การวิจัย และนวัตกรรม นโยบายนี้กำหนดให้มีการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการศึกษาให้ได้มาตรฐานสากล สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโลก ระบบสุขภาพ และวิถีปกติใหม่[10] ผู้นำต้องลงทุนในการเพิ่มและพัฒนาอาจารย์อย่างต่อเนื่อง พร้อมสร้างแรงจูงใจเพื่อธำรงรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพ[10,20] และสนับสนุนระบบการทำวิจัย สร้างนวัตกรรม และการนำไปใช้ประโยชน์[10]

ทิศทางกลยุทธ์ที่ 2: การเพิ่มการผลิตพยาบาลให้มีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพ กลยุทธ์ในทิศทางนี้มีความท้าทายอย่างยิ่งในการรักษาสมดุลระหว่างการเพิ่มจำนวนบัณฑิตให้เพียงพอต่อระบบสุขภาพและการรักษาคุณภาพระดับสากล การเพิ่มจำนวนบัณฑิตอย่างรวดเร็วโดยที่ขาดการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานและอาจารย์ที่มีคุณภาพอาจส่งผลกระทบต่อมาตรฐาน ผู้นำจึงต้องใช้การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและบูรณาการเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพและทักษะสำหรับศตวรรษที่ 21[25] และการพัฒนาสู่ความเป็นสากล เช่น กรณีศึกษาการเป็นวิทยาลัยพยาบาลนานาชาติ

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลสู่ความเป็นสากลในกรณีศึกษาต้องพิจารณาองค์ประกอบของวิทยาลัยพยาบาลนานาชาติ[26] ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: ปัจจัยส่งเสริมระดับชาติและระดับสถาบัน: ผู้นำต้องสร้างพันธมิตรระดับนานาชาติ สร้างชื่อเสียงในระดับนานาชาติ และส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานสากล การสร้างความร่วมมือทางสังคม วัฒนธรรม และความเข้าใจระหว่างกันถือเป็นรากฐานสำคัญ

องค์ประกอบที่ 2: การจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลนานาชาติ: เน้นการจัดการด้านหลักสูตร การเรียนการสอน ผู้สอน และผู้เรียน การเตรียมความพร้อมระดับสูงสุด เช่น การแลกเปลี่ยนนักศึกษาและอาจารย์ การกำหนดให้การศึกษาดูงานในต่างประเทศเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน และการเปิดหลักสูตรสองปริญญา (Dual Degree) เป็นตัวชี้วัดความเป็นสากลที่ชัดเจน

องค์ประกอบที่ 3: การบริหารจัดการ: ผู้นำต้องดูแลให้มีทรัพยากรสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งอาคาร สถานที่ งบประมาณการเงินที่คล่องตัว และบุคลากรสายสนับสนุนที่มีสมรรถนะสากล[28]

นอกจากการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลสู่ความเป็นสากล ผู้นำยุคใหม่ยังต้องพัฒนาสมรรถนะสากลของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลไปด้วยกัน

การพัฒนาสมรรถนะสากลของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล

การเปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นโค้ชและผู้อำนวยความสะดวก อาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ 21 ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้ความรู้เป็นผู้ส่งเสริมและผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ การพัฒนาสมรรถนะความเป็นสากลต้องอาศัยความรู้ที่ทันสมัย ทักษะความเป็นครูที่ครบถ้วน รวมถึงความสามารถในการออกแบบหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีที่หลากหลายตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง[29] ผู้นำต้องมีระบบที่เอื้อต่อการพัฒนาอาจารย์อย่างเป็นระบบ เช่น ระบบสนับสนุนการทำวิจัย การส่งเสริมการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจและการธำรงรักษาอาจารย์ที่มีความสามารถ[10,20]

สถาบันการศึกษาพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้าง และปลูกฝังให้นักศึกษามี สมรรถนะสากล (global competence)[7,12] ซึ่งเป็นความรู้และทักษะที่จำเป็นในการทำความเข้าใจโลกในปัจจุบัน มีการบูรณาการองค์ความรู้จากหลากหลายสาขา และการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่แตกต่าง[7]

คุณลักษณะของสมรรถนะสากลสำหรับนักศึกษาพยาบาลครอบคลุมหลายด้านที่สำคัญต่อพยาบาลแห่งอนาคต ได้แก่ สมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านเทคโนโลยี ด้านการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ ด้านความแตกต่างทางวัฒนธรรม และที่สำคัญคือ ทักษะด้านภาษาที่สอง (โดยเฉพาะภาษาอังกฤษ หรือภาษาต่างประเทศ) และความสามารถด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม[30] ซึ่งผู้นำต้องจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนใช้กระบวนการคิด ค้นหาความรู้ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ[29]

ดังนั้นบทบาทของผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนสมรรถนะตามองค์ประกอบหลักตามกรอบสากล สามารถเปรียบเทียบและการสังเคราะห์สมรรถนะหลักของพยาบาลแห่งอนาคตตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2: การเปรียบเทียบและการสังเคราะห์สมรรถนะหลักของพยาบาลแห่งอนาคต

มิติสมรรถนะ (Competency Dimension)	องค์ประกอบหลักตามกรอบสากล (Key Components in Global Framework)	บทบาทของผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน (Strategic Leadership Role)
การปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ (Professional Practice)	การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม[30] การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสากล[5] ทักษะภาษาที่สอง (อังกฤษ/ต่างประเทศ)[30]	การจัดหาทรัพยากรสนับสนุนที่มีสมรรถนะสากล (อาคาร, เทคโนโลยี) การออกแบบหลักสูตรที่มีการศึกษาดูงานต่างประเทศ[28]
ภาวะผู้นำและการจัดการ (Leadership and Management)	การสร้างแรงจูงใจ[14] การขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ร่วม[14] การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ[4]	การบูรณาการภาวะผู้นำเข้าในหลักสูตร (ทิศทางกลยุทธ์ที่ 3)[10] การกระจายอำนาจให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนการสอน[2,3]
การเรียนรู้เชิงนวัตกรรม (Innovative Learning)	การสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง[29] การใช้เทคโนโลยี[30] ทักษะการปรับตัวในสังคมวิถีใหม่[3]	การปรับบทบาทอาจารย์เป็นผู้อำนวยความสะดวก[29] การส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมทางการศึกษา[10]

จากตารางได้สังเคราะห์บทบาทของผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิด มิติสมรรถนะหลักของพยาบาลแห่งอนาคตในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ได้องค์ประกอบหลักกรอบสากลเพื่อนำไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสากลได้ ต้องอาศัยภาวะผู้นำยุคใหม่จัดการเชิงกลยุทธ์อย่างครอบคลุม

การสังเคราะห์กรอบกลยุทธ์ผู้นำยุคใหม่: การประยุกต์สู่การปฏิบัติ

การสังเคราะห์ที่สำคัญสำหรับผู้นำการพยาบาลยุคใหม่คือการตระหนักว่ากลยุทธ์ระยะยาว เช่น การปฏิรูปหลักสูตรตามมาตรฐานสากล[12] จะต้องดำเนินการพร้อมกับการปรับตัวอย่างรวดเร็ว เพื่อรับมือกับ BANI[2,3] การที่ผู้นำจะต้องเพิ่มทั้ง จำนวน และ คุณภาพ ของบัณฑิตพยาบาลตามทิศทางกลยุทธ์ที่ 2[10] นำมาซึ่งความท้าทายที่ต้องแก้ไขผ่านการจัดการเชิงกลยุทธ์[18] หากองค์กรพยายามเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วโดยไม่เพิ่มทรัพยากรที่มีสมรรถนะสากล คุณภาพจะถูกบั่นทอนลง ผู้นำจึงต้องใช้กลยุทธ์การปรับปรุงประสิทธิภาพการเรียนการสอนผ่านเทคโนโลยี เช่น ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่จำลองจากสถานการณ์จริง[30] และการปรับปรุงกระบวนการเพื่อรองรับจำนวนที่เพิ่มขึ้นโดยที่ยังคงรักษามาตรฐานการเรียนรู้ไว้[25]

ดังนั้นผู้นำยุคใหม่จึงจำเป็นต้องวางกรอบกลยุทธ์แบบบูรณาการ โดยมีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่สามารถปรับตัวและนำการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้[2,3,14] เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์ในสามมิติที่พึ่งพาอาศัยกันอย่างเป็นระบบ: ความพร้อมของสถาบัน (institutional readiness): การปรับโครงสร้าง นโยบาย และระบบบริหารจัดการ รวมถึงความคล่องตัวด้านงบประมาณ ให้ทันสมัยและสากล[28] การพัฒนาทุนมนุษย์ (human capital development): การบริหารทีมงานหลากหลายช่วงวัย[21,22] และการรักษา “คนเก่ง”[20] เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพสูงสุดในการขับเคลื่อนหลักสูตร[13] การผลิตสมรรถนะสากล (global competency production): การออกแบบหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านสมรรถนะสากลอย่างชัดเจน[12,30] กรอบการสังเคราะห์สามารถส่งผลให้การเรียนรู้ขององค์กรจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง[25] และช่วยให้องค์กรมีความยืดหยุ่นในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพหรือการ

เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่[3,4] ดังนั้นการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อองค์กรสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง

กรณีศึกษาเชิงประยุกต์: ความสำคัญของการจัดการเชิงกลยุทธ์

การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ต้องอาศัยการนำแนวคิดเชิงทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม[18] ผู้นำต้องมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและผลักดันการเปลี่ยนแปลงผ่านตัวอย่างเชิงปฏิบัติ การปฏิรูปงบประมาณเชิงกลยุทธ์เพื่อความเป็นสากล

ความพร้อมในการเป็นสากล จากกรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลนานาชาติกำหนดให้ต้องมี ระบบเบิกจ่ายงบประมาณที่คล่องตัวและรวดเร็ว เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน[28] ผู้นำเชิงกลยุทธ์จะใช้ข้อกำหนดนี้ในการปรับปรุงขั้นตอนการจัดสรรงบประมาณ การจัดตั้งกองทุนพิเศษ หรือการกระจายอำนาจทางการเงินในการจัดซื้ออุปกรณ์หรือเทคโนโลยีที่ทันสมัยอย่างรวดเร็ว ยกตัวอย่างเช่น เมื่อมีความต้องการซื้อโปรแกรมการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง (virtual reality simulation) เพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกและสมรรถนะสากล[30] ผู้นำจะต้องลดขั้นตอนการอนุมัติงบประมาณจากหลายฝ่ายให้สั้นลงอย่างมาก ซึ่งแตกต่างจากการบริหารแบบดั้งเดิมที่อาจใช้เวลานานจนเทคโนโลยีดังกล่าวล้าสมัย การที่ผู้นำสามารถสร้างความคล่องตัวนี้ได้ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สร้างความได้เปรียบทางการแข่งขันและสนับสนุนการพัฒนาอาจารย์ให้ทันต่อโลก การจัดการความขัดแย้งข้ามช่วงวัยเพื่อผลักดันนวัตกรรม[18,28]

ในสถาบันการศึกษา อาจเกิดความขัดแย้งได้เมื่อมีการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ เช่นการเปลี่ยนจากการสอนแบบบรรยายไปเป็นการเรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง หรือการนำเทคโนโลยีมาใช้แทนการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิม[29] หากอาจารย์อาวุโสแสดงความต่อต้านการใช้เทคโนโลยีใหม่ในการจัดการเรียนการสอน เช่น การปฏิเสธการใช้ VR หรือ AR ในการฝึกปฏิบัติ[30] ผู้นำจะต้องประยุกต์ใช้ภาวะผู้นำการปรับตัว (adaptive leadership)[3] โดยไม่สั่งการให้ทุกคนทำตาม แต่ใช้วิธีการสื่อสารที่ยืดหยุ่นและการทำความเข้าใจความแตกต่างของช่วงวัย[22] ผู้นำควรจัดเวทีการเรียนรู้ร่วมกัน (shared learning) เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดความรู้สองทิศทาง (bi-directional mentorship) ซึ่งอาจารย์รุ่นใหม่เป็นที่ปรึกษาด้านเทคโนโลยีแก่อาจารย์อาวุโส และอาจารย์อาวุโสเป็นที่ปรึกษาด้านความเชี่ยวชาญทางคลินิก[22,26] การจัดการความขัดแย้งในลักษณะนี้จะนำไปสู่การสังเคราะห์หลักสูตรลูกผสม (hybrid curriculum) ที่ใช้ประโยชน์จากจุดแข็งทางประสบการณ์ของอาจารย์อาวุโสและจุดเด่นด้านเทคโนโลยีของอาจารย์รุ่นใหม่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด[22,30]

สรุป

การนำพาการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการผลิตพยาบาลแห่งอนาคตภายใต้บริบท BANI World[2,3] จำเป็นต้องอาศัยความมุ่งมั่นและความสามารถในการปรับตัวเชิงกลยุทธ์ที่สูงกว่าการบริหารจัดการแบบดั้งเดิม[18] ผลการสังเคราะห์จากบทความนี้ได้ข้อสรุปที่สำคัญดังนี้

ผู้นำทางการพยาบาลยุคใหม่ต้องใช้นวัตกรรมเชิงกลยุทธ์ผ่านการบูรณาการภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและภาวะผู้นำการปรับตัว[2,3,14] เพื่อรับมือกับความซับซ้อนของสภาพแวดล้อมโลกและตอบสนองต่อนโยบายระดับชาติ[7,10] กลยุทธ์การบริหารทรัพยากรมนุษย์ต้องถูกพิจารณาเป็นปัจจัยนำเข้าหลักในการรักษาคุณภาพการศึกษา[13] การจัดการ “คนเก่ง”[20] และการสร้างความร่วมมือความหลากหลายวัยของอาจารย์[22] เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาและพัฒนาสมรรถนะสากลของสถาบัน[12]

การพัฒนาหลักสูตรสู่ความเป็นสากลต้องอาศัยความพร้อมด้านทรัพยากรที่ยืดหยุ่นโดยเฉพาะด้านงบประมาณ[28] การปรับเปลี่ยนบทบาทอาจารย์สู่การเป็นผู้อำนวยความสะดวก[29] และการมุ่งเน้นการปลูกฝังสมรรถนะสากลที่ครอบคลุมทักษะภาษาต่างประเทศและการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของนักศึกษา[30]

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเหล่านี้ถูกกำหนดขึ้นสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก เพื่อให้สามารถนำกรอบกลยุทธ์ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมและวัดผลได้ ดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)	ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ (Strategic Recommendations)	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) (Measurable Outcomes)
ผู้กำหนดนโยบาย (Policy Makers)	1. จัดตั้งกองทุนพิเศษเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของความเป็นสากล เช่นวิทยาลัยพยาบาลนานาชาติ โดยเน้นการสร้างความคล่องตัวในการเบิกจ่ายงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการเร่งด่วน[28] 2. ส่งเสริมการสร้างพันธมิตรระดับนานาชาติในรูปแบบ Joint/Dual Degree Program และโครงการแลกเปลี่ยนบุคลากร[28]	จำนวนงบประมาณที่จัดสรรสำหรับหลักสูตรนานาชาติโดยเฉพาะ จำนวนนักศึกษา/อาจารย์ที่เข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนระหว่างประเทศ (ต่อปี)
สถาบันการศึกษา (Institutions)	1. สร้างระบบ Mentorship แบบสองทิศทาง (Bi-directional Mentoring) เพื่อส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยีข้ามช่วงวัย[22] 2. กำหนดให้การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกและสมรรถนะสากลเป็น KPI หลักสำหรับอาจารย์ โดยมีระบบสนับสนุนการทำวิจัยและวิชาการที่เข้มแข็ง[10,12]	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรที่มีความสามารถสูง (“คนเก่ง”) (Retention Rate) (%)[20]/จำนวนหลักสูตรที่ได้รับการรับรองมาตรฐานสากล[28]
ผู้บริหารสถานพยาบาล (Hospital Administrators)	1. ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการออกแบบการฝึกปฏิบัติที่เน้นการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมและการสื่อสารด้วยภาษาที่สอง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรองรับผู้ใช้บริการจากนานาชาติ[30] 2. พัฒนาระบบประเมินสมรรถนะบัณฑิตใหม่ โดยเน้นทักษะการบริหารจัดการและภาวะผู้นำตามที่สภาการพยาบาลกำหนด[10]	อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อทักษะภาษาต่างประเทศและสมรรถนะสากล (%)[30] จำนวนโปรแกรมการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่จัดขึ้นสำหรับพยาบาลจบใหม่

จากตาราง ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์จากกรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นกรอบกลยุทธ์กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและนำไปประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จได้

ข้อเสนอแนะ

บทความนี้ได้สังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ภาวะผู้นำเพื่อการศึกษาพยาบาลสู่ความเป็นสากล องค์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคต การนำกรอบกลยุทธ์ดังกล่าวไปใช้ให้ดำเนินการศึกษาเชิงประจักษ์ (empirical studies) เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำกรอบกลยุทธ์ผู้นำเชิงสังเคราะห์นี้ไปใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาลจริง โดยเน้นการวัดผลตามตัวชี้วัดที่เสนอ เช่น ความยืดหยุ่นขององค์กร (organizational resilience)[3] ความพึงพอใจของอาจารย์[22] และระดับสมรรถนะสากลของนักศึกษาพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา[12,30] เพื่อยืนยันความสามารถของผู้นำในการขับเคลื่อนสถาบันสู่เป้าหมายการผลิตพยาบาลแห่งอนาคตได้อย่างยั่งยืน

References

1. Nansupawat A. Contemporary nursing leadership and management skills. Siam Pimnawa Company Limited; 2024. (in Thai)
2. Boonpromraksa S, Theeraphuech K, & Junveroad V. The role of new generation leaders affecting the organizational management in new normal. Journal of Management Sciences. 2021;23(2):257–66. (in Thai)
3. McKimm J, Ramani S, Forrest K, Bishop J, Findyartini A, Mills C, et al. Adaptive leadership during challenging times: Effective strategies for health professions educators: AMEE Guide No. 148. Medical Teacher. 2023;45(2):128–38.
4. World Health Organization. State of the world’s nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery. Geneva: World Health Organization; 2025.

5. Thai Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Nursing Council on core competencies for graduates with a bachelor's, master's, and doctoral degree in nursing, advanced nursing training programs for a certificate, and those with a specialized certificate/approval in nursing and midwifery. 2018. (in Thai)
6. International Council of Nurses. ICN puts wellbeing of nurses at centre of International Nurses Day 2025. Geneva: International Council of Nurses; 2025.
7. Office of the National Education Commission. The National Education Plan B.E. 2560–2579 (2017–2036). Bangkok. (in Thai)
8. Kaewta S. The Characteristics of School Administrators in New Age Affecting Teacher Competency for 21 Century Under Secondary Educational Service Area Office Phetchabun. Phitsanulok, Thailand: Naresuan University; 2022. (in Thai)
9. Kotra P, Phoklin S, & Krommuang A. A scenario of educational management of undergraduate nursing curricula in the context of ASEAN community. Journal of Health Sciences. 2017; 11(2):18-27.
10. Nursing Council. Strategic plan for nursing and midwifery 2022-2026. Nonthaburi, Thailand: Nursing Council; 2022. (in Thai)
11. Yongchaiyoot P, & Arannapoom V. Strategies for developing nursing leadership in the 21st century. Vajira Nursing Journal. 2024;26(2): 136–50. (in Thai)
12. Ruangworaboon S, Sararatana A, & Uae-aranyachoti S. The development of a curriculum to enhance international competencies for bachelor's degree nursing students. Journal of Nursing Science and Health. 2016;30(3):132–40. (in Thai)
13. Thongpila S, Yoonisil W, & Srisatidnarakul B. The scenario of the Bachelor of Nursing Curriculum (During 2022-2026) from perspectives of nursing students studying in nursing college under the Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health. Journal of Health and Nursing Research. 2022;38(3):201–12. (in Thai)
14. Taboonmee S. The relationship between transformational leadership and organizational management effectiveness. Humanities and Social Sciences Research Promotion Network Journal. 2023;6(2):98–113. (in Thai)
15. Chen J, Huang J, & Li Y. Work design for employee creativity: The role of task complexity and autonomy. Journal of Business Research. 2018;89(2):1-9.
16. Li J, Lee S, & Kim K. Strategic human resource management and firm performance: the mediating role of organizational agility. Journal of Hospitality and Tourism Management. 2023;54(1):412–21.
17. Wichaiwong T, & Yupas Y. Leadership and management skills in organizations. Saeng-Isan Academic Journal. 2019;16(2):667–80. (in Thai)
18. Yupas Y. Strategies and Management. Journal of Research and Development, Rajabhat Maha Sarakham University. 2019;6(1):353–62. (in Thai)
19. Leenalat P, Phawabut C, Suwanthai W, & Duangchathom S. The effective leadership development model for administrators of world-class standard schools in the Northeastern region. Journal of Educational Administration Khon Kaen University. 2017; 13(1):11-20. (in Thai)

20. Johnson AJ, & Veldsman TH. Building leadership talent: perspectives from the front line. Knowledge Resources Pty Limited; 2017.
21. Tussing TE, Chipps E, & Tornwall J. Generational Differences in the Nursing Workforce: Strategies for Nurse Leaders. Nurse Leader 2024;22(5):602-8.
22. Deery M. Leading a multigenerational workforce in healthcare: strategies for success. Journal of Nursing Administration. 2022;52(10):503–10.
23. Drennan J, & Ross L. Talent management in nursing: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2024;151: (Article Number)104445.
24. International Council of Nurses. ICN launches new Global Nursing Leadership Institute cohort, empowering nurses to address health challenges worldwide. ICN; 2025.
25. World Health Organization. Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
26. Chooha U, Somchoe P, Naksukhum S, Poungsamai P, Prayoonsirisak R, Mongkolsawad J, et al. How to produce nursing to meet the needs of graduate users in the 21st century: challenges of Thai nursing instructors. Mahasarakham Hospital Journal. 2019; 16(2):178–86. (in Thai)
27. National Education Act B.E.1999 Amendment (No. 4) B.E.2019. Royal Gazette. 2019 May 1;136(57A):119-26.
28. Nirotnun U, Prachyayapruit A, & Methakunavudhi P. Development of an International Nursing College Model in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):75–86. (in Thai)
29. Ruangworaboon S, & Prabmeechai S. International competency for the nursing profession: Essential content. Nakhon Phanom University Journal. 2016;6(1):262–8. (in Thai)
30. Kloamjai T, Chatchawarat T, & Arkarn S. Factors related to the effectiveness of simulation-based learning in the professional nursing courses at Boromarajchanani College of Nursing, Phayao. Journal of Nursing and Public Health Education. 2019;20(2):3-15. (in Thai)

การประยุกต์ใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช: บทบาทพยาบาลจิตเวช เทคนิค และกรณีศึกษา

The Application of Therapeutic Relationships in Psychiatric Patients: The Role of Psychiatric Nurses, Communication Techniques, and Case Application

ภาสินี โทอินทร์ พัฒนี ศรีโอษฐ์*
Pasinee Thoin Phatanee Srioad*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 40000
Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand 40000

บทคัดย่อ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือตั้งแต่เริ่มต้นจนจบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสมด้วยตนเอง บทบาทพยาบาลจิตเวชจึงมีความสำคัญในกระบวนการช่วยเหลือและบำบัดรักษา โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการ ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การดูแลตนเอง และการเข้าสังคม บทบาทของพยาบาลจึงจำเป็นต้องเรียนรู้เทคนิคและวิธีสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนมีปฏิสัมพันธ์ พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมทางอารมณ์ ความรู้ และข้อมูลของผู้ป่วย ระยะที่ 2 ระยะเริ่มต้น พยาบาลสร้างความไว้วางใจ กำหนดข้อตกลง และร่วมสำรวจปัญหา ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการแก้ปัญหา พยาบาลรักษาสัมพันธภาพที่ดี ช่วยผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระยะที่ 4 สิ้นสุดสัมพันธภาพ พยาบาลช่วยประเมินผล สรุปสัมพันธภาพ และเตรียมผู้ป่วยกลับสู่สังคมอย่างมั่นคง

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการปฏิบัติ บทบาทพยาบาลจิตเวชและการประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัด และการศึกษาวิจัย เพื่อจะช่วยให้สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการทำงานปฏิบัติการพยาบาล และช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาของตนเองและผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาพยาบาล และยังป้องกันปัญหาความขัดแย้งของพยาบาลกับผู้ป่วยหรือญาติ นำมาสู่การให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมภายใต้กรอบจริยธรรมและการยอมรับในความแตกต่างของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลจิตเวช, การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

Abstract

Building a therapeutic relationship with psychiatric patients is a crucial process in psychiatric care. Nurses must use themselves as a therapeutic tool from beginning to end, aiming to help patients understand their problems and find appropriate solutions on their own. The role of psychiatric nurses is crucial in the sup-

Corresponding Author: *Email: phatanee.s@bcnkk.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 4 ต.ค. 2568

port and treatment process, particularly in accessing services and cooperating with medical treatment. Patients with cognitive, emotional, and behavioral disorders impacting their lives, self-care, and social interactions. Therefore, the role of nurses requires learning techniques and methods for building relationships in all four stages: Stage 1: Before Interaction: Nurses prepare the patient emotionally, knowledgeably, and with information; Stage 2: Initial Stage: Nurses build trust, establish agreements, and explore the problem; Stage 3: Problem-solving: Nurses maintain a good relationship and assist the patient in analyzing the problem, planning, and promoting behavioral change; and Stage 4: Ending the Relationship: Nurses assist in evaluating and summarizing the relationship and preparing the patient for a stable return to society.

This article aims to present guidelines for practice, the role of psychiatric nurses, and their application in therapy and research. This will enable them to apply this knowledge to nursing practice and assist and resolve their own and psychiatric patient problems, resulting in positive treatment outcomes and preventing conflicts between nurses and patients or their families. This leads to cooperation in solving problems appropriately and creating sustainable change. Patients can return to live appropriately in society within an ethical framework and acceptance of individual differences.

Keywords: psychiatric nurse roles, therapeutic relationship building

บทนำ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship) เป็นรากฐานสำคัญของการพยาบาลจิตเวช และเป็นเครื่องมือหลักที่พยาบาลใช้ดูแล ฟื้นฟู และเยียวยาผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพนี้เป็นความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย ฟื้นฟูศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง[1] องค์ประกอบสำคัญที่เอื้อต่อความสัมพันธ์นี้ได้แก่ ความไว้วางใจ (Trust) ซึ่ง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มีคุณภาพในหอผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตผู้ป่วยดีขึ้น โดยปัจจัยสำคัญ คือ ความไว้วางใจ เป็นมิตร อารมณ์ขัน จริงใจ และมีทัศนคติแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[1]

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทครอบคลุมทุกระยะของการดูแล ตั้งแต่การเตรียมตัว การสร้างความไว้วางใจ การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันไปจนถึงการประเมินผลสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง ความเข้าอกเข้าใจ[2] (Empathy) ความเคารพในศักดิ์ศรี (Respect) และการรักษาขอบเขตทางวิชาชีพ (Professional Boundaries) ล้วนเป็นพื้นฐานในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการบำบัด โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน พยาบาลต้องเผชิญกับผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม ทั้งผู้ที่มีความคิดหลงผิด หวาดระแวง ซึมเศร้ารุนแรง หรือพฤติกรรมต่อต้านการสื่อสาร ความสามารถของพยาบาลในการเข้าถึง เข้าใจ และเชื่อมโยงกับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เปราะบางเหล่านี้ จึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการฟื้นฟูจิตใจและเสริมสร้างความร่วมมือเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

การประยุกต์ใช้การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชขึ้นอยู่กับทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความพร้อมของพยาบาล รวมถึงความแตกต่างของผู้รับบริการที่พยาบาลต้องตระหนักถึง ปัจจุบันแนวทางนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวาง พบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากขึ้น รู้สึกปลอดภัย และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งการสื่อสารเชิงบำบัดยังช่วยลดอาการทางจิต ลดการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้[3,4] สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเกิดจากความเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง บนพื้นฐานของความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ เห็นอกเห็นใจ เป็นมิตร และปลอดภัย งานวิจัย[5] ประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการสื่อสารในแต่ละระยะเพื่อประเมินอาการและวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสม ช่วยให้พยาบาลเข้าใจและตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุได้ดีขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยของวันดี ชูชื่น[6] ได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพมาพัฒนาการเรียนการสอนภาคปฏิบัติด้านการให้คำปรึกษา พบว่า ช่วยให้นักศึกษามีความเข้าใจและสามารถนำ

เทคนิคการให้คำปรึกษาไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดถือเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มักประสบปัญหาความบกพร่องทางการคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ขาดความไว้วางใจผู้อื่น และมีอคติจากสังคม การพยาบาลที่สามารถสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือกับผู้ป่วยได้จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการรักษาและฟื้นฟู[7] หากขาดสัมพันธภาพที่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษา ขาดการร่วมมือ หรือแม้กระทั่งเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง[8]

พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องมีทักษะและเทคนิคที่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่มีเป้าหมายเพื่อการบำบัด ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา[9,10] พบว่า การใช้ตนเองในการบำบัดและสมรรถนะด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่งผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ทฤษฎีของเพพลาว เน้นความสำคัญว่า “การสื่อสาร” เป็นเครื่องมือทางคลินิกที่พยาบาลสามารถใช้ในการให้ความรู้ ช่วยเหลือด้านอารมณ์ และเชื่อมโยงกับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่หลากหลาย ทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเปราะบางทางด้านจิตใจ และจากงานวิจัย พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงส่งผลให้ความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้น[11] สัมพันธภาพจึงถูกใช้เป็นเครื่องมือทั้งการติดต่อสื่อสารและบำบัดในกระบวนการพยาบาล โดยพยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งกันและกัน ทั้งสองฝ่ายต่างเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นและเติบโตไปด้วยกันอันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กันนั่นเอง[12]

บทความนี้มุ่งสังเคราะห์องค์ความรู้และวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยนำเสนอเทคนิคและกรณีศึกษาที่สะท้อนการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติเพื่อให้เกิดการบำบัดที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง แนวคิดหลัก คือ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพลาว[13](Peplau’s Theory of Interpersonal Relations) ซึ่งมองการพยาบาลเป็นกระบวนการบำบัดทางจิตระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องผ่านความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ โดยพยาบาลใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดผ่านการสื่อสารที่มีเป้าหมายและมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย ทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ก่อนเริ่มต้น เริ่มต้น ดำเนินการ และสิ้นสุด ซึ่งแต่ละระยะมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ และความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในกระบวนการดูแล วินิจฉัย วางแผน และการรักษา บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้บำบัด จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลทางกาย แต่รวมถึงการช่วยเหลือด้านจิตใจและอารมณ์ผ่านทักษะระหว่างบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดคือหัวใจสำคัญของการพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน[14]

ดังนั้น บทบาทพยาบาลจิตเวชต้องอาศัยความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วย ความสามารถเหล่านี้สามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ โดยสัมพันธภาพ ถือเป็นหัวใจของการพยาบาลจิตเวช เพราะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง ฟื้นฟูสมดุลทางจิตใจ ส่งเสริมคุณค่าชีวิต และป้องกันความขัดแย้งระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ.

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจและความจริงใจของพยาบาล ใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมีเป้าหมาย เช่น การฟัง การสะท้อน และภาษากาย[14] เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย มีส่วนร่วมในการดูแล และได้รับการเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[4,8,15,16].

วัตถุประสงค์ของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับตนเอง มองเห็นปัญหาตามความเป็นจริง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับปรุงปรับพฤติกรรมหรือทัศนคติในแนวทางที่เหมาะสมตามศักยภาพและสถานการณ์ชีวิต เสริมสร้างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง

เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด

พยาบาลต้องมีทักษะในการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อช่วยให้เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของกระบวนการบำบัดช่วยเหลือด้านจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ตารางที่ 1 องค์ประกอบในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มีคุณภาพ ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบ	ความหมาย	ตัวอย่างในการปฏิบัติ
1. ความไว้วางใจ (Trust)	ความมั่นใจว่าพยาบาลมีความจริงใจ ปลอดภัย และพร้อมช่วยเหลือ	ยิ้มทักทาย เรียกชื่อผู้ป่วยถูกต้อง ฟังอย่างตั้งใจ ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน สร้างข้อตกลงชัดเจน
2. การเคารพ (Respect)	การยอมรับในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และความแตกต่างของผู้ป่วย	ไม่ตำหนิผู้ป่วยที่หยุดยา แต่ให้ข้อมูลและแนะนำแนวทางดูแลอย่างเข้าใจและสนับสนุน
3. สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy)	ความใกล้ชิดจากการดูแลอย่างเหมาะสมในบทบาทวิชาชีพ	ช่วยผู้ป่วยอาบน้ำ ดูแลสุขอนามัย รักษาความลับ เข้าถึงข้อมูลเฉพาะที่จำเป็น
4. ความเข้าใจความรู้สึก (Empathy)	การเข้าถึงและเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย โดยไม่ปะปนกับอารมณ์ของตนเอง	ฟังผู้ป่วยเล่าความเศร้าอย่างเข้าใจ ตอบสนองด้วยคำพูด เช่น “ดิฉันเข้าใจความรู้สึกของคุณ”
5. อำนาจ (Power)	พยาบาลมีอำนาจในการดูแลจากความรู้และข้อมูล แต่ควรใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย	อธิบายขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้าให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อลดความกลัวและเพิ่มความร่วมมือ
6. ตระหนักรู้ในตนเอง (Self-Awareness)	พยาบาลต้องเข้าใจอารมณ์ ความคิด และทัศนคติของตนเองและเข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีขึ้น	พยาบาลรับรู้ความรู้สึกและยอมรับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองขณะสนทนา

ขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ 2) เริ่มต้น 3) ดำเนินการแก้ปัญหา และ4)สิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นหัวใจของการพยาบาลจิตเวช ที่ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ผู้ป่วยเปิดใจ เข้าใจตนเอง และมีแรงจูงใจในการรักษา ความสัมพันธ์นี้ตั้งอยู่บนความไว้วางใจ ความเข้าใจ ความเคารพ และขอบเขตวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม[1,2,8,10,13].

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ได้แก่ **ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ (Pre-orientation phase)** พยาบาลเตรียมความพร้อมด้านอารมณ์ ความรู้ และข้อมูลผู้ป่วย พร้อมตระหนักรู้ตนเองก่อนพบผู้ป่วย **ระยะที่ 2 เริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation phase)** สร้างความไว้วางใจ กำหนดข้อตกลงร่วมกัน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และเปิดใจสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และเสริมสร้างความรู้สึกที่ดี[20] **ระยะที่ 3 ขั้นดำเนินการแก้ปัญหา (Working phase)** ผู้ป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พยาบาลวินิจฉัย วางแผน และดำเนินกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยโดยจัดลำดับตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา[18] **ระยะที่ 4 ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase)** ประเมินผลการพยาบาล เตรียมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ แสดงถึงสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในแต่ละระยะ พร้อมแนวปฏิบัติ

ตารางที่ 2 บทบาทของพยาบาลจิตเวชในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ระยะของสัมพันธภาพ	บทบาทของพยาบาลจิตเวช	แนวปฏิบัติจริง	ปัญหาที่พบบ่อย	แนวทางการแก้ไข
1. ขั้นเตรียมการ (Pre-interaction Phase)	- ประเมินอารมณ์และทัศนคติของตนเอง “ฉันมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยรายนี้อย่างไร” - เตรียมความรู้และทักษะ - ศึกษาประวัติผู้ป่วย - วางแผนการพบปะ	- ทบทวนประวัติทางการแพทย์ - ตรวจสอบตารางนัดหมายที่เหมาะสม - สะท้อนอารมณ์ของตนเองก่อนพบผู้ป่วย	- ความวิตกกังวล- - ขาดความมั่นใจ - กลัวผู้ป่วยหรือสถานการณ์ไม่คุ้นเคย	- ฝึกทักษะด้านสัมพันธภาพ - เข้ารับการอบรม/ปรึกษาผู้มีประสบการณ์ -ฝึกเจริญสติ/การรับรู้ตนเอง
2. ขั้นเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ (Orientation Phase)	- แนะนำตัวและบทบาท - สร้างความไว้วางใจ - แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล - กำหนดข้อตกลงร่วมกันเรื่องสถานที่ เวลา - แสดงท่าทีด้วยความเชื่อมั่นให้เกียรติ ยอมรับเคารพในสิทธิผู้ป่วย - ประเมินปัญหาเบื้องต้น - รวบรวมข้อมูล ประวัติต่างๆ	- ใช้คำพูดสุภาพ - ใช้เทคนิคการฟัง - ตั้งข้อตกลงเรื่องเวลาและเนื้อหาการพบกัน	- ผู้ป่วยปฏิเสธสัมพันธภาพ - ไม่ให้ความร่วมมือ - พยาบาลไม่มั่นใจในการสื่อสาร	- ใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ - กำหนดขอบเขตสัมพันธภาพให้ชัดเจน - ทบทวนร่วมกันเมื่อสิ้นสุดการสนทนา
3. ขั้นดำเนินการแก้ปัญหา (Working Phase)	- ยอมรับและให้เวลาสร้างความไว้วางใจ - แสดงท่าทีใส่ใจเต็มใจและมีความน่าเชื่อถือด้วย - ค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้ป่วย - กระตุ้นให้ระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด - จัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากข้อมูลที่ประเมินได้ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหา - ให้การพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย - หลังให้การพยาบาล ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทบทวนตนเอง - ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างจริงใจ	- ใช้เทคนิคสื่อสาร เช่น open -ended, sharing perceptions - ให้ผู้ป่วยสำรวจความคิด/ความรู้สึก - ติดตามพฤติกรรมและผลของแผนการดูแล	- ผู้ป่วยไม่ไว้ใจ - พยาบาลไม่มั่นใจในเทคนิค - สัมพันธภาพยังตื้นเขิน	- ยอมรับและให้เวลา - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา - ร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผน
4. ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination Phase)	- เตรียมผู้ป่วยล่วงหน้า - ประเมินความสำเร็จและเป้าหมาย - สรุปผลสัมพันธภาพ - ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาล - ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการยุติสัมพันธภาพ	- สื่อสารชัดเจนเรื่องวันสิ้นสุดสัมพันธภาพ - ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย - วางแผนส่งต่อ/กลับบ้าน	- ผู้ป่วยต่อต้านการจบสัมพันธภาพ - รู้สึกสูญเสีย/ผูกพันเกินไป	- บอกล่วงหน้าตั้งแต่เริ่มต้นสัมพันธภาพ - ทบทวนเป้าหมายและความสำเร็จ - สื่อสารขอบเขตวิชาชีพอย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 คำพูดและเทคนิคในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแต่ละระยะ (Theraputic comunication) เทคนิคการสื่อสารถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่เอื้ออำนวยในการมีปฏิสัมพันธ์และส่งเสริมการสื่อสารให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ตัวอย่างคำพูดและเทคนิคที่ใช้ได้จริงในแต่ละระยะ[8]

ระยะ	เทคนิคการสื่อสาร	ตัวอย่างคำพูด
Pre-Orientation	- การเตรียมตัวของผู้บำบัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และได้นัดหมายผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า	“คุณ A. ค่ะ เราได้นัดหมายกัน ในการพบกันครั้งแรกที่ห้องกลุ่มนะคะ”
Orientation	- Greeting, Giving Information	“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อนางพยาบาล...วันนี้มาพบเพื่อพูดคุยกันเบื้องต้นนะคะ”
	(การให้ข้อมูล, (Offering Self การเสนอตัวช่วยเหลือ)	“ดิฉันจะอยู่เป็นเพื่อนคุณในกิจกรรมนี้ค่ะ”
Working	- Sharing Perceptions (การบอกสิ่งที่สังเกตเห็น),	“คุณดูเศร้าเมื่อพูดถึงเรื่องครอบครัว”
	Broad Openings (การกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดต่อ),	“เมื่อวานเกิดอะไรขึ้นกับคุณคะ?”
	Silence (ทักษะความเงียบ),	(ใช้ความเงียบและการสบตาเพื่อกระตุ้นให้พูดต่อ)
	Restating (การทวนความ)	“คุณบอกว่าแม่ไม่รักคุณ ใช่ไหมคะ?”
	- Focusing (การมุ่งประเด็นการสนทนา)	“เรามาทำความเข้าในในประเด็นนี้ดีมั้ยค่ะ” “พอจะเล่าให้พยาบาลฟังว่าทะเลาะกันเพราะอะไร”
	Exploring(การเจาะลึกในประเด็นที่สำคัญ)	“คุณคิดอย่างไรกับสิ่งที่เราได้พูดคุยกันตลอดระยะเวลานี้”
Termination	Validating (การตรวจสอบความเข้าใจ)	“คุณสบายใจขึ้นหลังจากได้เล่าเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้แล้ว” “ผู้ป่วย: พ่อแม่ไม่ให้เรียนเพราะผมเป็นพี่คนโต ต้องหาเงินช่วยเลี้ยงน้อง ผมเลยไม่ได้มีหน้าที่การงานที่ดี
	Reflect Feelings (การสะท้อนความรู้สึก,	เหมือนน้อง ๆ” พยาบาล “คุณกำลังรู้สึกน้อยใจพ่อแม่”
	Planning (การวางแผน)	“เราจะพบกันครั้งสุดท้ายในวันศุกร์นี้ และคุณจะได้กลับบ้าน
	- Summarizing(การสรุปความ),	หลังจากนั้นนะคะ” “จากการพูดคุยกันตลอด 45 นาทีนี้เราพูดถึงสาเหตุและผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราและเรื่องราวการวางแผนว่าจะเลิกเด็ดขาดเมื่อคุณกลับบ้าน”

ตัวอย่างกรณีศึกษา

นาย A อายุ 42 ปี เป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชชายซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เมื่อพยาบาลเข้าไปพบในช่วงเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยนั่งอยู่คนเดียวและไม่แสดงความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง พยาบาลเดินเข้าไปทักทายพร้อมกับเรียกชื่อผู้ป่วยและแนะนำตนเอง แต่ผู้ป่วยเพียงมองหน้าโดยไม่ตอบรับ และแสดงท่าทางไม่ไว้วางใจ พยาบาลพยายามชวนสนทนา โดยถามถึงความรู้สึกในวันนี้ แต่ผู้ป่วยกลับตอบว่า “ผมไม่ว่าง ผมต้องไปประชุม”

การประยุกต์กรณีศึกษา : นาย A

แนวทางการสื่อสารของพยาบาลในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพ (Peplau)

ระยะของสัมพันธภาพ	การปฏิบัติของพยาบาล	การประยุกต์กรณีศึกษา
1. ขั้นเตรียมการสร้างสัมพันธภาพ (Pre-orienyation Phase)	พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมก่อนพบผู้ป่วย โดยสำรวจตนเอง ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย เตรียมความรู้ด้านโรค และทักษะการสื่อสารทางจิตเวช และวางแผนการนัดหมายเพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างมีประสิทธิภาพ	พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และอารมณ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดและไม่ไว้วางใจ โดยตระหนักรู้ความรู้สึกตนเอง ทบทวนเทคนิคการสื่อสาร และเตรียมใจต่อการปฏิเสธอย่างมืออาชีพ
2. ขั้นเริ่มต้นสัมพันธภาพ (Orientation Phase)	พยาบาลควรแนะนำตนเองอย่างสุภาพ ใช้น้ำเสียงอบอุ่นและภาษาที่นุ่มนวล ใช้คำถามเปิดเพื่อสำรวจปัญหาและความต้องการร่วมกำหนดเป้าหมายการแก้ปัญหา ประเมินความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมนัดหมายและกำหนดข้อตกลงชัดเจน เพื่อลดความวิตกกังวลเมื่อสิ้นสุดสัมพันธภาพ	พยาบาลทักทายและแนะนำตนเองอย่างสุภาพ แม้ผู้ป่วยไม่ตอบรับยังคงสงบนิ่ง ใช้คำพูดสร้างความไว้วางใจและปลอดภัย เช่น “ดิฉันมานั่งเป็นเพื่อนนะคะ” พร้อมสะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเข้าใจ เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพเชิงบำบัด
3. ขั้นดำเนินการแก้ปัญหา (Working Phase)	พยาบาลรักษาบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ใช้ทักษะการยอมรับ สะท้อนความรู้สึก (reflecting) ความเงียบ (silence) และการฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเข้าใจ ได้รับการยอมรับ และเกิดความไว้วางใจในความช่วยเหลือ	เมื่อผู้ป่วยเริ่มเปิดใจ พยาบาลใช้คำถามปลายเปิดเพื่อส่งเสริมการสื่อสารและให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับ พร้อมตระหนักรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเอง เพื่อรักษาความสัมพันธ์เชิงบำบัดอย่างเหมาะสม
4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination Phase)	พยาบาลใช้คำถามปลายเปิดส่งเสริมการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมและได้รับการยอมรับ พร้อมควบคุมอารมณ์ตนเองเพื่อรักษาสัมพันธภาพเชิงบำบัด	พยาบาลทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วย และแจ้งแผนการพบครั้งต่อไป เพื่อเสริมแรงเชิงบวก สร้างความมั่นใจ และคงสัมพันธภาพเชิงบำบัดอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาลเชิงปฏิบัติ

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ในแต่ละขั้นตอนในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้รับบริการมีการเข้าใจตนเองและพฤติกรรมตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสม และพยาบาลเองจะสามารถดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาให้สอดคล้อง กับปัญหาของผู้รับบริการ และได้ตระหนักรู้ในตนเอง สามารถใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน[7] ยกตัวอย่างได้ดังนี้

1) พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลใหม่เรื่องสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยเน้นทักษะการสื่อสารและการประเมินอารมณ์ตนเอง

2) จัดประชุมกลุ่มกรณีศึกษา (Case Conference) เพื่อนำตัวอย่างสถานการณ์จริงมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงทักษะของพยาบาลในทีม

3) ใช้เครื่องมือประเมินสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เช่น แบบประเมินความไว้วางใจหรือแบบสำรวจความรู้สึกของผู้ป่วยหลังการดูแล

4) ประยุกต์ใช้เทคนิคที่เหมาะสมในแต่ละระยะเพื่อเสริมสร้างความต่อเนื่องในการดูแล

แนวทางการประยุกต์ใช้ในทางการพยาบาลเชิงนโยบาย

1) บรรจุเนื้อหาการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวช

2) สร้างแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Protocol) สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

3) พัฒนาแนวทางการนิเทศภาคสนามของนักศึกษาพยาบาลโดยเน้นบทบาทการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

4) เสริมสร้างระบบสนับสนุนทางอารมณ์แก่พยาบาล เช่น กลุ่มดูแลจิตใจเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากการสร้างสัมพันธภาพในระยะยาว

สรุป

การประยุกต์ใช้สัมพันธภาพช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพลังของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดยังคงเป็นหัวใจของการพยาบาลเพราะทำให้การดูแลมีความเป็นมนุษย์ รักษาศักดิ์ศรี และช่วยให้ผลลัพธ์ผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้รับบริการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งมักแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงเป็นเครื่องมือหลักที่ช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องใช้ทั้งความรู้ ความชำนาญ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อสร้างความไว้วางใจและร่วมมือกับผู้ป่วยในการวิเคราะห์ปัญหาหาวิธีแก้ไข และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลควรพัฒนาตนเองในด้านการตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าใจผู้อื่น และสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในปัญหาของตนเอง อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

References

1. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: Spring Public; 1991.
2. Vipavanich S. Role of psychiatric nurses in therapeutic relationship building. Regional Health Promotion Center 9. 2021;15(38): 732-43. (in Thai)
3. McCabe C, & Timmins F. Communication skills for nursing practice. Palgrave Macmillan; 2021.
4. World Health Organization. Patient-centered care for mental health services. WHO Press; 2021.
5. Thongpradab J. The application of the theory of interpersonal relations to communicate with older adults who suffer from depression. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019;12(1): 71-9. (in Thai)
6. Choochuen W. Application of nursing theory for a student-centered teaching. Journal of Health Research and Innovation. 2019;2(1): 87-98. (in Thai)
7. Halter MJ. Varcarolis' foundations of psychiatric-mental health nursing: A clinical approach (9th ed.). Elsevier; 2022.
8. Videbeck, Sheila L, & Miller CJ. Psychiatric-mental health nursing. 8th ed. Jakarta: Wolters Kluwer. Chicago Style; 2020.
9. Cheraghi M, Bahramnezhad F, Zolfaghari M, Asgari P, & Keshmiri F. Design and psychometric assessment of the meaning in life questionnaire in Iranian patients with spinal cord injuries. Journal of Client-centered Nursing Care. 2017; 3(3):215-22.
10. Wuttisartkul Y, Tipmom W, & Thanyasawad T. The application of Peplau's Theory of interpersonal relations in the nursing process for student nurses. Nursing Journal Chiang Mai University. 2022; 49(2):365-75. (in Thai)
11. Sattratham K, Srisuwan K, Chondaeng K, Koomala S, & Chaiwannawat T. The effects of simulation-based learning on knowledge and perceived self-efficacy in therapeutic relationship building among nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(1):376-84. (in Thai)

12. Wongpanarak N. The Therapeutic Relationship: Application in Nursing Process. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):84-91. (in Thai)
13. Peplau HE. Peplau's theory of interpersonal relations. Nursing Science Quarterly. 1997; 10(4): 162-67.
14. Arnold EC, & Boggs KU. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses (8th ed.). Elsevier; 2019.
15. Murray RB, & Huelskoetter MMW. Psychiatric mental health nursing: giving emotional care. (3rd ed). New Jersey: Prentice-Hall; 1991.
16. Davies JL, & Janosik EH. Mental health and psychiatric nursing; caring approach. Boston: Jones and Barlett; 1991.
17. Senadisai S. Fundamentals of nursing. Bangkok: Joodthong; 2015. (in Thai)
18. Hanyoot O. Nursing process and implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):137-43. (in Thai)

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

The Role of Nurses in Managing an Age-Friendly Health System (AFHS) in Hospitals

จุฬาลักษณ์ ใจแปง มลธิรา อุดชุมพิสัย* ณัฏฐ์ธษา ตันติทวีวัฒน์
Chulaluk Jaipang Monthira Udchumpisai* Natthasa Thanthitaweewat
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมักมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ระบบบริการแบบเดิมสำหรับผู้สูงอายุเป็นการดูแลที่แยกส่วนตามสาขาความเชี่ยวชาญและอาการมากกว่าเป็นไปตามเป้าหมายชีวิตและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ทำให้ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินและจัดการไม่ครบถ้วนหรือไม่ประสานกันในทุกจุดบริการ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ บทความนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (4Ms) ซึ่งเน้นการดูแลใน 4 ด้าน คือ 1) การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญ (What Matters) 2) การดูแลเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Medication) 3) การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง (Mentation) และ 4) การส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา

นอกจากนั้นบทความนี้ได้นำเสนอการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กับกระบวนการพยาบาลใน 5 ขั้นตอน (การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล) เพื่อให้พยาบาลสามารถประยุกต์แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุม รวมถึงกลยุทธ์สู่ความสำเร็จสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาและจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ยั่งยืน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, โรงพยาบาล

Abstract

Thailand is now entering a fully aged society. Older adults commonly have chronic illnesses and health issues that require ongoing hospitalization. The traditional health service for older adults delivers care in fragmented silos based on specialties and symptoms rather than aligning with patients' life goals and individualized needs, resulting in key geriatric issues being incompletely or inconsistently assessed and managed across care settings. Therefore, nurses must develop care models that meet the needs of older people in society. This article aims to present the role of nurses in organizing age-friendly health services in

Corresponding Author: *Email: monthira.u@stin.ac.th

วันที่รับ (received) 12 ส.ค 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ต.ค 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 พ.ย 2568

hospitals based on the 4Ms framework. This concept emphasizes four key areas of care for older adults: 1) focusing on what matters to the patient, 2) ensuring appropriate medication use, 3) promoting mental health and cognitive function, and 4) encouraging mobility. These address common issues encountered among hospitalized older adults.

Additionally, this article discusses the integration of the age-friendly health service system in hospitals with the five steps of the nursing process (assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation). This is to enable nurses to apply the age-friendly concept comprehensively in the care of older adults. The article also covers strategies for nursing administrators to successfully develop and sustain age-friendly health service systems in hospitals. Such development and management will contribute to better health and well-being for older people in Thai society.

Keywords: Nurse role, Older adults, Age-Friendly Health System, Hospital

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รายงานของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2567 ระบุว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 13,542,400 คน คิดเป็นร้อยละ 20.53 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2583 จะมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน[1] โดยทั่วไปประชากรไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) เท่ากับ 74.3 ปี (เพศชาย 70.5 ปี และเพศหญิง 78.3 ปี) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะ (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เท่ากับ 67.8 ปี (เพศชาย 65.3 ปี และเพศหญิง 69.7 ปี) แสดงให้เห็นว่าประชากรโดยส่วนใหญ่ของไทยจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก่อนการเสียชีวิต และเมื่อคำนวณถึงจำนวนปีที่มีความแตกต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะ จะเห็นได้ว่าประชากรไทยส่วนใหญ่มีช่วงเวลาที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยหรือพิการเฉลี่ยประมาณ 9.5 ปีก่อนการเสียชีวิต (เพศชาย 5.2 ปี และเพศหญิง 8.6 ปี)[2]

อายุขัยที่ยืนยาวในผู้สูงอายุมาพร้อมกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ 5 ใน 10 คน หรือครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาสุขภาพทั่วไปที่พบได้บ่อย เช่น ต้อกระจก การมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ และปัญหา การได้ยิน เป็นต้น[3] โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด และการรักษาพยาบาลในระบบบัตรทองฯ ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการสูงเป็น 2 เท่าของทุกกลุ่มอายุ[4] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในสังคมมีการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ระบบบริการแบบเดิมเป็นการดูแลที่แยกส่วนตามสาขาความเชี่ยวชาญและอาการเจ็บป่วย มากกว่าเป็นไปตามเป้าหมายชีวิตและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ ทำให้ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภาวะการคิดรู้หรืออารมณ์ และการเคลื่อนไหว ได้รับการประเมินและจัดการไม่ครบถ้วนหรือไม่ประสานกันในทุกจุดบริการ อันจะเห็นได้จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่พบสูงถึงร้อยละ 65.9 โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการใช้ยาหลายชนิด การมีโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค และการมีอายุมากกว่า 75 ปี สะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของระบบการทบทวนยาระหว่างทีมบุคคลากรทางสุขภาพ[5] นอกจากนั้นยังพบว่าความชุกของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาหมวดรุนแรง ในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นความเสี่ยงจากการบริหารจัดการยาที่กระจายตัวและขาดการประสานงาน[6] ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มและอัตราการตายจากภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น โดยทำให้เพิ่มวันนอนเฉลี่ย 10 วัน และส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งสูงขึ้น

ตามมา สะท้อนให้เห็นว่าระบบการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังไม่มีการจัดการที่ต่อเนื่องและทันท่วงทีทำให้ขาดการป้องกันและจัดการอย่างเหมาะสม[7] การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและครอบคลุมปัญหาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

แนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือ age-friendly cities and communities (AFCC) หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อม (เช่น บ้านหรือชุมชน) ที่ส่งเสริมการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี และกระฉับกระเฉง โดยการสร้างและคงไว้ซึ่งความสามารถตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการทำงานที่มากขึ้นในบุคคลที่มีข้อจำกัด แนวคิดนี้เริ่มมีการใช้อย่างแพร่หลายในปี พ.ศ. 2545 หลังการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ณ ประเทศสเปน โดยมองว่าสภาพแวดล้อมเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Healthy aging)[8] สถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุจำนวนมากใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของการเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก หรือการต้องพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จึงได้มีการนำแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาบูรณาการและพัฒนาการจัดบริการโดยใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System: AFHS) มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การไม่ทำอันตรายต่อผู้สูงอายุ การเคารพความต้องการ และการคำนึงความชอบส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ[9] พยาบาลในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ อันเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการอธิบายบทบาทพยาบาลกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และกลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ โดยนำเสนอประเด็น 1) สังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) แนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 4) บทบาทของพยาบาลในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และ 5) กลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ

สังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly cities and communities: AFCC)

Healthy Aging หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals: SDGs) ระหว่างปี ค.ศ. 2021-2030 โดยองค์การสหประชาชาติ (The United Nations: UN) มีเป้าหมายในการดำเนินการ 4 เรื่อง คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ความรู้สึก และการกระทำต่อกระบวนการสูงอายุ หรือความชราของคนในสังคม การสร้างสังคมหรือชุมชนที่ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ การส่งเสริมรูปแบบการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และการจัดให้มีการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ[10]

สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ โดยเน้นความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาคนตลอดชีวิต มีการขับเคลื่อนนโยบายงานกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เน้นการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities/Cities) มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3S ประกอบด้วย Strong ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง Security ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย และ Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม โดยในส่วนของ Security ได้กำหนดให้ชุมชน ท้องถิ่น ดำเนินงานสิ่งแวดล้อมหรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ[11] จะเห็นได้ว่าแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

องค์ประกอบของแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดบริการที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน 8 ด้าน คือ 1) อาคารและพื้นที่บริเวณภายนอก 2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมทางสังคม 5) การให้ความเคารพ

และการยอมรับ 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ และ 8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ[11] ต่อมาจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System) ขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาล และสถานพยาบาลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System)

แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2560 จากการทำงานร่วมกันของ The John A. Hartford Foundation และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ร่วมกับ American Hospital Association (AHA) และ Catholic Health Association (CHA) โดยมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนให้โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านพักคนชรา สถานพักพื้นผู้สูงอายุ หรือสถานบริการต่าง ๆ ด้านผู้สูงอายุจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ และการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุแทนการดูแลโรคหรือโรคประจำตัวเพียงอย่างเดียว ทำให้แนวคิดนี้สามารถนำไปใช้กับการดูแลผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มโรคที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป[12]

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4Ms1[3] คือ

1. การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ (What Matters) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลต้องทราบเป้าหมายและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้สามารถจัดแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของผู้สูงอายุได้ในทุกช่วงของการดูแลตั้งแต่การเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้าย ทั้งนี้การสอบถามความต้องการที่สำคัญในผู้สูงอายุแต่ละคนจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีเป้าหมายการดูแลที่ตรงกันกับผู้สูงอายุ

2. การดูแลเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (Medication) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลต้องมีการประเมินการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ถ้าหากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยา ควรเลือกใช้ยาที่ไม่มีผลข้างเคียงในเรื่องของการคิดรู้ หรือการเคลื่อนไหว

3. การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ (Mentation) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลควรมีการประเมินสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้าหรือภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุตลอดจนการวางแผนในการรักษาพยาบาล และการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4. การดูแลส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ (Mobility) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ใช่แค่เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แนวคิด Age-Friendly Health Systems[13] มีจุดแข็งที่บูรณาการ “4Ms” เป็นแพลตฟอร์มปฏิบัติการเดียว ซึ่งช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพจัดระเบียบขั้นตอนการทำงาน การดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิต ลดอันตรายจากการใช้ยา ดูแลภาวะสมองหรือการคิดรู้ และคงการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยได้อย่างเป็นระบบและวัดผลได้ อย่างไรก็ตามกระบวนการทำงานจะสำเร็จได้ขึ้นกับวินัยขององค์กรในการเก็บข้อมูล 4Ms อย่างสม่ำเสมอ การกำหนดตัวชี้วัด การประยุกต์ใช้ในบริบทบริการต่าง ๆ และการสื่อสาร “What Matters” ในแผนการดูแลให้เชื่อมต่อทุกจุดบริการอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

The John A. Hartford Foundation และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ร่วมกับ American Hospital Association (AHA) และ Catholic Health Association (CHA)14 เสนอแนวทางบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลใน 6 ขั้นตอนหลัก โดยแต่ละขั้นตอนหลักประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือการประเมินและการลงมือปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจบริบทหรือสภาพแวดล้อมของการทำงาน เป็นการประเมินลักษณะของผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่น กลุ่มอายุ เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ ตลอดจนระดับความรู้หรือความรอบรู้ทางสุขภาพ และการประเมินลักษณะรูปแบบหรือระบบบริการสุขภาพเดิมที่มีอยู่ ค้นหาจุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนางาน การลงมือปฏิบัติในการเลือกสถานที่หรือหน่วยงานในการเป็นจุดเริ่มต้น

ของการนำแนวคิด 4Ms มาใช้และจัดตั้งทีมทำงานจากนั้นการกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เป็นการประเมินบริบทหรือสภาพแวดล้อมของการทำงานในปัจจุบันว่ามีรูปแบบการทำงานหรือการให้บริการในส่วนใดที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับหลัก 4Ms หรือไม่ เช่น มีการประเมินและบันทึกเป้าหมายและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การใช้ยา การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุเป็นต้น ลงมือปฏิบัติในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ โดยทั่วไปมักกำหนดการวัดผลที่ 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบหรือพัฒนาขั้นตอนการทำงานให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เป็นการประเมินสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การกำหนดเป้าหมายสุขภาพหรือการดูแลร่วมกัน การลงบันทึกความต้องการและเป้าหมายการดูแลของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก การประเมินและบันทึกการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระดับการคิดรู้ หรือพฤติกรรม การประเมินข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากนั้นลงมือปฏิบัติโดยวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms คือ การนำแนวคิด 4Ms ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย โดยเริ่มใช้แนวคิดนี้ได้ตั้งแต่การพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms หรือขั้นตอนที่ 3 การออกแบบหรือพัฒนาขั้นตอนการทำงานให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ จากนั้นจึงทำการขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms คือ การประเมินทีมผู้ให้บริการ เช่น ทีมสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตามหลัก 4Ms ได้หรือไม่ แผนการดูแลสะท้อนถึงหลัก 4Ms หรือไม่ และการประเมินผู้รับบริการ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามหลัก 4Ms

ขั้นตอนที่ 6 การนำผลการประเมินมาพัฒนาการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms ให้ดียิ่งขึ้น โดยการใช้หลัก MOCHA ในการประเมินและติดตาม ทั้งนี้หลัก MOCHA ประกอบด้วย Measurement การวัดผล สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องต้องคำนึงถึงคือ เครื่องมือ และตัวแปลที่ใช้ในการติดตามผล Ownership ความเป็นเจ้าของ ใครเป็นผู้รับผิดชอบหลักของงาน Communication การสื่อสารระหว่างทีม และการสื่อสารกับผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพหรือไม่ จะมีแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารอย่างไร Hardwire the change การเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลง และการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms ที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการกับงานเดิมหรือไม่ มีเครื่องมือหรือการดำเนินการใดสนับสนุนการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms และ Assess the workload การประเมินภาระงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

แนวทางบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ถือเป็นแนวปฏิบัติและเป็นสะพานเชื่อมหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติงานจริงในคลินิก อย่างเป็นขั้นตอน มีแบบบันทึกติดตามและแนวทางการสื่อสารระหว่างทีมบุคคลากรสุขภาพ ทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกันระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ การบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด ครอบคลุม และการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใน 6 ขั้นตอนหลัก[14] มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลใน 5 ขั้นตอน[15] ซึ่งเป็นกรอบคิดและขั้นตอนมาตรฐานที่ช่วยให้การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลเป็นระบบ สม่ำเสมอ และตรวจสอบได้ ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) คือ ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลทำการประเมินบริบทของหน่วยงานหรือสถานที่ทำงาน ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด ลักษณะและประเภทของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการนำระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาใช้ ร่วมกับการพิจารณารูปแบบการให้บริการเดิมว่ามีจุดดี และโอกาสในการพัฒนาอย่างไรบ้าง จากนั้นต้องมีการประสานพูดคุยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสร้างทีมในการดำเนินงาน[14]

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) คือ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เป็นการกำหนดปัญหาของรูปแบบการดูแล

เดิมที่มีอยู่ว่าจะสามารถนำแนวคิด 4Ms มาพัฒนางาน หรือประยุกต์ใช้ได้ หรือไม่ ปัญหาที่พบอาจจะเป็น มีแนวคิด 4Ms แต่ยังไม่ชัดเจน หรืออาจจะยังไม่มีแนวคิด 4Ms ในรูปแบบการดูแล ทั้งนี้การกำหนดว่ามี ไม่มี ยังไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนในเรื่องแนวคิด 4Ms สามารถประเมินย้อนหลังได้จากเอกสารว่ามีการบันทึกไว้หรือไม่ ภายหลังค้นพบปัญหาที่ต้องพัฒนาแล้วให้กำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินความสำเร็จของการพัฒนางานที่ 6 เดือน[14]

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) คือขั้นตอนที่ 3 เป็นการออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms ประกอบด้วย

1) การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ (What Matters) โดยสอบถามผู้สูงอายุแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการที่สำคัญ อาจเริ่มจากสอบถามค่านิยมหรือความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป[16] ตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “เมื่อคุณคิดถึงสุขภาพของตัวเอง รวมถึงโรคและการรักษา สิ่งที่คุณกังวลมากที่สุดคืออะไร” “คุณมีความกลัวหรือความกังวลอะไรบ้างเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง รวมถึงโรคและการรักษา” และเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “เป้าหมายของคุณในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มีอะไรบ้าง” “หลังจากที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว คุณอยากกลับไปทำอะไรได้มากที่สุด” “ถ้าสุขภาพของคุณแย่ลง เป้าหมายหรือสิ่งสำคัญที่สุดที่คุณอยากให้เกิดขึ้นคืออะไร”[14] ประเด็นสำคัญที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น กลัวความเจ็บปวด ต้องการให้มีการจัดการกับความปวด ความต้องการในการอยู่กับบุคคลที่รัก และความต้องการในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ[17] จากนั้นต้องบันทึกและแจ้งข้อมูลให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทราบ ตลอดจนวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรม หรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ดังนั้นการประเมินและการประสานข้อมูลการดูแลในส่วนต่าง ๆ กับบุคลากรทีมสุขภาพจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง[14,18] ความต้องการและเป้าหมายการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุแต่ละคน อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป หรือสุขภาพเสื่อมถอยมากขึ้น พยาบาลจึงควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ[14]

2) การดูแลเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (Medication) ทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับในปัจจุบัน เมื่อแรกรับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย จากนั้นบันทึกยาที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยา Benzodiazepines ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ยาระงับประสาท หรือยานอนหลับ (sedative–hypnotic drugs) ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) ยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ (tricyclic antidepressants) และยาต้านอาการทางจิต (antipsychotics) หรือพิจารณาตาม Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults ของ the American Geriatrics Society[19] จากนั้นประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร หรือแพทย์ เพื่อหาแนวทางการบริหารยาร่วมกัน รวมถึงการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มเสี่ยง[9,14,16,18]

3) การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ (Mentation) มีการประเมินภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อแรกรับในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อม เช่น Mini-Cog Saint Louis University Mental Status (SLUMS) และ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า เช่น the Geriatric Depression Scale (GDS) และ the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) และแนะนำให้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เมื่อแรกรับและอย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมิน เช่น Confusion Assessment Method (CAM) 3-Minute Diagnostic Assessment for Delirium using the CAM algorithm (3D-CAM) CAM for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) Brief CAM (bCAM) Ultrabrief Two-Item Bedside Test for Delirium (UB-2) The Ultra-Brief CAM (UB-CAM) application และ Nursing Delirium Symptom Checklist (NuDESC) นอกจากนั้นพยาบาลควรวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่และเหตุการณ์ การดูแลให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง การงด การปรับ หรือการหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ การดูแลส่งเสริมการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา การค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ และการให้ข้อมูลกับครอบครัว

หรือผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในอนาคต[14,16,18]

4) การดูแลส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ (Mobility) ประเมินและบันทึกความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ร่วมกับการประเมินความสามารถในการพลัดตกหกล้มเมื่อแรกรับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่แนะนำในการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ เช่น Get Up and Go Timed Get Up and Go (TUG) Johns Hopkins Highest Level of Mobility (JH-HLM) และ Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) จากนั้นควรกำหนดเป้าหมายการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุแต่ละราย เช่น ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเดินอย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากเตียง หรือการทำกิจกรรม ส่งเสริมและประสานให้ผู้สูงอายุได้รับการทำกายภาพบำบัดและหลีกเลี่ยงการผูกยึดที่ไม่จำเป็น[14,16,17,18]

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) คือ ขั้นตอนที่ 4 ของการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms พยาบาลดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ ทั้งนี้อาจเริ่มจากการทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มจากพยาบาล 1 คน ประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุ 1 คน จากนั้นเพิ่มการปฏิบัติเป็นพยาบาล 1 คน ประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุใน 1 วัน จากนั้นขยายการปฏิบัติเป็นพยาบาลทุกคนในหน่วยงานประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุ 1 คน เป็นเวลา 1 วัน และพยาบาลทุกคนในหน่วยงานประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุทุกคนเป็นเวลา 1 วัน[14]

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) คือ ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms และขั้นตอนที่ 6 การนำผลการประเมินมาพัฒนาการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms ให้ดียิ่งขึ้น พยาบาลจะต้องทำการติดตามประเมินผลการนำระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาใช้ ตามวัตถุประสงค์และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จากนั้นทำการประชุมทีมเพื่อหาจุดเด่นและโอกาสในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยอาจจะพิจารณาตามหลัก MOCHA[14] ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้สามารถเกิดขึ้นได้จริงในโรงพยาบาล โดยยึดหลัก 4Ms เป็นขั้นตอนการทำงานเดียวกันของบุคลากรทีมสุขภาพและบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาลตั้งแต่ประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ จนถึงประเมินผลตลอดจนสื่อสารกับบุคคลากรทีมสุขภาพในทุกเวร และจัดทำคู่มือและแบบฟอร์ม 4Ms เป็นมาตรฐานในเวชระเบียน เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุทุกจุดบริการในโรงพยาบาล

กลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ

American Organization of Nursing Leaders (AONL) ได้ประสบความสำเร็จในการนำแนวการดูแลตามหลัก 4Ms ไปใช้ในสถานพยาบาล 1,000 แห่ง โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง20 ดังนี้

1. ผู้นำในตัวคุณ (Leader within) ส่งเสริมภาวะผู้นำในพยาบาลทุกคน โดยการสร้างวัฒนธรรม และสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคนอื่น ๆ การให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและสะท้อนคิด

2. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) ส่งเสริมความเป็นมืออาชีพของพยาบาล โดยเน้นย้ำให้พยาบาลทุกคนยึดหลักจริยธรรมของวิชาชีพ และสนับสนุนให้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยกลุ่มที่เปราะบาง เปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน เคารพศักดิ์ศรี คุณค่าและความเชื่อของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน

3. การสื่อสารและการจัดการความสัมพันธ์ (Communication and relationship management) ส่งเสริมการสื่อสารและการจัดการความสัมพันธ์ โดยเป็นผู้นำหลักในการดำเนินงาน เพื่อเป็นตัวอย่างของการทำงาน เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้แบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับความท้าทายและความสำเร็จในการดำเนินงาน ตลอดจนให้การยกย่องชื่นชมความสำเร็จของผู้ปฏิบัติงาน

4. ความรู้เกี่ยวกับบริบทด้านการดูแลสุขภาพ (Knowledge of the health care environment) ส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบริบทด้านการดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมกับพยาบาลปฏิบัติการในการออกแบบรูปแบบการดูแลและจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพัฒนาเอกสารที่ใช้ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการประเมินและการให้การพยาบาล และนำไปสู่การเผยแพร่เครื่องมือ

ที่ใช้ออกไปในวงกว้าง เพื่อให้ผู้ที่สนใจ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเรียนรู้และนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้

บทสรุป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System) คือแนวทางที่พยาบาลสามารถพัฒนาได้อย่างอิสระร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและสอดคล้องกับสังคมสูงวัย โดยมี 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญเฉพาะบุคคล, การใช้ยาอย่างเหมาะสม, การดูแลสุขภาพจิตและสมองเพื่อป้องกันภาวะสับสน และการส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหว ทั้งหมดเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับประเทศและนานาชาติ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System) ผ่านแนวคิด 4Ms ได้แก่ What Matters (สิ่งสำคัญกับผู้สูงอายุ), Medication (การใช้ยาที่เหมาะสม), Mentation (สุขภาพจิตและสมอง), Mobility (ความสามารถในการเคลื่อนไหว) โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ด้านวิชาการ สามารถบูรณาการ 4Ms ในหลักสูตรและการฝึกอบรม ทำแบบคำถามมาตรฐาน และใช้เครื่องมือตรวจคัดกรองภาวะต่าง ๆ พร้อมสื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ด้านบริการควรออกแบบแพลตฟอร์มเดียวครอบคลุมเส้นทางผู้ป่วยพร้อมกำหนดทีมเจ้าภาพและแบบฟอร์มมาตรฐาน 3) ด้านการบริหารและนโยบาย ควรตั้งนโยบายให้ 4Ms เป็นมาตรฐาน พร้อมกำหนดตัวชี้วัด สนับสนุนทรัพยากรฝึกอบรมและระบบสารสนเทศ และวางโครงสร้างกำกับดูแล เช่น คณะกรรมการขับเคลื่อน 4Ms เพื่อการพัฒนาคุณภาพและทบทวนอย่างต่อเนื่อง

References

1. Bureau of Elderly Health, Department of Health. Annual report of the Bureau of Elderly Health for fiscal year 2024. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health, Department of Health;2025. (in Thai)
2. Enhancing Capacity for Burden of Disease Study in Thailand Project, International Health Policy Program Foundation. National and provincial life expectancy and healthy life expectancy of the Thai population, 2019–2022. Bangkok: International Health Policy Program Foundation;2025. (in Thai)
3. Aekplakorn W, editor. The 6th Thai National Health Examination Survey, 2019-2020. Bangkok: Graphic and Design Publishing;2021. (in Thai)
4. Bunnag S, Aekplakorn W, Triyamanirat K, & Phansila N. Analysis of health status, burden of disease and health service needs in Thai elderly. Bangkok: Department of Medical Service;2020. (in Thai)
5. Vatcharavongvan P, Prasert V, Ploylearmsang C, & Puttawanchai V. Prevalence and Factors that Influence Potentially Inappropriate Medication Use among Thai Elderly in Primary Care Settings. Canadian Geriatrics Journal. 2021; 24(4): 332-40.
6. Kriangkraipetch B. Prevalence of Drug Interactions in Elderly Patients at Ambulatory Care in Chonburi Hospital. Chonburi Hospital Journal. 2022; 47(2): 129-38. (in Thai)
7. Manjavong M, Limpawattana P, Chindaprasirt J, & Wareechai P. Trends and Mortality Predictors of Delirium Among Hospitalized Older Adults: A National 5-Year Retrospective Study in Thailand. Geriatrics (Basel). 2025; 10(4): 1-11.
8. World Health Organization. National Programs for Age-Friendly Cities and Communities: A Guide. Geneva: World Health Organization; 2023.
9. Gleason LJ, & Thompson K. Age-Friendly Health Systems: From metrics to meaningful change. Journal of the American Geriatrics Society. 2024; 72(S3): S79-81.

10. World Health Organization. Decade of healthy aging: baseline report. Geneva: World Health Organization;2021.
11. Bureau of Elderly Health, Department of Health. Guidelines for driving the elderly group policy on age-friendly communities/cities for the fiscal year 2021. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health, Department of Health;2021. (in Thai)
12. The John A. Hartford Foundation. Age-friendly health systems initiative. New York: The John A. Hartford Foundation;2025.
13. Fulmer T, Pelton L, & Zhang J. Age-Friendly Health Systems: A guide to using the 4Ms while caring for older adults. Boston: Institute for Healthcare Improvement;2022.
14. Institute for Healthcare Improvement. Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults. Boston: Institute for Healthcare Improvement;2020.
15. Harnyoot, O. Nursing process and implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 137-43. (in Thai)
16. Mate K, Fulmer T, Pelton L, Berman A, Bonner A, Huang W, et al. Evidence for the 4Ms: Interactions and outcomes across the care continuum. Journal of Aging and Health. 2021; 33(7-8): 469-81.
17. Emery-Tiburcio EE, Mack L, Zonsius MC, Carbonell E, & Newman M. The 4Ms of an age-friendly health system: an evidence-based framework to ensure older adults receive the highest quality care. Home Healthcare Now. 2022; 40(5): 252-7.
18. Pettis J. Nurses leading the way to age-friendly care using the 4Ms model. Geriatric Nursing. 2020; 41(2): 195-7.
19. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023; 71(7): 2052-81.
20. Pohnert AM, Dolansky MA, & Patterson A. Implementing and leading the Age-Friendly Health Systems 4Ms Framework in nursing practice: A competency-based approach. Nurse Leader. 2025; 23(1): 62-6.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา

Factors influencing the Diabetes Prevention Behaviors Among Muslim Prediabetes in Yaha District, Yala Province

มาดีฮะห์ มะเก็ง[1] กมลวรรณ สุวรรณ[1] จิฬาวัจน์ เลิกนอก*[2]

Madiha Makeng[1] Kamonwan Suwan[1] Chilawat Loeknok*[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ยะลา ประเทศไทย 95000

[1]Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Yala, Thailand 95000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900

[2]Faculty of Nursing, Kasetsart University, Lat Yao, Chatuchak, Bangkok, Thailand 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 ราย ได้จากการสุ่มแบบจัดสรรตามสัดส่วนของกลุ่มเสี่ยงในแต่ละหน่วยบริการ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและสถานะทางสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .91, .98 และ .99 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ($r = .298$, $p < .001$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r = .326$, $p < .001$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($r = -.221$, $p < .001$) การวิเคราะห์พบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันได้ร้อยละ 15.6 ($R = .403$, $Se_{est} = 10.985$, $p < .01$) ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ และลดอุปสรรคที่รับรู้ จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนเป้าหมายได้

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมการป้องกันโรค, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมุสลิม

Abstract

This predictive descriptive study aimed to identify factors influencing diabetes preventive behaviors among prediabetic Muslims in Yaha District, Yala Province. A total of 383 participants were selected using proportionate stratified random sampling based on the population of individuals at risk of diabetes in each health service unit. The research instruments included a general and health status questionnaire, a health belief questionnaire, and a diabetes preventive behavior questionnaire. The content validity indices of these

Corresponding Author: *E-mail: akiko.fujimi@gmail.com

วันที่รับ (Received) 29 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 27 ก.ย. 2568

instruments were .91, .98, and .99, respectively, with a Cronbach's alpha coefficient of .84. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that overall health beliefs were positively correlated with diabetes preventive behaviors at a low level ($r = .298$, $p < .001$). Perceived susceptibility and perceived benefits were moderately positively correlated with preventive behaviors ($r = .326$, $p < .001$), while perceived barriers were negatively correlated at a low level ($r = –.221$, $p < .001$). The analysis revealed that perceived susceptibility, perceived benefits, and perceived barriers together significantly predicted 15.6% of the variance in diabetes preventive behaviors ($R = .403$, $Se_{est} = 10.985$, $p < .01$). Therefore, promoting awareness of risk and benefits, along with reducing perceived barriers, can help enhance diabetes preventive behaviors and serve as a guideline for developing culturally appropriate health promotion strategies suitable for the target communities.

Keywords: Factors Influencing, Prevention Behaviors, Muslim Prediabetes

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างมหาศาลทั่วโลก[1] ภาวะก่อนเบาหวาน (Prediabetes) ซึ่งเป็นช่วงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใน 5 ปี หากไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสม[2,3] ในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 588.7 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 852.5 ล้านคนในปี 2593[4] ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 25 มีอายุมากกว่า 65 ปี ขณะที่ประชากรวัย 20-79 ปี จำนวน 634.8 ล้านคน (ร้อยละ 12) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงภาวะก่อนเบาหวาน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 846.5 ล้านคน (ร้อยละ 12.9) ในปี 2593 โดยโรคเบาหวานพบมากในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกาและเอเชีย รวมถึงประเทศไทย[3,4] สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2563 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 20-79 ปี จำนวน 1.5 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 6.6 ล้านคนในปี 2593[4] ข้อมูลจากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2565-2568 พบว่าอัตราป่วยเบาหวานต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 564.48, 609.07, 644.11 และ 416.80 ตามลำดับ[5] โดยในปี 2567 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 97,015 คน (ร้อยละ 2.09)[4] จากการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปี ในปี 2567 พบว่าร้อยละ 11.87 หรือประมาณ 1.9 ล้านคนเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งพบมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 12[6] ยะลาเป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพดังกล่าว พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี 2565-2568 มีอัตราป่วยผู้ป่วยเบาหวาน 353.20, 354.90, 394.16 และ 253.21 ตามลำดับ และพบกลุ่มเสี่ยง 24,646 ราย (ร้อยละ 15.3) ในปี 2567[6] ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต

โรคเบาหวานเกิดจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หลอดเลือดสมองตีบ หัวใจขาดเลือด และไตเสื่อม[2,3,7] ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานแบ่งได้เป็นแบบควบคุมไม่ได้ เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ และเชื้อชาติ และควบคุมได้ เช่น ภาวะอ้วน การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์[2,3,8,9] รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556–2567 พบว่ากิจกรรมทางกายในประชากรไทยมีความคงที่ คือ ร้อยละ 68.1 แต่ยังมีความแตกต่างตามเพศและช่วงวัยอย่างชัดเจน ในขณะที่การบริโภคโซเดียมยังคงเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 67 โดยเฉพาะภาคใต้ที่มีระดับสูงสุด นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นมีความเครียดและใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด[9] พฤติกรรมสุขภาพสะท้อนถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาอย่างสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น จังหวัดยะลา ซึ่งประชากรราวร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม[10] วิถีชีวิตในแต่ละวันของชาวมุสลิมได้รับอิทธิพลจากหลักคำสอนศาสนา เช่น การบริโภคอาหารฮาลาล การกินอย่างพอประมาณ และการละหมาด ซึ่งมีลักษณะคล้ายกิจกรรม

ทางกาย[11,12,13,14] อย่างไรก็ตาม ปัจจัยบางประการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีแป้ง ไขมัน และน้ำตาลสูง โดยเฉพาะในช่วงรอมฎอนและอีดิ้ลฟิตรี อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ[11,12,13,14] นอกจากนี้ รูปแบบการออกกำลังกายบางประเภท เช่น แอโรบิก หรือการใช้ดนตรี อาจไม่สอดคล้องกับหลักศาสนา ทำให้บางคนไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมทางกายอย่างเต็มที่[11,13] ดังนั้น ความเข้าใจต่อวิถีชีวิตและความเชื่อของชาวมุสลิมมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งช่วยอธิบายกระบวนการรับรู้และตัดสินใจของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันหรือควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

พฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นการปรับเปลี่ยนและยึดมั่นในพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดการความเครียด[16,17,18,19,20] ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของเบคเกอร์[15] บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ก็ต่อเมื่อรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าการป้องกันสามารถลดความเสี่ยงได้ และไม่มีอุปสรรคในการดำเนินการ ทั้งยังต้องได้รับแรงจูงใจหรือการสนับสนุนที่เหมาะสม ในบริบทชุมชนมุสลิม ความเชื่อด้านสุขภาพที่ยึดมั่นกับคำสอนศาสนาอิสลามมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะบทบัญญัติจากอัลกุรอานและหะดีษที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ฮาลาลและต็อยยิบัน (ได้รับอนุมัติและดี มีประโยชน์) การละหมาดซึ่งเป็นรูปแบบของการเคลื่อนไหวร่างกาย และการถือศีลอดในเดือนรอมฎอนที่ช่วยฟื้นฟูสุขภาพทั้งกายและใจ[11,12,13,14] อย่างไรก็ตาม หลายงานวิจัยพบว่า ความเข้าใจในหลักศาสนาเกี่ยวกับสุขภาพยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคในช่วงเทศกาล เช่น การบริโภคอาหารไขมันและน้ำตาลสูงในเดือนรอมฎอนหรือวันอีด[14,17,18,19] รวมถึงข้อจำกัดด้านวัฒนธรรม เช่น การแต่งกายและการฟังดนตรีที่อาจขัดกับกิจกรรมออกกำลังกายสมัยใหม่[14,17] ปัจจัยเหล่านี้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน หากไม่มีการส่งเสริมความรู้และการปรับใช้หลักศาสนาในการดูแลสุขภาพอย่างเข้าใจและตรงตามเจตนารมณ์ของศาสนา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง โดยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และสิ่งจูงใจสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ขณะที่การรับรู้อุปสรรคมักสัมพันธ์ในทางลบ[14,17,18,19,20,21,22] นอกจากนี้ งานวิจัยยังชี้ว่า การส่งเสริมความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพผ่านกิจกรรมกลุ่มหรือโปรแกรมสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ[19,20,21,22] อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของชุมชนมุสลิม ซึ่งมีวิถีชีวิตและหลักศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพยังมีจำกัด จึงควรได้รับการศึกษาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และหลักศาสนาอิสลามของชุมชน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยด้านความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงชาวมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

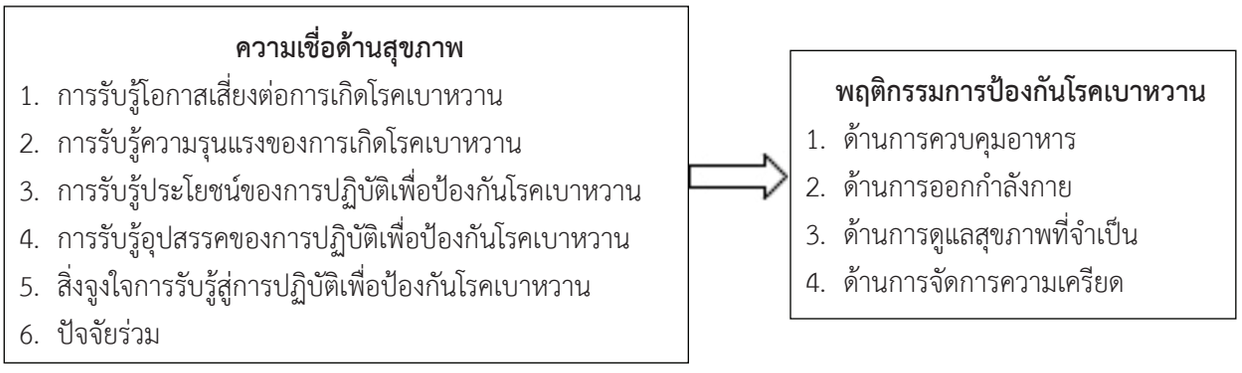
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา

สมมติฐาน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และปัจจัยร่วม มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[15] ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (Predictive descriptive research) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้ารับการคัดกรอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา จังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของท่าโร่ ยามาเน่[23] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน ±0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 348 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10[24] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 383 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งประชากรออกเป็น 11 ชั้นภูมิ ตามหน่วยบริการสุขภาพในเครือข่ายอำเภอยะหา จังหวัดยะลา (2,650 ราย) จากนั้นทำการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิตามสัดส่วนของจำนวนประชากร และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละชั้น[23] โดยการสุ่มรายชื่อด้วยโปรแกรม Microsoft Excel จนได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 383 ราย ผู้วิจัยคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 35 ปีขึ้นไป 2) นับถือศาสนาอิสลาม 3) เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 4) เป็นผู้ที่ไม่มีความบกพร่องในด้านการรับรู้ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ขอถอนตัวออกจากงานวิจัย 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 3) เสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหาและโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน โดยมีการแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยและอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ก่อนที่จะขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคนในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด หลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรม SCPHYLIRB-2568/380 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2568 โดยมีการชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตัดสินใจ เช่น

รายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยง ระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจด้วยตนเอง ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงในส่วนของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะการวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถานะทางสุขภาพ ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์[15] ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างมาก การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น ซึ่งใช้ค่าพิสัย[23] คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 31 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยคิดจากคะแนนรวมทั้งหมดใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น ซึ่งใช้ค่าพิสัย[23] คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (item-objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสถานะทางสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ .91, .98 และ .99 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน (ความถี่) Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัย หลังจากนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปและสถานะทางสุขภาพ ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ 3) วิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.1 มีอายุอยู่ในช่วง 46-55 ปี ร้อยละ 34.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.2 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 44.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา (n = 383)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	133.81	13.28	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	28.73	4.66	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	26.84	3.83	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	27.73	4.22	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	15.66	5.15	ปานกลาง
สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	19.11	2.09	สูง
ปัจจัยร่วม	15.74	2.22	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม	96.28	11.96	ปานกลาง
ด้านการควบคุมอาหาร	26.21	4.81	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	18.02	5.68	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพที่จำเป็น	26.23	4.23	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด	25.83	3.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 133.81 (S.D. = 13.28) พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 96.28 (S.D. = 11.96)

ตารางที่ 2 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ปัจจัยร่วม กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา (n = 383)

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.298*	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	.326*	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.297*	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	.326*	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	-.221*	.000
สิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	.223*	.000
ปัจจัยร่วม	.267*	.000

*p-value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (r = .298, P < .001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน (r = .326, P < .001) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (r = .326, P < .001) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน สิ่งจูงใจ

การรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน (r = .297, .223 และ .267 ตามลำดับ P < .001) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน (r = -.221, P < .001)

ตารางที่ 3 แสดง สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา (n = 383)

ปัจจัยทำนาย	b	$S.E._b$	β	t	p-value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	.551	.140	.214	3.933	.000*
2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	.518	.157	.183	3.297	.001*
3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	-.349	.112	-.150	-3.106	.002*
Constant	71.560	4.953		14.449	.000*

$R = .403$ $R^2 = .163$ $R^2_{adj} = .156$ $Se_{est} = 10.985$ $F = 9.650$ $p < .01$

*p-value < .01

ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมอภิปรายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิมได้ร้อยละ 15.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2adj = .156) สามารถเขียน สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ดังนี้ Y = .403 + .551 (การรับรู้โอกาสเสี่ยง) + .518 (การรับรู้ประโยชน์) - .349 (การรับรู้อุปสรรค) โดยหากการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย และการรับรู้อุปสรรคลดลง 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิมจะเพิ่มขึ้น .403 คะแนน (b = .403)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน อาจเนื่องมาจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน และเคยได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค อาทิ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพและการจัดการความเครียด สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model[15] ที่ระบุว่าบุคคลจะมีแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หากมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[12,18,21] ที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันเบาหวานเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลถูกคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงนำไปสู่พฤติกรรมและคะแนนสุขภาพที่ดีขึ้น ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันเบาหวานมากขึ้นก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันเบาหวานที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[12,17,18,19] ที่แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันโรคดีขึ้น รวมถึงการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย นอกจากนี้ ผู้ที่มีการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะมีความสามารถในการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน อาจเป็นเพราะภาวะแทรกซ้อนหรือความรุนแรงของโรคมักเกิดในระยะป่วยนาน และยังไม่พบในกลุ่มเสี่ยง[14,19] เช่นเดียวกันกับสิ่งจูงใจการรับรู้สู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน เนื่องจากการรับรู้สิ่งจูงใจที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งจูงใจเหล่านี้มา

จากครอบครัว เพื่อน บุคลากรสาธารณสุข หรือสื่อต่าง ๆ ซึ่งทำหน้าที่เป็นแรงกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ[15] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการสนับสนุนจากคนรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน[16] อีกทั้งจากงานวิจัยยังพบว่าปัจจัยร่วม เช่น เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกัน เบาหวาน สอดคล้องกับผลการศึกษา[18,20] ที่พบว่า วัฒนธรรม อาหารท้องถิ่น เพศ และอายุ ล้วนส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอายุที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน เนื่องจากการรับรู้อุปสรรค เช่น เวลาจำกัด รายได้ต่ำ ภาระงานหนัก หรือความเข้าใจด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้ลดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน เกษตรกร มีรายได้ต่ำ และมีข้อจำกัดด้านเวลา โดยเฉพาะเพศหญิงที่รับผิดชอบการทำอาหาร ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าข้อจำกัดเหล่านี้สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับปานกลาง[14,16,18,19,20]

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการป้องโรคของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค สามารถร่วมอภิปรายการผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิมได้ร้อยละ 15.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2_{adj} = .156) สอดคล้องกับการศึกษาของ Afrasiabi[18] พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้ร้อยละ 19

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาจำกัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมุสลิมในอำเภอยะหา จังหวัดยะลา ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่มีบริบททางวัฒนธรรม ศาสนา และสังคมที่แตกต่างกันได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรบูรณาการหลักการศาสนาอิสลาม และจัดทำสื่อการเรียนรู้และชุดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับการศึกษา บริบท และวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม เช่น การทำสื่อหรือชุดกิจกรรมที่อ้างอิงหลักการจากอัลกุรอานและหะดีษ การทำสื่อที่เป็นการ์ตูน การใช้ภาษาท้องที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เพิ่มการยอมรับและการเข้าใจที่ง่ายยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยเชิงลึกและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน และขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน เพื่อเปรียบเทียบและยืนยันผลการศึกษา

2. ควรนำปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลทำนายสูงไปสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันเบาหวาน

References

1. World Health Organization. Diabetes 2024. Geneva, fiscal year 2025. World Health Organization; 2025.
2. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. Bangkok: Srimuang Printing; 2023. (in Thai)
3. Khan RMM, Chua ZJY, Tan JC, Yang Y, Liao Z, & Zhao Y. From pre-diabetes to diabetes: diagnosis, treatments and translational research. Medicina. 2019;55(9):1-30.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas: 11th ed. Brussels, fiscal year 2025. International Diabetes Federation; 2025.
5. Ministry of Public Health. Prevalence rate of diabetes 2025 in Thailand, Health Area 12, Yala Province, Yaha District, fiscal year 2025. Health Data Center: HDC; 2025. (in Thai)

6. Ministry of Public Health. Population aged 35 years and over screened and at risk for diabetes in Thailand, Health Area 12, Yala Province, Yaha District, fiscal year 2025. Health Data Center: HDC; 2025. (in Thai)
7. Mezil SA, & Abed BA. Complication of diabetes mellitus. Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021;25(3):1546-56.
8. National Statistical Office Thailand. The 2021 Health Behavior of Population Survey. Bangkok: Statistical Forecasting Division, National Statistical Office 2021. (in Thai)
9. Division of Non-Communicable Diseases. Annual report 2024. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2024. (in Thai)
10. Yala Provincial Administration Organization. General Conditions and Basic Information of Yala Province 2025. Yala Province, fiscal year 2025. Yala Provincial Administration Organization; 2025. (in Thai)
11. Phaitrakoon J, & Chulakarn N. Cultural understanding of health in Thai elderly Muslims. Journal of Naradhiwas Universiy. 2016;8(2):142-52. (in Thai)
12. Padela AI, & Zaidi D. The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. Avicenna Journal of Medicine. 2018;8(1):1-13.
13. Phaitrakoon J, Rassameepong S, Jirarattanawanna N, Vattanaamorn S, Boontem P, & Chulakarn N. Assessment of Dietary and Exercise Behavior of aging Muslims in Thailand. Journal of Islamic Studies. 2017;5(1):16-23.
14. Soynahk C, Kompayak J, & Punthasee P. A study of health belief model and the risk of type 2 diabetes in working Muslim populations. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement_1):267-77. (in Thai)
15. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health education monographs. 1974;2(4):324-473.
16. Kaewjongprasit P. A Study of Factors related to Health Behaviors of People with Risk of Diabetes in Uthaithani. Journal of MCU Nakhonthad. 2023;10(10):327-36. (in Thai)
17. Hutapea D. Perceived Benefits, Perceived Barriers, and Treatment Adherence Among Indonesian Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus [M. Sc. Thesis]. Thailand: Prince of Songkla University. 2016.
18. Afrasiabi F, Aeen FB, & Jahromi MK. Applying the health belief model in identifying individual understanding towards prevention of type 2 diabetes. International Journal of Public Health. 2022;11(4):1267-72.
19. Srethamma K. Outcome of the Group Activities and Health Belief Model to Self-care Behaviors with Pre-diabetes in Roi-Et. Journal of Research and Health Innovative Development. 2020;1(3):171-90. (in Thai)
20. Messina J, Campbell S, Morris R, Eyles E, & Sanders C. A narrative systematic review of factors affecting diabetes prevention in primary care settings. PLoS One. 2017;12(5): 1-20.
21. Thanathiti T, & Chamroonsawasdi K. The Health Belief Model and Self-Care Behavior Influencing on Health Preventive Behavior in a Senior Club, Bangtoey Sub-District, Samphran District, Nakhon Pathom Province. Humanities, Arts and Social Sciences Studies. 2016;16(1):55-76.

22. Huang Y, Wang T, Wang H, Zeng Y, & Xie L. Health beliefs mediates the association between the number of non-communicable diseases and preventive behaviors in middle-aged and older adults in southern China. Aging Clinical and Experimental Research. 2025;37(1):37-49.
23. Thato R. Nursing Research: Concepts to Application (4th Edition). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
24. Gray JR, Grove SK, & Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8thed. St. Louis (MO): Elsevier Health Sciences; 2016.

ผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผน จำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล

The Effect of Integrated Discharge Planning Program on Caregivers of Premature Infants

จารุวรรณ สนองญาติ[1] ยุคนธ์ เมืองช้าง[1] ศิริธิดา ศรีพิทักษ์[1] อุษณียาภรณ์ จันทร[1] อดิศา พานิช*[2]

Jaruwan Sanongyard[1] Yukon Maungchang[1] Sirithida Sripitak[1] Ausaniyaporn Chanthron[1] Adisa Panith*[2]

[1]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ ประเทศไทย 72000**

[1]**Boromarajonani College of Nursing,Suphanburi,Faculty of Nursing, Thailand 72000**

[2]**คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก ประเทศไทย 10300**

[2]**Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Thailand 10300**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest–posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 55 ราย ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด 3) แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84, 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้และแบบสังเกตพฤติกรรม เท่ากับ Cronbach’s alpha = 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ทารกคลอดก่อนกำหนด, การวางแผนจำหน่าย, ผู้ดูแล

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest–posttest design aimed to examine the effect of an integrated discharge planning program on caregivers of premature infants after discharge from a tertiary hospital in Suphanburi Province. The sample consisted of 55 caregivers of premature infants recruited through purposive sampling based on inclusion criteria. Participants received the program for four weeks. Research instruments included: 1) a general information record form, 2) a caregiver knowledge test on caring for premature infants, and 3) a caregiver behavior observation form. Content validity indexes were 0.84, 0.87, and 0.92, respectively. Reliability of the knowledge test and the behavior observation form showed Cronbach’s alpha = 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

Corresponding Author: *E-mail: adisa854@gmail.com

วันที่รับ (Received) 8 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 มิ.ย. 2568

The findings revealed that the mean scores of caregiver knowledge and care behaviors after participation in the integrated discharge planning program were significantly higher than before participation ($p < .05$).

Keywords: Premature infants ,Discharge planning ,Caregivers

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) ที่มารดาอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก[1] เป็นภาวะวิกฤตอันเกิดการสูญเสียชีวิตที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญและต้องแก้ไข ภาวะอันตรายต่อทารกจากการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ภาวะระบบประสาทที่ผิดปกติและภาวการณ์หายใจผิดปกติจากโครงสร้างของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้การที่ทารกต้องถูกแยกจากบิดามารดาเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจึงไม่สามารถส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นได้ นำไปสู่การเกิดปัญหาพัฒนาการล่าช้าร่วมด้วย โดยอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด จะพบประมาณ 5-7% ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และมีมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั่วโลกมีประมาณ 15 ล้านคน[2] (11%) ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในจำนวนนี้พบว่ามีจำนวนทารกมากกว่า 1 ล้านคนที่ต้องเสียชีวิต[3] จากรายงานสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2567 ได้รายงาน สถานการณ์อัตราทารกเกิดไร้ชีพ 4.6 ต่อพันการเกิดทั้งหมด อัตราทารกปริกำเนิด 8.5 ต่อพันการเกิดทั้งหมด โดยมีทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.7 สำหรับจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่าในปี 2567 จำนวนการคลอดทั้งหมด 4,645 คน มีอัตราทารกที่คลอดก่อนกำหนด 400 คน คิดเป็นร้อยละ 8.61 และเมื่อดูสถิติแนวโน้มย้อนหลัง 2563-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องด้วยการเจริญเติบโตและพัฒนาการมีความสำคัญต่อความสมบูรณ์ของร่างกายและความสามารถของทารกแรกเกิดในอนาคต ทั้งนี้การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจึงเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว เนื่องจากมารดาและครอบครัวมักไม่ได้เตรียมความพร้อมสำหรับการดูแล จึงเกิดความเครียดและวิตกกังวลที่มาจากลักษณะการเจ็บป่วยของทารกเองและสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย[4] ดังนั้นการดูแลเด็กและการตัดสินใจในการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสำคัญมาก การเลี้ยงดูบุตรจะต้องแสดงบทบาทโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family centered care) เป็นปรัชญาการดูแลที่ตระหนักและเคารพว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในหลักปรัชญานี้ครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตามธรรมชาติของครอบครัว มาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนในทุกระดับของการดูแลทางสุขภาพ ความร่วมมือกันระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ[5] การสร้างเสริมความพร้อมด้านสมรรถนะของผู้ดูแลหรือบิดา-มารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นตัวกำหนดความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน[6]

การศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะครอบครัวในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของจังหวัดมีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นจังหวัดที่ได้รับการแต่งตั้งให้ขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด และเป็นไปตามเป้าหมายนโยบายของทางภาครัฐ ยุทธศาสตร์ในการวางแผนการจำหน่ายที่มีคุณภาพ[7] คณะผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำผลของโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดมาเป็นแนวทางในการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล และลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพในทารกคลอดก่อนกำหนดให้มีสุขภาพและพัฒนาการเหมาะสมตามวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

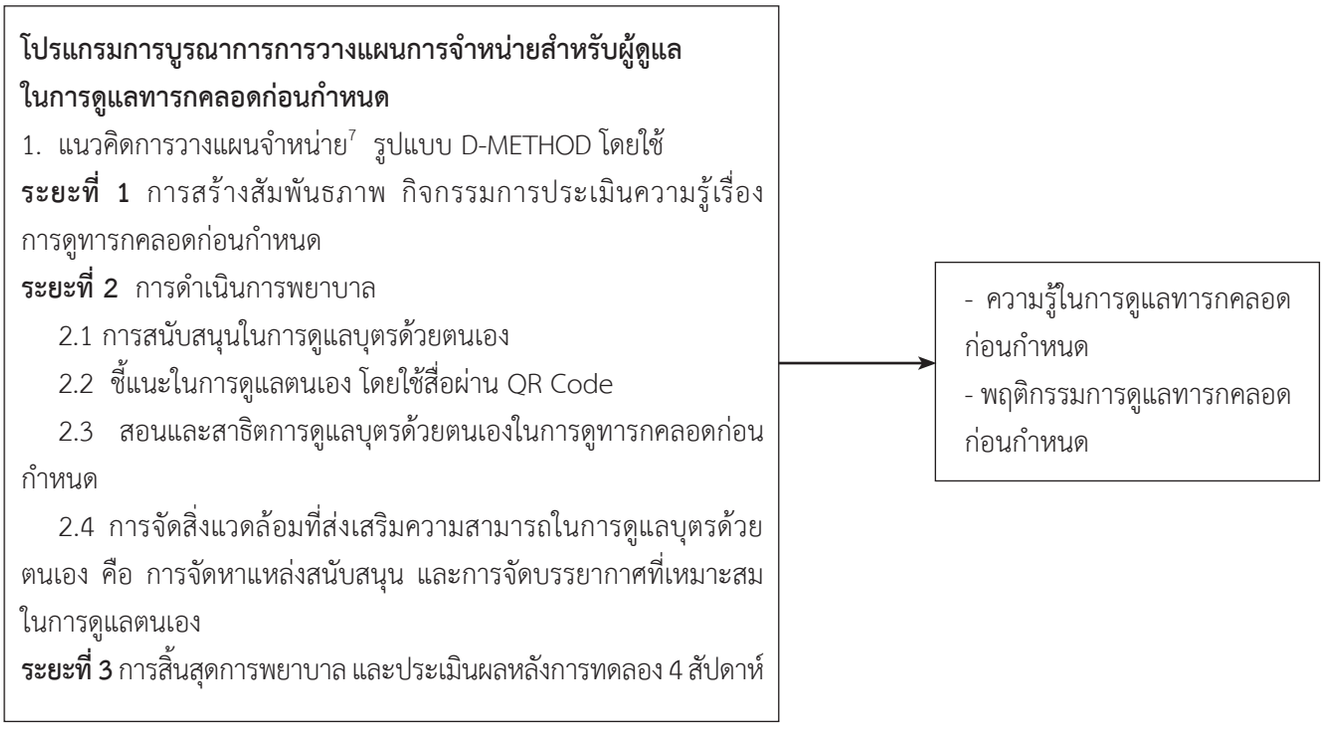
คะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังจากได้รับโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่าย ผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กเป็นรูปแบบในการเพิ่มสมรรถนะ โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย[7] ตามรูปแบบ D-METHOD เพื่อวินิจฉัยปัญหานำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะอาการของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ที่เหมาะสมตามแผนที่ตั้งไว้และร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] เพื่อให้เกิดความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนการจำหน่ายสำหรับผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด (โดยทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นคนแรกที่ครอบครัวเคยดูแล) ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 32–36 สัปดาห์ บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมชั้น 3 หรือหอผู้ป่วยอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565–สิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดใหญ่ = 0.80, ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ t (t-test) ซึ่งจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่เหมาะสมคือ 50 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อรองรับการสูญหาย (Drop out) 10% ของกลุ่มตัวอย่าง[9] ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ทั้งสิ้นจำนวน 55 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เอกสารรับรองหมายเลข EC-006/2564 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์เป็นภาพรวม และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบูรณาการการวางแผนการจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการวางแผนจำหน่ายและบูรณาการกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] สำหรับผู้ดูแล (คู่มือ ประกอบด้วยตัวหนังสือ ภาพ แนวทางการดูแล และสื่อออนไลน์ ประกอบด้วย ตัวหนังสือ ภาพ วิดีโอสาธิตการดูแลเด็ก เรื่อง “โตสมวัยใส่ใจลูกน้อย”) และคู่มือการประเมินและบันทึกการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับมารดาและครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก และผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล[10] โดยผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็น 8 ด้าน จำนวน 48 ข้อ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นข้อความที่แสดงถึงความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดโดย มาตรวัดเป็น Likert-scale 5 ตัวเลือก 0-4 คะแนน 3) แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล จำนวน 10 เรื่อง แต่ละเรื่องมีข้อคำถาม 4 ข้อ รวม 40 ข้อโดยมาตรวัดเป็น Likert-scale 4 ตัวเลือก 0-4 คะแนน

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 3 หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านกุมารเวชกรรมจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านกุมารเวชกรรมจำนวน 2 ท่าน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence, IOC) พบว่า 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก และผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล จำนวน 48 ข้อ 3) แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ มีค่าเท่ากับ 0.84 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมชั้น 3 และหอผู้อภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา พบว่า แบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของครอบครัวผู้ดูแล และแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.8

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการดำเนินการทดลองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ เมื่อผู้ดูแลของทารกคลอดก่อนกำหนดมาเยี่ยมบุตรครั้งแรกแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและลงชื่อเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย

1.2 ทดสอบความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด (Pre-test) และใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแลบันทึกลงในแบบสังเกตพฤติกรรม

1.3. การให้ความรู้และการสาธิตการพยาบาลการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ตามแนวคิดรูปแบบการวางแผนการจำหน่าย[7] และการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] ซึ่งระยะนี้ประกอบด้วยการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแล 2) การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแล 3) การวางแผนให้ความรู้แก่ครอบครัวของทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2

การให้ข้อมูลครั้งที่ 2 ขณะที่ทารกอยู่ในระยะรักษา/วินิจฉัยเนื้อหาประกอบด้วยความก้าวหน้าของโรค ผลการวินิจฉัย และสาธิตและฝึกการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดให้ผู้ดูแลรวมทั้งศึกษาเนื้อหาความรู้และวิดีโอเรื่องการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผ่านสื่อ Online

ขั้นตอนที่ 3

การให้ข้อมูลครั้งที่ 3 ระยะทารกใกล้จำหน่าย กิจกรรมให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกหลังการสอนและฝึกทักษะ เนื้อหาประกอบด้วยการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจการเตรียมอุปกรณ์/เอกสารเพื่อมารับบุตร การสังเกตอาการผิดปกติ และการสังเกตพัฒนาการตามวัย

ขั้นตอนที่ 4

ดำเนินการเมื่อแพทย์อนุญาตให้ทารกกลับบ้านได้ให้ผู้ดูแลของทารกคลอดก่อนกำหนดทำแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการทำจำหน่ายทุกขั้นตอนแล้ว (post-test) และผู้วิจัยมอบสื่อการสอนแบบออนไลน์และคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล หรือครอบครัวไปใช้ดูแลทารกที่บ้าน และหลังจากนั้นติดตามประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโตทารกแรกเกิดอายุ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากการใช้โทรศัพท์หรือ Line Application

ระยะหลังการทดลอง

ประเมินผล โดยการทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล และแบบสังเกตพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติที

ผลการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยจำนวนและร้อยละ ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและอาชีพ (N = 55)

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
1. อายุ (ปี)		
15 – 20 ปี	16	29.09
21 – 25 ปี	20	36.36
26 – 30 ปี	14	25.45
≥ 35 ปี	5	9.10
2. เพศ		
ชาย	7	12.73
หญิง	48	87.27
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	7	12.73
ประถมศึกษา	8	14.55
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	10.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	12	21.82
ปวส./อนุปริญญา	11	20.00
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	8	14.55
สูงกว่าปริญญาตรี	3	5.45
4. สถานภาพสมรส		
สมรส	37	67.27
หม้าย, หย่าและ แยกกันอยู่	18	32.73
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	7.27
รับจ้าง	20	36.36
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	14.55
เกษตรกรรม	21	38.18
อื่นๆ	2	3.64

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีอายุอยู่ระหว่าง 21–25 ปี (ร้อยละ 36.36) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.27) จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. สูงสุด (ร้อยละ 21.82) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 67.27) และประกอบชีพหลักคือเกษตรกรรม (ร้อยละ 38.18)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความรู้เฉลี่ยรายด้านเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (N=55)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนด (รายด้าน)	ระดับความคิดเห็น					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\overline{X}$	SD	ระดับความรู้	$\overline{X}$	SD	ระดับความรู้
1. ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด	3.31	2.26	ปานกลาง	4.30	2.23	มาก
2. การดูแลทางเดินหายใจให้เป็นปกติ	3.52	2.56	มาก	4.81	2.65	สูงสุด
3. การดูแลทารกเพื่อป้องกันอุณหภูมิกายต่ำ	3.81	2.60	มาก	4.75	2.65	สูงสุด
4. การดูแลทารกเพื่อป้องกันอุณหภูมิกายสูง	3.60	2.50	มาก	4.68	2.68	สูงสุด
5. การดูแลทารกด้านการรับประทานอาหาร	3.22	2.57	ปานกลาง	4.69	2.78	สูงสุด
6. การดูแลทารกเพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อ	3.40	2.36	ปานกลาง	4.78	2.79	สูงสุด
7. การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ	3.46	2.45	ปานกลาง	4.80	2.68	สูงสุด
8. พัฒนาการและการเจริญเติบโต	3.21	1.88	ปานกลาง	4.83	2.61	สูงสุด
รวม	3.44	2.40	ปานกลาง	4.71	3.55	สูงสุด

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้รายด้าน เกี่ยวกับการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนด หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลอง โดยด้านที่มี ค่าเฉลี่ยของก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันสูงสุด และเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสูด คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนดเรื่องพัฒนาการและการเจริญเติบโต ($\overline{X}$= 4.83, SD = 2.61)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความรู้รวมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (N=55)

ระดับความรู้	$\overline{X}$	SD	t test	p-value
ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด				
ก่อนการทดลอง	3.44	2.40	8.68	.032*
หลังการทดลอง	4.71	3.55		

* p < .001

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนทดลอง ($\overline{X}$ = 3.44, SD = 2.40) และหลังการทดลอง ($\overline{X}$= 4.71, SD = 3.55) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (N=55)

ระดับพฤติกรรม	$\overline{X}$	SD	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด				
ก่อนการทดลอง	27.10	3.66	16.578	.000**
หลังการทดลอง	74.12	3.87		

*p < .001

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนทดลอง ($\bar{X}$= 27.10, SD = 3.66) และหลังการทดลอง ($\bar{X}$= 74.12, SD = 3.87) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่าย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (ตารางที่ 3–4) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบูรณาการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลทารกก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์เชิงบวก ได้แก่ การให้ความรู้แบบรายบุคคลผ่านคู่มือ สื่อออนไลน์ และการสาธิตโดยตรง ซึ่งช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจและเป็นมิตรระหว่างพยาบาลกับมารดา ทำให้มารดาเปิดเผยปัญหาได้ตรงจุดและได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมอำนาจ มีบทบาทการเป็นมารดาและความพึงพอใจในบทบาทสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[11] งานวิจัยโปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบบูรณาการช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ของผู้ดูแลทารกก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ[12]

ทั้งนี้การออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การประเมินเฉพาะบุคคล และการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่พบว่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)[10]

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบการดูแลโดยพยาบาลที่มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ มีการประเมินรายบุคคล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับทารกคลอดก่อนกำหนดเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้อย่างครอบคลุม ส่งเสริมให้มารดาสามารถวางแผนและเตรียมตัวในการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] สำหรับกรณีที่มารดาไม่ได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเดียวกับทารก โปรแกรมยังเอื้อให้สามารถติดต่อสอบถามอาการของทารกได้ตลอดเวลา มีการส่งเสริมให้มารดาสัมผัส ให้นม และดูแลทารกในตู้อบ ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดและเพิ่มความรู้สึกใกล้ชิดกับลูก[14]

ผลการศึกษายังสนับสนุนข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องตัวชี้วัดความสำเร็จระดับชาติในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย รวมถึงการส่งเสริมการดูดกลืน ให้นม และการกระตุ้นพัฒนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ซึ่งมักทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้า และรู้สึกขาดการควบคุมสถานการณ์[13,14,15] ดังนั้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงจำเป็นในการเชื่อมโยงการดูแลทารกระหว่างโรงพยาบาลและบ้านอย่างต่อเนื่อง[11] เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่สมวัยของทารกก่อนกำหนดในประเทศไทย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้มารดาและครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)[16]

จากผลการศึกษานี้ จึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดระบบการดูแลผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทารกก่อนกำหนดของมารดาและครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญ พยาบาลควรนำไปประยุกต์ใช้ในแผนการดูแลมารดาและครอบครัวทารกก่อนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลทารกหลังกลับบ้านมีคุณภาพ ต่อเนื่อง และปลอดภัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

ควรมีการต่อยอดและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้มีช่องทางในการเข้าถึงสื่อ เช่น Application ของโรงพยาบาลที่สามารถเข้าไปสอบถามความรู้ปัญหา ทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจากกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ และควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาภายหลังการจำหน่าย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการติดตามสุขภาพและพัฒนาการของทารกที่เกิดก่อนกำหนด ให้มีพัฒนาการเจริญเติบโต สมวัยในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและประเมินความต้องการรายบุคคล และ

โรงพยาบาลควรบูรณาการโปรแกรมนี้ไว้ในแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และต่อยอดไปใช้ในระยะยาวเพื่อติดตามพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนด การลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ

References

1. Phawaphutanon W, & Chanthakhum W. Development of a continued care system forpreterm infants with low birth weight at Kalasin Hospital. Academic Journal Nurse Health Sciences. 2022; 2(1):40–9. (in Thai)
2. Sanongyard J, Siratirakul L, Jaemtim N, Maungchang Y, & Hemtanon S. Effects of a supportive and educative nursing system program on knowledge and caring behaviors among mothers of premature infants. Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi. 2023; 6(1):42–57. (in Thai)
3. Tirachai N. Nursing care of Low Birth Weight Premature Infant with Respiratory Distress Syndrome: 2 Case study. Academic Journal Nurse Health Sciences. 2025; 5(1): 83-97. (in Thai)
4. Unsiam P. Maternal participation in caring for critically ill newborns at Phatthalung Hospital. Journal of Public Health Nursing. 2018; 4(1): 61–74. (in Thai)
5. Wangruangsatid R, & Ether S. Maternal preparation guideline for caring for premature infants after discharge in Thailand: A systematic review. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019; 39(1):66–78. (in Thai)
6. Bangtit R, & Jaikla W. Maternal preparation for hospital discharge of preterm infants. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022; 37(2):20–9. (in Thai)
7. McKeehan KM, & Coulton CJ. Continuity of Care: Advance The Concept of Discharge Planning. St Louis: Florida; 1985.
8. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal Advanced Nursing. 1991; 16(3):354–61.
9. Gray, Jennifer R, Susan K, & Sutherland S. Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence.8 th . St. Louis: Elsevier Health Sciences;2017
10. Kongchad A. Caring system for mothers of premature infants: knowledge and behavior in care [thesis]. Nakhon Pathom: Christian University; 2012. (in Thai)
11. Phuangsriken S, Charoensaen J, & Phalasri A. Effect of maternal empowerment on maternal role attainment, role satisfaction, and body weight of premature infants. Mahasarakham Hospital Journal. 2018; 15(1):56–72. (in Thai)
12. Yildiz A, & Arikan D. The effect of nurse-led discharge training for parents of preterm infants on parent outcomes: a randomized controlled trial. Journal of Pediatric Nursing. 2020; 50:e51–7. doi:10.1016/j.pedn.2019. 10.009.
13. Kolatat T, & Jaratthong C. Solving the problem of preterm birth: national indicators of success. Thailand and Child Health Network; 2016. (in Thai)
14. Varghese M. A study on parental stress in the neonatal ICU using parental stressor scale. Pediatrics. 2015; 135(1):59–62.
15. Gallegos-Martinez J, & Reyes-Hernandez J, Schochi SCG. The hospitalized preterm newborn: the significance of parents' participation in the neonatal unit. Revista Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(6):239–46.
16. Sanongyard J, Jaemtim N, Siratirakul L, Radabutr M, & Wiriyasirikul N. The development of guidelines of promoting the development and healthy growth for premature infants. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 113–21. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วย ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Predicting Factors of Discharge Readiness in Patients with Sepsis

หงส์เหม แพร่ศิริพุฒิพงศ์ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์* สุพร ดนัยดุษฎีกุล ยงค์ รงค์รุ่งเรือง**
Honghem prasiriputtipong Sarinrut Sripasong* Suporn danaidutsadeekul
Yong Rongrungreung**
มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
Mahidol University, Bangkoknoi Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายของ ความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 107 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ฉบับย่อ แบบสอบถามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 63.3 โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 8.3 ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ($\beta = .848$, $p < .05$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .080$, $p < .05$) โดยบุคลากรสุขภาพควรมีการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะหรือพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการสอน ประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล, คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล

Abstract

This research is a study of predictive factors of frailty, uncertainty in illness, perceived disease severity, and the quality of discharge teaching with discharge readiness in patients with sepsis. The sample consisted of 107 sepsis patients admitted for inpatient treatment at a tertiary hospital in Bangkok. Data were collected using a demographic questionnaire, the Short-Form Discharge Readiness Scale, a short-form quality of discharge teaching scale, a perceived severity perception questionnaire, a short-form uncertainty in Illness scale for adults, and SHARE frailty index. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to

Corresponding author *Email: sarinrut.sri@mahidol.ac.th
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับ (received) 23 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 5 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 พ.ค. 2568

analyze the data, with a significance level set at .05. The results indicated that 63.3% of the participants were ready for hospital discharge. The predictive factors collectively explained 8.3% of the variance in discharge readiness. Statistically significant predictors of discharge readiness included the quality of discharge teaching ($\beta = .848$, $p < .05$) and perceived disease severity ($\beta = .080$, $p < .05$). Healthcare professionals should provide dedicated pre-discharge education or develop programs to enhance discharge teaching. Additionally, assessing patients' perceived disease severity is crucial in sepsis patients to ensure adequate discharge readiness.

Keywords : Sepsis, Patient discharge, Patient education

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่คุกคามชีวิต เกิดจากกระบวนการอักเสบในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และสามารถนำไปสู่การเสียชีวิตได้ จากสถิติทั่วโลกในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 11 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] ในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในระแสเลือดของประเทศไทย จากปีงบประมาณ 2565 – 2567 พบอัตราป่วยจำนวน 78,563, 98,333 และ 81,330 รายตามลำดับ และมีอัตราผู้เสียชีวิตร้อยละ 35.24, 30.50, และ 27.68 ตามลำดับ[2] แม้ว่าปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในด้านการรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ 1 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมดจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งภายใน 90 วัน[3] และอาจเกิดกลุ่มอาการหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด (Post sepsis syndrome) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4]

หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย คือการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (Discharge Readiness) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นตัวอย่างเหมาะสม[5] จะสามารถจัดการกับอาการของตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเตรียมพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดโอกาสการกลับเข้ารักษาซ้ำได้ถึงร้อยละ 40[6] นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง[7]

การเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ภาวะเปราะบางของผู้ป่วย (Frailty) ที่มักฟื้นตัวช้ากว่าและมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำ[8] นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคของตนเองอาจเกิดความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน[9] ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการที่ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าโรคของตนมีความรุนแรงมากหรือน้อย ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ต่างกัน หากผู้ป่วยมองว่าภาวะของตนเองไม่ร้ายแรง อาจละเลยการดูแลสุขภาพหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ[10] เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน โดยผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนก่อนออกจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองได้ดีขึ้น และลดโอกาสการกลับเข้ารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ[11] โดยประเมินจาก คุณภาพของการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล (Quality of discharge teaching) ซึ่งจากการสังเกตและเก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ยังไม่มีคำแนะนำหรือการสอนที่เป็นมาตราฐานหรือคู่มือชัดเจน เป็นเพียงคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลไปเท่านั้น

จากกรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน (Transitions Theory) การออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถือเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการดูแลในโรงพยาบาล ไปสู่การดูแลตนเองที่บ้าน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านนี้ ได้แก่ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ การสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ หากกระบวนการเปลี่ยนผ่านดำเนินไปอย่างราบรื่น ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวและฟื้นตัวได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว[12]

ดังนั้น การศึกษาถึงปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านนี้ คือความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และคุณภาพของการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญ เพื่อส่งเสริมเป็นแนวทางส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถการเตรียมตัวเพื่อการพักฟื้นจากความเจ็บป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล[11]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษาปัจจัยทำนายของความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สมมติฐานการวิจัย

ความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล สามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน[12] (Theory of transition) ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่ง โดยเมื่อผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยเลือก ศึกษา 4 ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ ความเปราะบาง ที่เป็นลักษณะหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านในสถานะสุขภาพ (Health-illness transitions) การให้ความหมาย (Meaning) เป็นองค์ประกอบของเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) และคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล (Nursing therapeutics/ Intervention) หากผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยในการเปลี่ยนผ่านมีการเตรียมตัวที่ดีนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปได้ด้วยดี (Mastery)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด อายุมากกว่า 18 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราชกรุงเทพมหานคร และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจากประชากรในหอผู้ป่วยสามัญทั้งเพศชายและหญิงโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร จำนวน 107 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่แพทย์มีแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 วันก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย แบบบันทึกกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS) ได้คะแนน 2 ใน 4 ข้อ และได้รับการรักษา มีสัญญาณชีพคงที่ และสามารถสื่อสารและใช้ภาษาไทยได้ หากอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปให้ทดสอบด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อม (Mini-cog) และได้คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่รุนแรง เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงทางจิต ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้สถิติ Multiple linear regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .90 ตัวแปรในการทำนาย 4 ตัวแปร แต่เนื่องจากไม่มีคู่ความสัมพันธ์ตัวแปรต้นและตัวแปรตามในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพล .15 นำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 107 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 14 ข้อ

2. แบบสอบถามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ[13] มี 7 องค์ประกอบ ดังนี้ การประเมินภาวะเหนื่อยล้า ภาวะน้ำหนักลด ภาวะเดินช้า การทำกิจกรรมทางกายต่ำ ภาวะอ่อนแรง การประเมินการรู้คิด โดยแปลผลได้ 3 ค่า ดังนี้ ไม่มีภาวะเปราะบาง เริ่มมีภาวะเปราะบาง และมีภาวะเปราะบาง

3. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการ

เจ็บป่วย[14] สำหรับผู้ใหญ่ฉบับย่อ มีจำนวน 19 ข้อคำถาม ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยเพียงเล็กน้อย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินจะถูกแปลงให้เป็นคะแนนมาตราฐานที่อยู่ในช่วง 0 -100 โดยคะแนนสูงหมายถึง มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค[15] แบ่งเป็น 5 ระดับ คะแนน 0 ถึง 100 จำนวน 1 ข้อ คะแนน 0 หมายถึงไม่มีความรุนแรงของโรคเลย ไปจนถึง คะแนน 100 หมายถึงมีความรุนแรงของโรคมากที่สุด แปลผลโดยใช้อันตรภาคชั้นแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็น 3 ระดับ คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคน้อย คะแนนสูงหมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคมาก

5. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ[16] จำนวน 24 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดสั้นซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ (0-10) แบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น 10 คะแนน 0 – 37 หมายถึง ระดับต่ำ 38 – 75 หมายถึง ระดับปานกลาง 76 – 110 หมายถึง ระดับดี

6. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ[16] ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชนิดสั้นซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ คะแนน < 7 หมายถึง ไม่พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คะแนน ≥ 7 หมายถึง พร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาและเป็นที่ยอมรับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วและมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมศัลยกรรม ผู้วิจัยจึงนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ แบบประเมินคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลฉบับย่อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.81, 0.82, 0.82 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามความเปราะบางทางสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ โดยวิเคราะห์หาค่า Intraclass correlation coefficient ได้เท่ากับ 0.99, 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลได้รับการรับรองเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2566 (COA No. IRB-NS2022/107.0612) โดยหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลที่ครบถ้วนเกี่ยวกับงานวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนต้องลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัยจะมีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ขณะตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 5 ชุด จำนวน 76 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสำหรับผู้ใหญ่ฉบับย่อ และแบบสอบถามภาวะเปราะบางทางสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย จะขออนุญาตเก็บรวบรวมจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ IBM SPSS statistic โดยใช้สถิติพรรณนาและทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรใช้สถิติ Multiple linear regression กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด 107 ราย และนำมาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบ

ขั้นตอน พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 107 ราย ร้อยละ 59.8 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 64.2 ปี ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ (Mean = 24.44, SD = 3.92) (ร้อยละ 57) เคยได้รับการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.9) มีระยะวันนอนโรงพยาบาล 5-10 วัน (ร้อยละ 53.3) แหล่งที่พบหรือสงสัยว่าติดเชื้อมากที่สุดคือ ทางเดินหายใจ (ร้อยละ 51.4) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.0) คะแนน SOFA Score อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน (ร้อยละ 78.5)

2. กลุ่มตัวอย่างไม่มีความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 55.1) ในด้านสถานะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ร้อยละ 52.3) ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 55.1) และมีความพร้อมในด้านความสามารถในการจัดการดูแลตนเองและการแก้ไขปัญหาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ร้อยละ 52.3) และด้านการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และความช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ร้อยละ 71.0)

3. ความเปราะบาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะเปราะบาง มากที่สุด จำนวน 48 คน (ร้อยละ44.9) รองลงมา คือ มีภาวะเปราะบาง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 38.3) ไม่มีภาวะเปราะบาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 16.8)

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 59.8) ด้านความคลุมเครืออยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) ด้านความต่อเนื่องในการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.8) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 48.6)

5. การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคมาก จำนวน 61 คน (ร้อยละ 57.0) รองลงมามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 43.0)

6. คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.1) ด้านเนื้อหาที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.8) ด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.9)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (rs) ระหว่างความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (N = 107)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล	1.00				
2. ความเปราะบาง	0.68	1.00			
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.18	-.101	1.00		
4.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.163	.038	-.156	1.00	
5.การรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล	.212*	-.033	.199*	-.089	1.00

*p <.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (rs = .212, rs =.199 p < .05) ตามลำดับ ส่วนความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (rs = - 0.33, rs = - 0.89 p > .05) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุคูณ ของความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยวิเคราะห์ถดถอยแบบลดตัวแปร (N = 107)

ตัวแปร	b	SEb	β	t	p-value
ค่าคงที่	4.005	1.059		3.783	.000
คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล	.848	.381	.209	2.224	.028
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.080	.039	.195	2.074	.041

$R = .288$, $R^2 = 0.083$, $F\ 4.710$, $p < .001$

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ แบบลดตัวแปร (Backward stepwise regression) พบว่าสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ร้อยละ 8.3 และปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ($\beta = .848$, $p < .05$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .080$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

การอภิปรายผลการวิจัย

ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 68 อาจมีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ เช่น กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 60 ปี มีประสบการณ์ทางสุขภาพ จึงมีความเข้าใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และมีระยะวันนอนโรงพยาบาลเพียง 5-10 วัน มีแนวโน้มที่จะฟื้นตัวเร็วกว่าประกอบกับได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด (มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ100) โดยร้อยละ 60.3 เป็นบุตร ซึ่งเป็นญาติสายตรง มีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง มีความเข้าใจในประวัติสุขภาพมาก่อน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้สึกไว้วางใจ อาจช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจให้กลุ่มตัวอย่างในการดูแลตนเองที่บ้าน และการ การสนับสนุนจากโรงพยาบาล ที่มีการวางแผนจำหน่ายเป็นอย่างดี โดยทีมสหวิชาชีพเฉพาะทาง ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาลที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้ หอผู้ป่วยมีการเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยในการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมกับการฟื้นฟู เช่น การติดต่อประสานการยืมเตียง และยืมเครื่องมือที่จำเป็น นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน (ร้อยละ 81.3) ทำให้มีความมั่นใจ มีความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถการจัดการตนเองได้ดีขึ้น[17] เข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์[18] โดยร้อยละ 36.4 มีความไม่พร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 27.5 ทำให้มีความเข้าใจในการจัดการสุขภาพตนเองน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากข้อมูลมีความซับซ้อนและมีระยะวันนอนโรงพยาบาลนาน (มากกว่า 10 วัน ร้อยละ 44.1) อาจมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อหรือความสามารถในการเคลื่อนไหว ต้องการการฟื้นฟูเป็นระยะเวลานาน[19] โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 78.0 อาจทำให้การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดการสุขภาพตนเองที่บ้านมีความจำกัด ซึ่งส่งผลให้มีความไม่พร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล

คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .848$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ และสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่กล่าวว่า การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics) คือคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเกิดความมั่นใจในช่วงเปลี่ยนผ่าน การรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเอง (Locate and being situated) และวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน (Engaging) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้

ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล (Mastery) โดยโรงพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) ที่มีประสิทธิภาพ ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน และกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 75.7 และเคยได้รับการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 58.9 โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในกระบวนการสอน (58.9%) สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการสนับสนุนผู้ป่วย[3] สอดคล้องกับแนวคิด[12] ที่ว่าการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เพียงพอสามารถช่วยผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีมีแนวโน้มที่จะรู้สึกพร้อมในการกลับบ้านมากขึ้น[20]

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (β = .080, p <.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ และสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่ว่าในช่วงการเปลี่ยนผ่านนั้น การให้ความหมายของบุคคล (Meaning) เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกสำเร็จ (Mastery) หรือความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.0 และปานกลาง ร้อยละ 43.0 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 51.4 และใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 15.9 จึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากขึ้นเนื่องจากความวิตกกังวล[21] นอกจากนี้โดยกลุ่มตัวอย่างยังมีคะแนน SOFA มากกว่า 6 คะแนนถึงร้อยละ 21.5 และมีระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน ร้อยละ 46.7 โดยระยะวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้นอาจส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย[22] และกลุ่มตัวอย่างบางรายอาจเคยมีประสบการณ์ในการรักษาภาวะติดเชื้อมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ที่ผ่านมา จึงเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมากขึ้น จึงมีความรู้สึกว่าตนเองต้องการการดูแลที่ละเอียดอ่อนและต้องเตรียมตัวมากขึ้นในช่วงการเปลี่ยนผ่านนี้ (Locate and being situated) และแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือ (Seeking and receiving support) เพื่อเสริมความมั่นใจ (Acquiring confidence) จากบุคลากรทางการแพทย์ในการรับข้อมูลและการวางแผนก่อนออกจากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน (Mastery) ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากกว่า ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำ[3]

ความเปราะบาง จากผลการวิจัยพบว่าความเปราะบางไม่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (β = -.008, p > .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน อธิบายได้ว่าผู้ป่วยอาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์และระบบการดูแลสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ที่ช่วยชดเชยผลกระทบของความเปราะบาง ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองแม้ว่าจะมีความเปราะบาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.0 โรคประจำตัวที่พบมากกว่า 1 โรคร้อยละ 73.0 และนอนรพมากกว่า 10 วัน ร้อยละ 46.7 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเปราะบางได้มากกว่ากลุ่มที่ระยะวันนอนโรงพยาบาลสั้นและไม่มีโรคประจำตัว[23] โดยการหาวิธีจัดการกับความเครียด การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว หรือการใช้ประสบการณ์จากการรักษาครั้งก่อนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพร้อมที่จะกลับบ้านและจัดการกับสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่รับรู้ถึงความเปราะบางของตนเอง ทำให้ความเปราะบางไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่มองว่าการเปลี่ยนผ่านที่ราบรื่นสามารถเกิดขึ้นได้แม้จะมีปัจจัยเสี่ยงหากมีการสนับสนุนและการเตรียมตัวที่เหมาะสม

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (β = -.041, p > .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล เป็นเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะอาการคงที่ คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย มีระยะวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน (ร้อยละ 100) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อถือในบุคลากร และได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ ผ่านการให้ข้อมูลและการสอนที่ชัดเจน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น

สามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนและเพิ่มความมั่นใจในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อถือในบุคลากร[24] และยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยมีผู้ดูแลร้อยละ 100 อาจทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลางถึงต่ำ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการส่งเสริมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะ หรือพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และควรมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ ความเปราะบาง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้เพียงร้อยละ 8.4 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เช่น ด้านความเชื่อและวัฒนธรรม ทัศนคติ สถานภาพทางสังคม เป็นต้น

References

1. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, & Kievlan DR. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet. 2020;395(10219): 200-11.
2. Ruksuanjik T, Bunnan N, & Soraserd O. Development of the care model for sepsis patients using the fast-track service system, Kae Dam Hospital, Maha Sarakham Province. Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2024;8(16):198-212. (in Thai)
3. Prescott HC, Langa KM, & Iwashyna TJ. Readmission diagnoses after hospitalization for severe sepsis and other acute medical conditions. Journal of the American Medical Association. 2015;313(10):1055-7.
4. Slikke JW, Feron F, Hovingh GK, Bekker CL, & Zeegers MP. Post-sepsis syndrome: A systematic review of long-term outcomes in sepsis survivors. Journal of Critical Care. 2020;60:190-5. doi:10.1016/j.jcrc.2020.09.011.
5. Wilairat A, Thongkhamrod R, & Prasertsri N. The development of sepsis patients caring model at inpatient unit, Pathumratchawongsa Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):378-87. (in Thai)
6. Alarslan G, Mennes R, Kieft R, & Heinen M. Patients involvement in the discharge process from hospital to home: A patient's journey. Journal of advanced nursing. 2024;80(2044):2462-74.
7. Lilleheie I, Debesay J, Bye A, & Bergland A. Experiences of elderly patients regarding participation in their hospital discharge: A qualitative metasummary. British medical journal. 2019;9:e025789. doi:10.1111/jan. 15984.
8. Klinpudtan N, Tongma S, Klinchet N, & Srithumsuk W. Nurses' role in home care for older adults with frailty. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(2):50-7. (in Thai)
9. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. journal of nursing scholarship. 1990;22(4):256-62. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x.

10. Chaipadung N, Sriprasong S, Saneha C, & Dumavibhat C. Predicting factors of readiness for hospital discharge in patients with heart failure. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;41(1):73-86. (in Thai)
11. Weiss ME, Sawin KJ, Gralton K, Johnson N, Klingbeil C, & Lerret S. Discharge readiness profiles and transitions from hospital to home. Journal of Hospital Medicine. 2019;14(8):482-9. doi:10.12788/jhm.3205.
12. Meleis AI, editor. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
13. Ortuño R, García-Mochón L, Ocaña-Riola R, Muñoz-Pérez MA, González-Revilla F, & Redondo-Sendino Á. Frailty assessment in older adults using the Frailty Trait Scale. Revista Española de Geriatría Gerontología. 2010;45(5):245-8.doi:10.1016/j.regg.20107.04.
14. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. journal of nursing scholarship. 1990;22(4):256-62. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x.
15. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, & Erickson S. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are tougher. American Journal of Medicine. 2005;118(11):1256-61. doi:10.1016/j.amjmed.2005.08.006.
16. Weiss M, Piacentine L, Lokken L, Ancona J, Archer J, & Gresser S. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. Clinal Nurse Specialist. 2007;21(1): 31-42. doi:10.1097/00002800-200701000-00008.
17. Nau DP, Ellis JJ, Kline-Rogers EM, Mallya U, Eagle KA, & Erickson S. Gender and perceived severity of cardiac disease: evidence that women are tougher. American Journal of Medicine. 2005;118(11):1256-61. doi:10.1016/j.amjmed.2005.08.006.
18. Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. journal of nursing scholarship. 1990;22(4):256-62. doi: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x.
19. Ortuño R, García-Mochón L, Ocaña-Riola R, Muñoz-Pérez MA, González-Revilla F, & Redondo-Sendino Á. Frailty assessment in older adults using the Frailty Trait Scale. Revista Española de Geriatría Gerontología. 2010;45(5):245-8.doi:10.1016/j.regg.20107.04.
20. Wayo W, Kadsanit K, Konyai J, Chanhuana S, Phromboot R, & Zahuang V. The effects of health literacy enhancement program on health literacy and prevention behavior of hypertension among community-dwelling older adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):43-52. (in Thai)
21. Kosobucka A, Michalski P, Pietrzykowski L, Kasprzak M, Fabiszak T, Felsmann M, & Kubica A. The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. Cardiology Journal. 2022;29(4):582-90. doi:10.5603/CJ.a2020.0005.
22. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, & Ricci NA. Frailty as a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. Ageing research reviews. 2019;56:100960. doi:10.1016/j.arr.2019.100960.

23. Wang L, Chen Y, & Liu Q. Chronic comorbidities increase the risk of bloodstream infections in elderly patients: A multicenter study. BioMed Central Geriatric. 2021;21(1):89. doi:10.1186/s12877-021-02091-6.
24. Phumivadhana S. Humanized nursing care for patients receiving invasive mechanical ventilator: From concept to practice. Vajira Nursing Journal. 2020;22(1):70-82. (in Thai)
25. Pickert L, Meyer AM, Becker I, Hee A, Noetzel N, & Brinkkötter P. Role of a multidimensional prognosis in-hospital monitoring for older patients with prolonged stay. International Journal of Clinical Practice. 2021;75(5):e13989. doi:10.1111/ijcp.13989.
26. Boucher EL, Gan JM, Rothwell PM, Shepperd S, & Pendlebury ST. Prevalence and outcomes of frailty in unplanned hospital admissions: a systematic review and meta-analysis of hospital-wide and general (internal) medicine cohorts. EClinicalMedicine. 2023;59:101947. doi:10.1016/j.eclinm.2023.101947.
27. Mattingly TJ II, & Nong K. Implementing a health confidence tool at time of discharge. The Patient. 2019;12(2):163-165. doi:10.1007/s40271-018-0343-3.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอยะหา จังหวัดยะลา

Effect of Self-management Support Program on Self-Management Behavior to Prevent Diabetes in Diabetes Risk Group, Yaha District, Yala Province

แวสะการียา แวโดยี[1] กมลวรรณ สุวรรณ*[2]
Waesakareeya Waedoyee[1] Kamonwan Suwan*[2]
[1]สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา ยะลา ประเทศไทย 95120
[1]Yaha District Public Health Office, Yala, Thailand 95120
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ยะลา ประเทศไทย 95000
[2]Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Yala, Thailand 95000

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยจัดสรรตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแต่ละหน่วยบริการ จำนวน 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ คู่มือ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00, 1.00 และ .95 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยวิธี KR-20 เท่ากับ .83 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 นำโปรแกรมมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -11.068) และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.935) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและเพิ่มคุณภาพชีวิตต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, โรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Abstract

This research employed a one-group pre-test post-test design to investigate the effects of a self-management support program on self-management behaviors for diabetes prevention among individuals at risk. A sample of 27 at-risk individuals was proportionally allocated from each healthcare service unit.

Corresponding Author: *E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

วันที่รับ (Received) 6 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 พ.ค. 2568

The intervention tool was a self-management support program specifically designed for diabetes prevention in this at-risk group. Data collection instruments included a manual, a diabetes knowledge assessment, and a self-management behavior assessment. The content validity indices were 1.00, 1.00, and 0.95, respectively. The reliability of the diabetes knowledge assessment, using the Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20), was 0.83, and the self-management behavior assessment had a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. The program was implemented with the sample group for 12 weeks. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and paired t-tests.

The results showed that self-management behaviors of the sample group after receiving the program were significantly higher than before receiving the program at a statistically significant level of .05 (t = -11.068), and the blood sugar levels of the sample group after receiving the program were significantly lower than before receiving the program at a statistically significant level of .05 (t = 3.935). Therefore, health personnel should use this program in the care of individuals at risk of diabetes to prevent the onset of diabetes and improve their quality of life.

Keywords: self-management support program, self-management behavior, diabetes, diabetes risk group

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย โรคเบาหวานเกิดจากความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึมโดยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ได้สาเหตุสำคัญเกิดจากระดับอินซูลินและการตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินในร่างกาย โดยสามารถแบ่งกลุ่มอาการได้สองประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานประเภทที่ 1 เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลายกลุ่มเซลล์ที่อยู่ที่ตับอ่อน ทำให้ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ และโรคเบาหวานประเภทที่ 2 เกิดจากการที่เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินแม้ว่าจะยังมีการสร้างและมีการไหลเวียนของฮอร์โมนอินซูลินในเลือด[1] โรคเบาหวานกำลังทวีความรุนแรงขึ้นในประเทศไทยอย่างน่ากังวล โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 300,000 ราย ส่งผลให้ยอดผู้ป่วยสะสมพุ่งสูงถึง 3.3 ล้านรายในปี พ.ศ. 2565 ที่น่าตกใจคือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปอีกกว่า 5 ล้านคนยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ทั้งที่การคัดกรองอย่างน้อยปีละครั้งสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและเสียชีวิตได้[2] จากการศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC (Health Data Service Center) ของจังหวัดยะลา[3] พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565 – 2567 จำนวน 16,789, 17,676 และ 18,537 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 3.71, 3.92 และ 4.13 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัด ตามลำดับ และจากการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 83.40 กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.47 กลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 0.99 กลุ่มนอกเกณฑ์ ร้อยละ 0.14 สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอยะหา ปี พ.ศ. 2565 – 2567 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 1,448, 1,475 และ 1,535 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.92, 3.01 และ 3.13 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของอำเภอยะหา ตามลำดับ อีกทั้งจากการให้บริการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเชิงรุกในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา พบว่า ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป มีอัตราความเสี่ยงโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2565 – 2567 จำนวน 3,346, 3,094 และ 3,415 ราย ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 22.13, 20.77 และ 23.26 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวหน่วยงานทางด้านสุขภาพได้พยายามจัดการกับปัญหาด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลาย ทั้งการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่น การไม่แสดงอาการใดๆ ของโรคเบาหวาน ทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 - 125 mg/dL และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ ไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาร้ายแรงที่

ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว จึงไม่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ร่วมกับการได้รับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพยังไม่ทั่วถึง อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงโดยทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ทั้งนี้หากกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน[4] ร่วมกับการมีทักษะในการวางแผนการแก้ปัญหา และการจัดการกับอุปสรรคด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินชีวิตตามแผนการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง[4]

การจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค[5] เอ (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support)[5] ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประกอบด้วย 5 ขั้นตอนในการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา (Assess) 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะ (Advise) 3) การตั้งเป้าหมาย (Agree) 4) การวางแผน (Assist) และ 5) การติดตามประเมินผล (Arrange) ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น[7,8,10,11,12] ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค[5] 5 เอ มาใช้ในการสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และจากการศึกษาพบว่า ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของตัวกลุ่มเสี่ยงให้ได้มากที่สุด ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค[5] 5 เอ นั้นเป็นรูปแบบการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละบุคคลชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับเป็นแนวทาง การพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประชาชนในเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมมติฐาน

1. ภายหลังเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

2. ภายหลังเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค[5] 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ซึ่งคาดว่าจะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองนี้แล้ว มีความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานดีขึ้น[7,8,10,11,12] ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[6,9,10] สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้ารับการคัดกรอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.1.9.6 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เป็นขนาดกลาง (Medium effect size) = .506 กำหนดความเชื่อมั่น = .05 และกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้ารับการคัดกรองในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา อำเภอยะหา ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สุ่มตัวอย่างโดยจัดสรรตามสัดส่วนของ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานแต่ละหน่วยบริการ (Proportional allocation) ซึ่งประกอบด้วย 11 หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข

ผู้วิจัยคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคคลที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 - 125 mg/dL และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ 2) เป็นบุคคลที่มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐานในเพศหญิง > 80 เซนติเมตร และในเพศชาย > 90 เซนติเมตร 3) เป็นบุคคลที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ในเพศหญิง > 23 kg/m^2 และในเพศชาย > 25 kg/m^2 4) อายุ 35 ปีขึ้นไป 5) ไม่มีความบกพร่องทางสติสัมปชัญญะ สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้มากกว่า 1 ครั้ง 2) สูญหายจากการติดตามผลภายหลังการทดลอง และ 3) ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยแพทย์ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะหา พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน โดยมีการแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย และอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดก่อนที่จะขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคนในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด หลังจาก

ที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลทันที และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้โมเดล 5 เอ ทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง (Assess) โดยการประเมินความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Advise) โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ ในส่วนที่บกพร่อง ขั้นตอนที่ 3) การตั้งเป้าหมาย ในการจัดการตนเอง (Agree) โดยการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ตามความสามารถในการจัดการตนเอง 2 เป้าหมาย 1) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และ 2) พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน และขั้นตอนที่ 4) การวางแผนการจัดการตนเอง (Assist) โดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุปัญหา/อุปสรรค และหาวิธีการแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ที่ 2 – 11 ปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานด้วยตนเองที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 ปฏิบัติขั้นตอนที่ 5) การติดตามประเมินผล ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองและการแก้ไข (Arrange) โดยติดตามปัญหา/อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจผ่านทาง line OA และลงเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรม SCPHYLIRB-2567/315 ลงวันที่ 26 กันยายน 2567 โดยมีการชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบก่อนการตัดสินใจ เช่น รายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่จะได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมอย่างสมัครใจด้วยตนเอง ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนตอบแบบสอบถาม และชี้แจงในส่วนของข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยจะเปิดเผยข้อมูลเฉพาะที่เป็นการวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และสถานะทางสุขภาพ
2. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน[1,2] ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามแบบถูก-ผิดคะแนนเต็ม 12 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ9 ดังนี้ ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 60.00 – 79.00 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ
3. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน[1,2] ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง เป็นบางครั้ง และ ไม่ปฏิบัติเลย คะแนนเต็ม 100 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[9] ดังนี้ 76 - 100 คะแนน อยู่ในระดับสูง 51 - 75 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และ 25 - 50 คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ[5] โดยมีส่วนประกอบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง (Assess) ประเมินความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อการเกิดโรคเบาหวาน ขั้นตอนที่ 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง (Advise) ให้ความรู้และฝึกทักษะ ในส่วนที่บกพร่อง ขั้นตอนที่ 3) การตั้งเป้าหมาย ในการจัดการตนเอง (Agree) ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ตามความสามารถในการจัดการตนเอง 2 เป้าหมาย คือ (1) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม และ (2) พฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน ขั้นตอนที่ 4) การวางแผนการจัดการตนเอง (Assist) อภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุปัญหา/อุปสรรค และหาวิธีการแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 5) การติดตามประเมินผล ปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองและการแก้ไข (Arrange) ติดตามปัญหา/อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมทั้งกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจผ่าน

ทาง Line OA ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 และทำการประเมินพฤติกรรมการจัดการ และระดับน้ำตาลในเลือดที่ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ และเปรียบเทียบผล ในสัปดาห์ที่ 12

2. แผนการสอน เรื่อง การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานด้วยตนเอง[1,2] ประกอบด้วยเนื้อหา โรคเบาหวาน และแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

3. คู่มือ “การจัดการตนเองที่บ้านสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน”[1,2] สำหรับให้กลุ่มตัวอย่างใช้ในการทบทวนเนื้อหาด้วยตนเองที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (item-objective congruence: IOC) ของคู่มือฯ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินพฤติกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1.00, 1.00 และ .95 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้ โดยวิธี KR-20 เท่ากับ .83 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน (ความถี่) Kolmogorov - smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ จึงได้ทำการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ก่อน และหลังได้รับโปรแกรม โดยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์กัน (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.30 อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 55.60 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.80 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 48.10 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.10 ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง 96.30 ค่าดัชนีมวลกายมีค่าต่ำสุดเท่ากับ 23.00 kg/m^2 สูงสุดเท่ากับ 37.30 kg/m^2 ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 28.97 kg/m^2 (SD = 4.30) ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหาร 6 ชั่วโมง (DTx) มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 80 mg/dL สูงสุดเท่ากับ 130 mg/dL ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 105.26 mg/dL (SD = 8.25)

ตาราง 1 ระดับความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n = 27)

	ระดับความรู้		ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	23	85.20	4	14.80
ระดับปานกลาง	4	14.80	23	85.20
ระดับต่ำ	0	0	0	0
	Mean = 1.15, SD = .36		Mean = 2.15, SD = .36	

จากตาราง 1 พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.20 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.20

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n = 27)

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	10.89	1.22	11.33	1.04	-1.894	.069
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน	77.63	6.30	87.33	4.74	-11.068	.000*

*p-value < .05

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -1.894) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ภาพรวม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -11.068)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (n = 27)

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด	105.26	8.25	99.33	9.51	3.935	.001*

*p-value < .05

จากตาราง 3 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 105.26 mg/dL (SD = 8.25) และหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.33 mg/dL (SD = 9.51) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม พบว่าลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 3.935)

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การประเมินปัญหา การฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[7,8,10,11,12] ที่แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวกได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยเทคนิค[13] 4 ป. ซึ่งประกอบด้วยการประเมินปัญหา ปรับความเข้าใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และประสานงาน พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมลดการบริโภคน้ำอัดลม มีการรับรู้ระดับน้ำตาลในเครื่องดื่มน้ำอัดลม และอ่านฉลากก่อนตัดสินใจ โดยการเลือกเครื่องดื่ม zero ทดแทน ซึ่งมีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับงานวิจัยนี้ที่มีการสนับสนุนการจัดการตนเองให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากงานวิจัยนี้ผู้วิจัย

มีการใช้กระบวนการจัดการตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีการสะท้อนกลับในประเด็นพฤติกรรมที่ยังต้องปรับปรุงให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานบางรายเป็นระยะ มีการให้ความรู้และทางเลือกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ตระหนักถึงอันตรายจากการป่วยเป็นโรค ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น จากงานวิจัยยังพบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนช่วยเพิ่มทางเลือกหลากหลายในการตัดสินใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านอาหารตั้งแต่ระยะเริ่มต้นไปจนสู่การปรับเปลี่ยนอย่างยั่งยืน อีกทั้งการเน้นย้ำความรู้ การให้กำลังใจ การตอบข้อสงสัย การประเมินการปฏิบัติตามเป้าหมายการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (Line OA) ซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุนรายบุคคล สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น[14,15] นอกจากนี้ การที่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางกล่องข้อความได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแอดมินคือพยาบาล/ผู้วิจัยตอบคำถามทันที และมีการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะหลังจากการให้คำแนะนำไปแล้ว 1 สัปดาห์ ที่เมนู “ถาม-ตอบ” รวมถึงการออกแบบให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ซ้ำได้ตลอดเวลาที่เมนู “ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน” ซึ่งกลไกเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และส่งผลดีต่อความมั่นใจสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลทางไกลในด้านการดูแลสุขภาพในรูปแบบแอปพลิเคชันต่างๆ ที่พบว่าการใช้ระบบติดตาม วิดีโอคอล ไลน์ โทรศัพท์ อีเมล ภาพและวิดีโอ ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้รับบริการได้จริง[16]

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 55.56 อาจด้วยมีปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังตัวอย่างข้อความจากการติดตามการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง “ช่วงนี้ต้องออกไปกินเลี้ยงนอกบ้านบ่อย” (P3) “ไม่มีเวลาเตรียมกับข้าว จะออกกำลังกายก็ไม่มีเพื่อนออก” (P14) ปัจจัยภายใน ดังตัวอย่างข้อความ “อยากกินทุกอย่างที่ขวางหน้า” (P11) “ชาเย็น ชาเขียว ชาดำ ถ้าไม่หวานก็ไม่อร่อย” (P21) “รู้ว่าต้องปรับแบบไหน แต่ก็อดใจไม่ได้ทุกที” (P17) ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[6,9,10] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อาจเนื่องจากการใช้รูปแบบการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยแนวคิดการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5 เอ เป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างจริงจัง และการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน ตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกสิ่งที่ตนเองสนใจ ให้ความรู้แบบการมีส่วนร่วมไม่ขัดกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ฝึกทักษะให้สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสนใจตัวเองอย่างจริงจัง เน้นการแก้ปัญหาโดยตัวกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเอง โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่ไม่ขัดกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ มีการทบทวนกระบวนการ เป้าหมาย ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานกังวลในระหว่างการเยี่ยมติดตามเพื่อปรับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นแบบเฉพาะของตนเอง (Self-regulation) โดยที่บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นและเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่คาดหวังของตนเอง และจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมเด่นของแนวทางการจัดการตนเองนี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย โดยให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในแต่ละสัปดาห์ ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานด้วยตนเอง อีกทั้งผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (Line OA) เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำปรึกษากรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องของการปรับพฤติกรรมใหม่ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร เครื่องมือ และระบบการติดตาม รวมถึงการปรับเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย เช่น แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (Line OA) หรือช่องทางออนไลน์อื่น ๆ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ไขปัญหา อุปสรรค และได้รับการเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงและกลุ่มควบคุม หรือการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือสูงที่สุดในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม โดยมีการใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลและติดตามผลการจัดการตนเอง และควรมีการใช้เครื่องมือวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบต่อเนื่อง เพื่อบันทึกข้อมูลอย่างแม่นยำและต่อเนื่อง

References

1. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. 1th ed. Srimuang Printing; 2023. (in Thai)
2. Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. Public Health Statistics a.d. 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
3. Ministry of Public Health. Screening of population aged 35 and above at risk of diabetes in Health Area 12, Yala Province, Yaha District, fiscal year 2024. Health Data Center: HDC; 2024. (in Thai)
4. Pitchalard K, Reangsing C, & Moonpanane K. Development of type 2 Diabetes Preventive Model for Diabetes Risk Group in Community, Chiang Rai Province. Journal of nursing Science Chulalongkorn University. 2016; 28(3):132-46. (in Thai)
5. Glasgow RE, Emont S, & Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006;21(3):245–55.
6. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
7. Sitthiban S, & Jantasuwan R. A Self-Management Guideline of People at Risk of Diabetes in Tambon Ban Lamnao, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health and Pedagogy. 2023;3(3):1-17. (in Thai)
8. Suwan K, Chehhoh S, & Sehbbarkor N. Effects of a Self-Management Support Program on Self-Management Behavior to Slowing Progressive in Patients with Chronic Kidney Disease at State 1-2. Kuakarun Journal of Nursing. 2023;30(2):256-68. (in Thai)
9. Bloom B.S. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964.
10. Sirisuwan P. Effects of Health Promotion Programs for Prevention New Case of Diabetes Mellitus in a Diabetes Risk Group in Singkok Sub-District, Kasetwisai District, RoiEt Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2018;8(1):45-58. (in Thai)

11. Wongta W, Thidjuntuk U, Nuansa N, Saerknak C, & Ketsri P. Effects of a self-Management supporting program for diabetes mellitus risk group who received services at the Wellness Center in Roi Et hospital. Journal of Research and Health Innovative Development. 2024;5(2):359-69. (in Thai)
12. Singburan P, & Phinyo K. The Effect of A Self-Management Support Program on Dietary Knowledge and Behavior of Type 2 Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease Nontan Subdistrict, Nongrua District, Khonkaen Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):149-58. (in Thai)
13. Baramee P, & Boon-ong J. Behavior change among the high-risk group of diabetes using the 4 principles: A case study of the high-risk group of diabetes in Ban Klang sub-district, Wang Thong district, Phitsanulok province. Multidisciplinary Journal for Health. 2023; 5(1):25-37. (in Thai)
14. Suwanpukdee S, & Wangwonsin A. Factors affecting self-care behavior for delaying the deterioration of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients, Plak Raet sub-district, Bang Rakam district, Phitsanulok province. Disease Control Journal. 2021;47(1):655-63. (in Thai)
15. Vasur A, Wirojratana V, Watanakijkrilert D, & Assantachai P. Effects of Self-Regulation Program on Self-Management Behaviors using Telehealth in Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):82-90. (in Thai)
16. Phosuwan A, Voraroon S, Jaiyungyuen U, & Peawnalaw S. The Use of Tele-Nursing Technology in Caring for Elderly People with Chronic Illnesses and Reducing Hospital Readmissions: A Systematic Review. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi. 2024;7(1):131-46. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

Factors Influencing Smoking Behavior of Patients with Comorbid Hypertension : A Case Study of Community in The Area of Responsibility of Ramathibodi Hospital

นิภาวรรณ ศรีโยหะ* รุ่งทิวา เสาวนีย์
Nipawan Sriyoha* Rungtiwa Saowanee
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ตามแนวคิด PRECEDE MODEL กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี 100 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และการถดถอยแบบไม่อิงพารามิเตอร์

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 25-81 ปี สถานภาพคู่ จบมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ 10,001-15,000 บาท/เดือน ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน อาศัยในชุมชนเมืองและชุมชนแออัด สูบบุหรี่ 10-20 มวน/วัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ระดับปานกลาง ปัจจัยนำ (ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยเอื้อ (สภาพแวดล้อมของชุมชน) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แต่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Exact Sig.=.005)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาโปรแกรมและกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ดีขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง แนวคิดพรีซีดโมเดล ชุมชน

Abstract

This descriptive research aimed to study smoking behaviors and factors influencing smoking behaviors of patients with comorbid hypertension in the community under the responsibility of Ramathibodi Hospital, using the PRECEDE MODEL. The sample consisted of 100 patients with comorbid hypertension in the community under the responsibility of Ramathibodi Hospital, selected purposive sampling. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher exact probability test,

Corresponding author: *E-mail: esafos123@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

Spearman rank correlation coefficient and non-parametric regression (NPR).

The research results found that the majority of the sample group were male, age range 25-81 years, married, completed secondary education, general laborers, having income between 10,001-15,000 baht/month, income was not enough and required a loan, living in urban and crowded communities, smoking 10-20 cigarettes/day, moderate smoking behavior, predisposing factors (stress, knowledge, attitude and self-efficacy), reinforcing factor (social support) and enabling factor (community environment) did not influence smoking behaviors. However, it was found that the community environment was significantly related to smoking behaviors at the .05 significance level (Exact Sig.=.005).

Recommendations: Smoking cessation programs and activities should be developed for hypertensive patients, involving the community in creating an environment conducive to improving smoking behaviors.

Keywords : Smoking behaviors, Hypertension, PRECEDE Model, Community

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ปี พ.ศ. 2562-2563 พบประชากรไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 13 ล้านคน[1] โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่กระแสเลือดในหลอดเลือดแดงมีแรงดันสูงกว่าค่ามาตรฐาน คือ ค่าความดันซิสโตลิคสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันไดแอสโตลิคสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ การไม่มาตรวจตามนัด การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ภาวะอ้วน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน และการสูบบุหรี่[2,3,4]

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น[5] โดยทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท[6] การสัมผัสควันบุหรี่สม่ำเสมอส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนเร็วขึ้น 2-3 เท่า[2] เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยการลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แต่ส่วนใหญ่ยังคงเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้[2,7] เนื่องจากมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน บางรายพยายามเลิกแต่กลับล้มเหลวและกลับมาสูบซ้ำ[2] การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมากมาย[6] แต่ประชากรไทยรู้หรือเชื่อว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพียงร้อยละ 68.17[8] ซึ่งถือว่าน้อยเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ ในบางรายแม้จะรับรู้ถึงผลของการสูบบุหรี่ที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง แต่กลับไม่เห็นถึงความสำคัญในการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่[2]

จากการศึกษาแนวคิด PRECEDE MODEL ที่มีพื้นฐานว่าสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดจากหลายสาเหตุ (Multiple factors) พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล[9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ได้แก่ เพศ[10] ความเครียด[11,12,13] ความเพียงพอของรายได้[10,14] ระดับการศึกษา[14] ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่[15] ความตระหนักรู้ถึงผลเสียของการสูบบุหรี่[6] ความเคยชิน[6] ความเชื่อเกี่ยวกับการสูบบุหรี่[6,15] ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่[10,12,14,15,16] ความเชื่ออำนาจภายในตน[12,13,17,18] ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากแหล่งต่าง ๆ[11] การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ[6] อิทธิพลของกลุ่มสังคม/กลุ่มเพื่อน[10] การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่[11,12] และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ได้แก่ การเข้าถึงแหล่ง/สถานที่ซื้อหา[10,11] กลยุทธ์ผู้ผลิต/ผู้จำหน่ายและแหล่งซื้อ[6] สภาพแวดล้อมของชุมชน[6,14,18] ซึ่งทั้งสามปัจจัยจะนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ยั่งยืนถาวร[6]

จากรายงานข้อมูลสำรวจสุขภาพ 8 ชุมชนพื้นที่รับ

ผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดีปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 27.51 และพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 26.96[19] สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในหลายกลุ่มประชากรและหลากหลายบริบท แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นนี้เพราะหากระบุได้ว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ย่อมนำไปสู่การหาวิธีป้องกันและวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ทั้งต่อตัวผู้สูบและบุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากควันบุหรี่ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอาการรุนแรงมากขึ้นและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

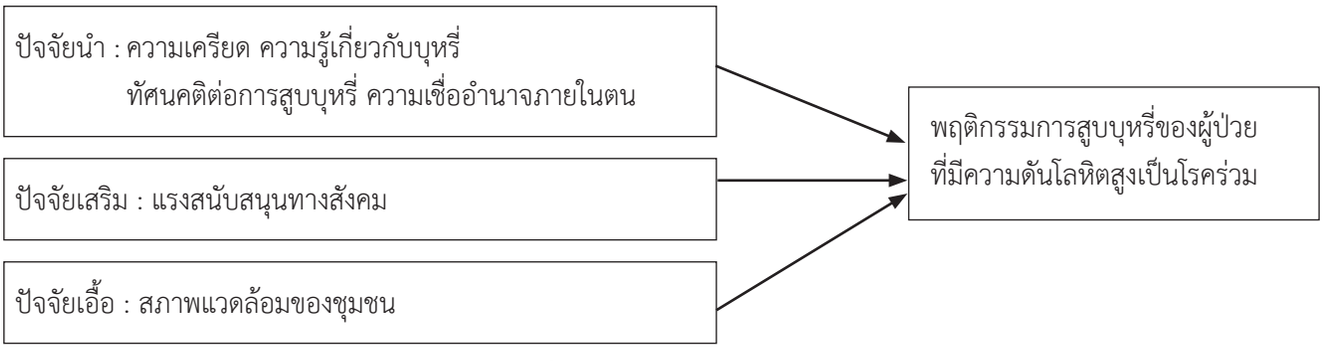
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สภาพแวดล้อมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทั้งสามปัจจัยมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประยุกต์ใช้ได้ทุกช่วงวัยทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน[9] โดยใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมสรุปเป็นตัวแปรที่นำมาศึกษา ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมและมีประวัติสูบบุหรี่ 3) อาศัยอยู่ใน 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ ชุมชนซอยสวนเงิน ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชนแดงบุหงา ชุมชนเพชรบุรีซอย 7 ชุมชนหลังกรมทางหลวง ชุมชนมั่นสิน ชุมชนโค้งรถไฟยมราช และชุมชนสระแก้ว 4) อ่านและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ปฏิเสธ/ขอถอนตัวออกจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดขนาด

อิทธิพลปานกลาง (f^2) 0.15 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 108 คน แต่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมด 105 คน drop out 5 คน (ร้อยละ 4.76) ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล คือ 100 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถานที่วิจัย คือ 8 ชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้พื้นที่บริเวณบ้านของกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ส่วนกลางของชุมชน มีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและกรอกแบบสอบถาม ใช้เวลา 30-60 นาที/คน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาเก็บข้อมูลประมาณ 8 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส COA. NO. MURA2023/670 วันที่ 10 กันยายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามยินยอม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและทำลายข้อมูลทิ้งหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 11 ข้อ คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะชุมชนที่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ และจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด[20] 5 ข้อ ให้เลือกระดับคะแนน 0-3 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับบุหรี่[21] 23 ข้อ ให้เลือกตอบถูก/ผิด/ไม่ทราบ ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติต่อการสูบบุหรี่[21] 18 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่[21] 17 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 6 แบบสอบถามข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่[21] 14 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่[21] 29 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย และปฏิบัติน้อยที่สุด แบบสอบถามประยุกต์จากแบบสอบถามของศริยา ลาวัณยภิรักษ์[21] ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้ 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียด 0.79 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 0.74 แบบประเมินทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ 0.75 แบบประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่ 0.82 แบบสอบถามข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ 0.81 และแบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ตรวจสอบพบการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ทำให้ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติแบบ Parametric จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และการทดสอบความน่าจะเป็นของฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test) วิเคราะห์หาอิทธิพลด้วยสถิติการถดถอยแบบไม่อิงพารามิเตอร์ (Non-parametric regression: NPR)[22]

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 74 อายุระหว่าง 25-81 ปี พบอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61 รองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 28 สถานภาพคู่ ร้อยละ 47 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 38 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 70 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 45 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10,001-15,000 บาท/เดือน ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 40 ลักษณะชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมือง ร้อยละ 74 รองลงมาคือ ชุมชนแออัด ร้อยละ 23 มีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 93 จำนวนบุหรี่ที่สูบอยู่ระหว่าง 1-40 มวน/วัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ 10-20 มวน/วัน ร้อยละ 73

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 73 ระดับดี ร้อยละ 21 และระดับไม่ดี ร้อยละ 6 ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 46 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระดับต่ำ ร้อยละ 49 ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 71 ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 87 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ระดับปานกลาง ร้อยละ 78 ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมเป็นชุมชนเมือง[23] คือ

บ้านเรือนอยู่รวมกันค่อนข้างหนาแน่นแต่ไม่แออัด มีสาธารณูปโภค สาธารณูปการและการคมนาคมสะดวก ร้อยละ 74 ชุมชนแออัด[23] คือ บ้านเรือนหนาแน่น ประชาชนอยู่อย่างแออัด ร้อยละ 23 และชุมชนอาคารสูง[23] คือ ชุมชนที่มีสภาพเป็นแฟลต คอนโดมิเนียม อพาร์ตเมนต์ หรืออาคารอย่างอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน ร้อยละ 3

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าสภาพแวดล้อมของชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Exact Sig.= .005) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมของชุมชนกับระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

สภาพแวดล้อมของชุมชน	ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่			Exact Sig.
	ไม่ดี n (%)	ปานกลาง n (%)	ดี n (%)	
ชุมชนแออัด	1 (4.3)	15 (65.2)	7 (30.4)	.005
ชุมชนเมือง	3 (4.1)	58 (78.4)	13 (17.6)	
ชุมชนอาคารสูง	2 (66.7)	0 (0)	1 (33.3)	

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่พบตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ตัวแปร	b	SEb	β	t	p-value	Tolerance	VIF
ความเครียด	-.081	.045	-.177	-1.780	.078	.948	1.055
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	.124	.066	.186	1.888	.062	.970	1.031
ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	-.101	.108	-.092	-.930	.355	.964	1.037
ความเชื่ออำนาจภายในตน	-.227	.151	-.157	-1.509	.135	.866	1.155
แรงสนับสนุนทางสังคม	.136	.125	.113	1.085	.281	.867	1.153
สภาพแวดล้อมของชุมชน	-1.60	.086	-.182	-1.867	.065	.986	1.014
Constant	2.721	.454		5.993	.000		

$R = .358$; $R^2 = .128$; $R^2 = .072$; $SE_b = .482$; overall $F = 2.279$; $p = .043$

จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติวิเคราะห์หาอิทธิพลเป็น Non-parametric regression (NPR) แทนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปรับมาตรวัดของตัวแปรต้นและตัวแปรตามให้เป็นมาตรวัดเรียงอันดับ โดยใช้ระดับคะแนนของแต่ละตัวแปรมาวิเคราะห์ข้อมูล[22] ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ตัวแปรต้น คือ ระดับความเครียด ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมของชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม คือ ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป ผลการวิเคราะห์หาอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ที่มีต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ปัจจัยนำ (ความเครียด ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และความเชื่ออำนาจภายในตน) ปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัยเอื้อ (สภาพแวดล้อมของชุมชน) ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ (Knowledge) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับหลายการศึกษา[15,18] แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาในไทย[24] อธิบายตามโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of change model)[25] ที่ว่าบุคคลมีความพร้อมหรือรับการถูกจูงใจแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อาจอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นแรก คือ ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation) เป็นขั้นที่ไม่คิดเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ยังมีความสุขจากการได้สูบบุหรี่ มองไม่เห็นผลเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น การมีความรู้หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ (Attitude) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลายการศึกษา[10,12,18] กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงบวกและไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในเชิงลบเลย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาจมองว่าการสูบบุหรี่เกิดผลดีกับตนเองมากกว่าผลเสีย ทั้งนี้เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นเพชฌฆาตเงียบ หากควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ป่วยมักไม่มีอาการที่ชัดเจน[26] ทำให้ผู้ป่วยไม่คิดว่าตนเองเกิดปัญหาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Self-efficacy) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับหลายกาศึกษา[12,13,17,24,27,29] สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเชื่ออำนาจควบคุม (Locus of control theory)[28] ที่มีความใกล้เคียงกับทฤษฎีความเชื่ออำนาจภายในตน (Self-efficacy theory) ที่ว่าความเชื่ออำนาจควบคุมของบุคคลมี 2 ประเภท คือ ความเชื่ออำนาจในตนและความเชื่ออำนาจนอกตน กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่ออำนาจนอกตนมากกว่าความเชื่ออำนาจในตน อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมและสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง บางครั้งไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและมีความรุนแรงเพียงใด ส่งผลต่อจิตลักษณะด้านความเชื่ออำนาจในตน ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าปัจจัยภายนอกมีอิทธิพลในการควบคุมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตน ส่งผลให้มีความเชื่ออำนาจนอกตนเพิ่มขึ้น[28]

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่ ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ แต่ผลจากการศึกษากลับพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่เลย ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE MODEL ที่ว่าปัจจัยเสริมเป็นแรงเสริม/แรงกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[9] อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับบุหรี่จากกลุ่มบุคคลดังกล่าวไม่มากพอที่จะเป็นแรงเสริม/แรงกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา[18,29] แต่ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ในชายไทยที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[24]

ความเครียด (Stress) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษา[30] ที่พบว่า การรับรู้ความเครียด (Perceived stress) ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณการสูบบุหรี่ (Cigarette consumption amount) และสถานะการสูบบุหรี่ (Smoking status) โดยการรับรู้ความเครียดอาจเป็นเพียงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เริ่มสูบบุหรี่ เหตุผลที่สูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นการเสพติดที่เกิดขึ้นในร่างกายจากตัวรับนิโคติน (Nicotine receptors) ที่เพิ่มมากขึ้นจากการสูบบุหรี่ แต่ไม่

สอดคล้องกับหลายการศึกษา[12,13] ที่พบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย แต่กลับระบุว่าสาเหตุที่สูบบุหรี่เกิดจากมีเรื่องให้คิด/ตัดสินใจ/เครียดกังวล ร้อยละ 46 เพื่อคลายความเครียด ร้อยละ 54 เมื่อมีปัญหาครอบครัว ร้อยละ 41 และขณะกำลังใช้ความคิด ร้อยละ 52 ซึ่งขัดแย้งกับผลคะแนนประเมินความเครียด การที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่ามักสูบบุหรี่เมื่อเกิดความเครียด ทั้งนี้อาจเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ความเครียด เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หรืออาจเกิดจากความเคยชิน ความเครียดมักถูกใช้เป็นข้ออ้างในการสูบบุหรี่[29] หรือที่กลุ่มตัวอย่างต่างเข้าใจว่าเป็นความเครียด แท้จริงแล้วอาจเป็นอาการของการขาดนิโคติน (Nicotine withdrawal symptoms) เมื่อสูบบุหรี่นิโคตินจะเข้าสู่สมองภายใน 6-10 วินาที กระตุ้นสมองส่วนกลางและสารสื่อประสาทโดปามีนทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นเวลานานจะมีภาวะติดนิโคติน หากไม่ได้สูบบุหรี่ ปริมาณนิโคตินในสมองลดลงจะรู้สึกไม่สบาย หงุดหงิด และเครียดในเวลาต่อมา หลายคนจึงให้เหตุผลของการสูบบุหรี่ว่าเพื่อความผ่อนคลาย แต่เหตุผลที่แท้จริงคือเพื่อคงระดับนิโคตินไว้ในร่างกาย[29]

สภาพแวดล้อมของชุมชน (Community environment) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดีมีลักษณะเป็นชุมชนเมืองที่อยู่ใจกลางกรุงเทพมหานคร เดินทางสะดวก มีทั้งร้านค้าสะดวกซื้อและร้านค้าแบบโชห่วยจำนวนมาก เป็นสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย แม้จะมีพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดช่วงอายุในการซื้อขายบุหรี่และห้ามไม่ให้มีการแบ่งขายผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ แต่ร้านค้าแบบโชห่วยหลายร้านในชุมชนยังมีการแบ่งขายบุหรี่อยู่ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหาซื้อบุหรี่ได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมของชุมชนมีประชากรค่อนข้างหนาแน่นและแออัด การได้เห็นและได้กลิ่นบุหรี่จึงเกิดขึ้นได้ง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความอยากสูบบุหรี่มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้รับสิ่งกระตุ้นที่เป็นปัจจัยเชิงสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่เย้ายวน เช่น เห็นเพื่อนสูบบุหรี่ เพื่อนที่สูบบุหรี่วนเวียนมาชักชวนให้สูบ การดื่มสุราและมีคนสูบบุหรี่ในวงสุรา การได้กลิ่นควันบุหรี่ การเดินผ่านร้านค้าที่มีบุหรี่จำหน่าย เป็นต้น เป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปสูบบุหรี่อีกได้[31] อธิบายได้ตามแนวคิดความรู้สึกอยากยาเสพติด[32] ที่มี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบของกระบวนการทางความคิด (Cognitive model) ความรู้สึกอยากเป็นผลมาจากกระบวนการคิดของบุคคลที่มีต่อตัวกระตุ้น (Activating stimuli) ทั้งตัวกระตุ้นภายใน ได้แก่ อารมณ์ทางบวก เช่น ดีใจ พึงพอใจ เป็นต้น และอารมณ์ทางลบ เช่น วิตกกังวล เศร้า เครียด หิว เหนื่อย เหงา เป็นต้น และตัวกระตุ้นภายนอก ได้แก่ ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ยาและสารเสพติด สถานที่เคยเสพยาเสพติด ผลของการประเมินค่าตัวกระตุ้นเหล่านี้จะมีผลต่อความเชื่อพื้นฐาน (Beliefs activated) เช่น เชื่อว่าเมื่อได้เสพแล้วทำให้หายเหนื่อย หายเครียด หายกังวล หายเศร้า เป็นต้น ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thought) เพื่อสนับสนุนให้ต้องใช้ยาเสพติด จากนั้นความรู้สึกอยาก (Psychological craving) และความต้องการยาเสพติดก็จะเกิดขึ้นตามมา และ 2) รูปแบบทางกายวิภาคของระบบประสาท (Neuroanatomical model) เมื่อใช้ยาเสพติดสมองจะหลั่งโดปามีนไปกระตุ้นและออกฤทธิ์บริเวณสมองส่วนความพึงพอใจ เกิดความคิดและพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ เกิดความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับความสุขที่ได้รับจากการใช้ยาเสพติด เมื่อไม่ได้ใช้ยาเสพติดจะส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด ทำให้เกิดความรู้สึกอยากและแสวงหายาเสพติดมาใช้[32] แนวคิด PRECEDE MODEL ระบุว่า อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเอื้อที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) ซึ่งช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น[9] ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง ลักษณะสภาพแวดล้อมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดีที่ทำให้เข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายดังที่อธิบายไว้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และลักษณะการพักอาศัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[33] และมีการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มาจากสภาพแวดล้อม[14]

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีอิทธิผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มี

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาอื่น ๆ ส่วนใหญ่ศึกษาในชุมชนต่างจังหวัดที่มีบริบททางสังคมแตกต่างจากชุมชนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นชุมชนเมืองและชุมชนแออัด อาจมีตัวแปรกวน (Confounding variables) เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามแม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม แต่พบว่ามี 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย คือ สภาพแวดล้อมของชุมชน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเปรียบเทียบที่ชัดเจนมากขึ้น และได้ข้อมูลสรุปอ้างอิงที่กว้างขวางขึ้น

2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชน โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่หมาะสมเพื่อลดตัวแปรกวนที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ระดับการติดนิโคติน ความยากง่ายในการเข้าถึงบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

3. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้ข้อมูลจากวิจัยครั้งนี้วางแผนกิจกรรมในการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยในงานประจำ (R2R) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีงบประมาณ 2567

References

1. Charoendee K, Boribun N, Butchumsaeng A, & Rungruang S, editors. Annual report 2022, Noncommunicable Disease Division. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022. (in Thai)
2. Thajang S, Saowaphan J, & Thanomsap R. Systematic review of minimizing cigarette smoke exposure for hypertensive patients. Proceedings of The 2nd National Conference RTUNC 2017; 2017 July 26-27; Ubonratchathani, Thailand. (in Thai)
3. Pougnet R, Pougnet L, Loddé BL, Canals-Pol ML, Jegaden D, Lucas D, et al. Cardiovascular risk factors in seamen and fishermen: review of literature. International Maritime Health. 2013;64(3):107-13.
4. Chanchang C, Sithisarankul P, & Sangsuwan S. Comparison of prevalence and associated factors of hypertension between ship officers and in-land officers of the Royal Thai Navy. Royal Thai Navy Medical Journal. 2018;45(1): 154-69. (in Thai)
5. Campbell NR, Khalsa T, Lackland DT, Niebylski ML, Nilsson PM, Redburn KA, et al. High blood pressure 2016: why prevention and control are urgent and important. The Journal of Clinical Hypertension. 2016;18(8):714-17.
6. Department of Health Service Support. Changing smoking behavior for working people. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
7. Khumtaveeporn P, & Jirathummakoon S. Health management of hypertension elderly in urban community, Bangkok. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2):154-62. (in Thai)

8. Kongsakon R, & Pattanateepapon A. The situation report tobacco consumption in Thailand 2019. Bangkok: Sintaveekit Printing Limited Partnership; 2020. (in Thai)
9. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
10. Aubonban K, & Chanabun S. Smoking behavior and related factors of junior students who studying at secondary school that located in Khon Kaen province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2021;4(2):45-56. (in Thai)
11. Leeviroj P, Ngowtrakul B, & Koolkaew D. Factors affecting smoking behavior of out-of school adolescents and the effectiveness of development program of cognitive behavior therapy to reducing smoking behavior. University of the Thai Chamber of Commerce Journal, Humanities and Social Sciences. 2019;37(4):75-91. (in Thai)
12. Phramongkoldhammavithan, Srsthorng P, & Bangprasert C. Factors related to smoking behavior and smoking cessation behavior of teenagers in Thonburi district Bangkok. Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts). 2018;11(2):2282-309. (in Thai)
13. Chao-banbueng P, Sutheeprasert T, Soonthorn S, & Netsrithong S. Factors related to smoking among students at a vocational institution in Suphanburi province. Journal of Health Science of Thailand. 2023;32(Suppl2):S207-15. (in Thai)
14. Jinapan N. Factors associated with willingness to stop smoking of NCDs patients in the Sam Ngam district Phichit province. Phichit Public Health Research and Academic Journal. 2021;2(2).8-19. (in Thai)
15. Noysipoom N, Charoenphol S, & Pinichpan G. Perspectives and perceptions of older people on smoking cessation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):212-9. (in Thai)
16. Sangkaew R, Homsin P, & Srisuriyawet R. Factors associated with intention to quit smoking by males with chronic diseases. Journal of Public Health Nursing. 2019;33(Online):21-36. (in Thai)
17. Laochai W, & Preechawong S. Relationship between physical activity, self-efficacy, nicotine dependence and smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2021;32(1): 62–75. (in Thai)
18. Pintana Y, Jaruchawalit P, Waikasikorn M, & Thaweesaplamlert W. Factors affecting smoking behavior of staff in Buddhachinnarat Hospital Phitsanulok. Proceedings of the Public Health Conference Regional Health 2; 2020 Aug. 11-12; Phitsanulok, Thailand. (in Thai)
19. Community nursing service unit. Health survey data report of 8 communities in the area of responsibility of Ramathibodi Hospital. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2019. (in Thai)
20. Department of Mental Health. Stress assessment form (ST5). Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)

21. Lawanyapirak S. Factors effecting smoking behaviors of male personels in 6th operating room department of Phramongkutkloa Hospital.(Thesis). Bangkok: Kasetsart University; 2012. (in Thai)
22. Chaimay B. Choosing statistics in data analysis for health science research. ASEAN Journal of Scientific and Technological Reports. 2015;17(1):68-76. (in Thai)
23. Legislative Institutional Repository of Thailand. Bangkok regulations on community and community committees. Bangkok: National Assembly Library of Thailand; 2021. (in Thai)
24. Jianvitayakij S, Panpakdee O, Malathum P, Duffy SA, & Viwatwongkasem C. Factors influencing smoking cessation behavior among Thai male smokers with hypertension. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2014;18(2):100-1.
25. Prochaska JO, & DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984.
26. Chinnasee P, Sukonthasab S, & Lawthong N. Development of a health literacy hypertension test in Thailand. Journal of Health Research. 2020;34(6):475-83.
27. Yoosookcharoen J, Sumpowthong K, & Chompook P. Predictors of intention to quit smoking among patients with noncommunicable disease in Thammasat University. Journal of Public Health Nursing. 2018;32(2):137-54. (in Thai)
28. Bhanthumnavin D. Internal locus of control: measurement, importance and change. Journal of Social Development and Management Strategy. 2015;8(2):107-42. (in Thai)
29. Karom N, & Preechawong S. Predictors of short-term smoking cessation among patients with chronic diseases. Nursing Journal Chiang Mai University. 2015;42(1):1-11. (in Thai)
30. Genç M, & Altuntaş M. Perceived stress in life and smoking. Journal of Academic Research in Medicine. 2024;14(1):19-25.
31. Thajang S, Premmasawat N, & Panyathorn K. Community nursing roles in caring for elderly with hypertension and reducing tobacco smoke exposure. Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(1):219-30. (in Thai)
32. Nursing Academic Group. Managing cravings in among drug and addictive patients. Pattani: Thanyarak Pattani Hospital; 2021. (in Thai)
33. Thambamroong A. Factors associated with smoking behavior among employees of CTCI (Thailand) Co.Ltd.(Thesis). Bangkok: National Institute of Development Administration; 2009. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

The Effect of Health Behavior and Nutrition Care Process on Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) in Older Person with Chronic Kidney Disease at Subdistrict Health Promoting Hospital Nong-keaw Sisaket Province

รพีพรรณ สารสมัคร[1] เปรมฤดี เห็มหา*[1] ยุพาวดี แซ่เตีย[2]
Rapeephan Sansamak[1] Premrudee Hemha*[1] Yupawadee Sae-tia[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประเทศไทย (3300)
[1]Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand (3300)
[2]หอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33110
[2]Internal Medical Ward, Kantharalak Hospital, Sisaket, Thailand 33110

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อเปรียบเทียบระดับค่าอัตราการกรองของไตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 1- 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน จับคู่ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ แบบการประเมินค่าอัตราการกรองของไต ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีโดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR เพิ่มกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีค่าอัตราการกรองของไต eGFR เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไตเรื้อรัง, พฤติกรรมสุขภาพ

Corresponding Author: *Email: prem_hemha@kkumail.com

วันที่รับ (Received) 28 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 29 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 ส.ค. 2568

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aimed to study the effects of health behavior and nutrition care programs on estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) in older adults with chronic kidney disease at Subdistrict Health Promoting Hospital Nong-Keaw, Sisaket Province. The sample consisted of 30 older adults with chronic kidney disease stages 1 to 4. Participants were selected through purposive sampling and divided into two groups of 15 each: an experimental and control. The groups were matched based on gender, age, and education level. The experimental group received the health behavior and nutrition care program for six weeks. Research instruments included health behavior and nutrition care program, demographic questionnaire, Mini-Mental State Examination - Thai version 2002, Barthel's Index of Activities of Daily Living, Questionnaire on Perception of Food Consumption Behavior with a reliability score of .94, and an assessment form for estimated glomerular filtration rate (eGFR). The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and t-tests with a significance level at .05. The results showed that tolder adults with chronic kidney failure in the experimental group had significant increase in eGFR after the intervention. Moreover, the eGFR of experimental groups was significantly higher than that of the control group after the intervention.

Keywords: Older Persons, Chronic Disease, Health Behavior

บทนำ

การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทำให้มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น ไตวายเรื้อรังพบได้มากในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ต้องรักษาต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเมื่อโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย[1,2] เป้าหมายการดูแลเน้นให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ทั้งการควบคุมอาการ ลดอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพตามสมควร[3] ผู้สูงอายุที่ร่างกายเสื่อมลงและมีความเปราะบางมากขึ้น ทำให้การปรับตัวลดลงตามไปด้วย[4] ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีสุขภาพและความสามารถในการปรับตัวที่ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในชีวิตประจำวัน มักประสบปัญหาด้านจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลง[5] ปัจจัยที่ทำให้ไตเสื่อมในผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงไตเสื่อมสูงถึง 4 เท่า ทั้งนี้ความชุกของไตเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปมีความชุกเฉลี่ยร้อยละ 7.2 ขณะที่ผู้ที่อายุ 64 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 24.0 – 35.8[6] ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้และควบคุมได้ด้วยยา[7] เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความอ้วน การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง ซึ่งล้วนเร่งให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญของไตเสื่อม โดยเฉพาะเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ น้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องจะทำลายหลอดเลือดและเนื้อเยื่อของไต เพิ่มอัตราการกรองของหน่วยไต (GFR) และทำให้มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มักมีภาวะนี้ภายใน 5 ปีและอาจพัฒนาไปสู่ไตวายเรื้อรังภายใน 10–15 ปี โดยประมาณ 1 ใน 3 จะเข้าสู่ภาวะไตเสื่อมในที่สุด[8] การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถดำเนินการโดยใช้วิธีที่หลากหลายเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต เช่น การให้คำปรึกษาโดยทีมสุขภาพ การส่งเสริมการบริโภคอาหาร[3] การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อม[9] การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการสนับสนุนการจัดการตนเอง[10] การจัดระบบพยาบาลทีมสุขภาพ[11] อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาการป้องกันและการส่งเสริมการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในจังหวัดศรีสะเกษ

การรับรู้ถึงภาวะคุกคามทางสุขภาพกายและจิตใจเป็นแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (The Commonsense Model of Illness Representation) เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่นำไปสู่การจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยและความมุ่งมั่นในการเข้ารับการรักษาหรือการจัดการกับภาวะสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น[12] การรับรู้ภาวะคุกคามทางสุขภาพส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองในทางบวก ซึ่งช่วยตัดสินใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น เพิ่มความมุ่งมั่นและความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพ[13] ผู้วิจัยได้นำแนวคิดมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึกมาใช้พัฒนารูปแบบการดูแล (Intervention) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงโรค ความเจ็บป่วย และภาวะคุกคามของโรคซึ่งจะช่วยให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม ทั้งนี้ยังไม่พบว่ามีการประยุกต์แนวคิดนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาก่อน การพัฒนารูปแบบการดูแลในครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ชะลอความเสื่อมของไต ลดค่า eGFR ชะลอความจำเป็นในการล้างไตหรือปลูกถ่ายไต ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดความรุนแรงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคในผู้สูงอายุ

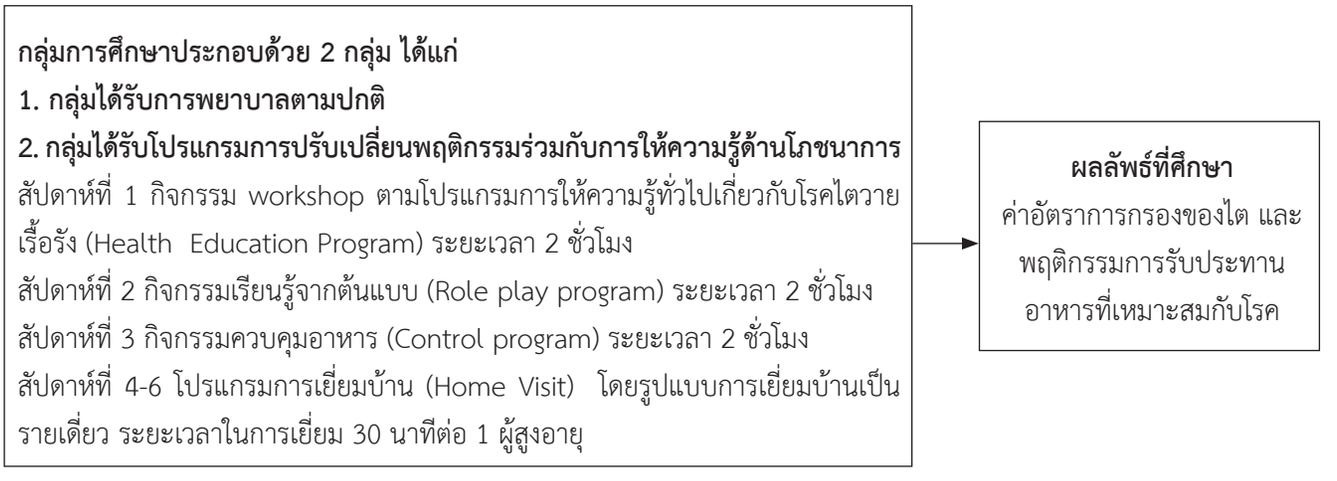
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไตและพฤติกรรม (การรับประทานอาหาร) ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับอัตราการกรองของไตและพฤติกรรม (การรับประทานอาหาร) ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีค่าระดับอัตราการกรองของไต เพิ่มกว่าก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีค่าระดับอัตราการกรองของไต เพิ่มกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2567 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 1–4 อาศัยอยู่ในตำบลหนองแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน โดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม PASS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอิทธิพลขนาดเล็ก .20[17] โดยผลวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 12.24 (SD = 11.57) และกลุ่มควบคุม 4.37 (SD = 7.99) เพื่อให้อำนาจทดสอบร้อยละ 80.46 และลดความผิดพลาดชนิดที่ 2 (Type II Error) จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย

กลุ่มละ 15 คน โดยใช้เกณฑ์จับคู่ (matched pair) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุแตกต่างไม่เกิน 5 ปี เพศ และระดับการศึกษา กิจกรรมจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว เป็นต้น 2) แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย 4) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 5) แบบสอบถามค่าอัตราการกรองของไตในเลือด

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการให้ความรู้ด้านอาหารและกิจกรรมฝึกปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางปฏิบัติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์ความรู้ทางโภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม ในส่วนของการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ นักกำหนดอาหาร และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต เพื่อประเมินความสอดคล้องของเนื้อหากับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Cronbach's alpha ได้ค่า .94 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลและแผนการให้ความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุไตวายเรื้อรัง ปรับแก้ตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง ก่อนเริ่มการทดลองหนึ่งสัปดาห์ ได้รับอนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว คัดเลือกผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center :HDC) ของ สสจ.ศรีสะเกษ อธิบายการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นนัดผู้ป่วยเจาะเลือดประเมินค่า eGFR (pre-test) ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม จำนวน 30 คน จับคู่ตามอายุ เพศ และการศึกษา แบ่งกลุ่มละ 15 คน จากนั้นจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้โรคไตวายเรื้อรัง, สัปดาห์ที่ 2 บทบาทสมมติ, สัปดาห์ที่ 3 ควบคุมอาหาร (ครั้งละ 2 ชั่วโมง) และสัปดาห์ที่ 4–6 เยี่ยมบ้านรายบุคคล ครั้งละ 30 นาทีต่อคน

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมขอความร่วมมือและให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นประเมินผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามความรู้และการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงตรวจค่า eGFR ในเลือด โดยผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปกติและมีการติดตามพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ก่อนนัดหมายครั้งที่สองในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินซ้ำทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการบริโภค และค่า eGFR หลังสิ้นสุดโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมชดเชยให้กลุ่มควบคุมเพื่อความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลอง และกล่าวขอบคุณพร้อมยุติสัมพันธภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-005 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติการทดสอบทีสำหรับกลุ่มอิสระสองกลุ่ม (Independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		ทั้งหมด (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	6	40.0	7	46.7	13	43.3
หญิง	9	60.0	8	53.3	17	56.7
อายุเฉลี่ย (ปี) (Mean=70.7; SD=6.8; Range=60-85)						
60-65	3	20.0	6	40.0	9	30.0
66-71	6	40.0	2	13.3	8	26.7
72-75	5	33.3	0	0.0	5	16.7
76 ปีขึ้นไป	1	6.7	7	46.7	8	26.7
สถานภาพสมรส						
อยู่ด้วยกัน	7	46.7	6	40.0	13	43.3
แยกกันอยู่	3	20.0	4	26.7	7	23.3
หม้าย	5	33.3	5	33.3	10	33.3
การศึกษา						
ไม่ได้เรียน	6	40.0	6	40.0	12	40.0
ประถม	9	60.0	9	60.0	18	60.0
โรคประจำตัว						
ความดันโลหิตอย่างเดียว	6	40.0	5	33.3	11	36.7
เบาหวาน	5	33.3	7	46.7	12	40.0
ทั้งคู่	4	26.7	3	20.0	7	23.3
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี) (Mean=8.5; SD=3.1; Range=5-15)						
1-5 ปี	5	33.3	6	40.0	11	36.7
5-10 ปี	7	46.7	8	53.3	15	50.0
11 ปีขึ้นไป	3	20.0	1	6.7	4	13.3
คะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร						
เพิ่มขึ้น	15	100.0	7	46.7	22	73.3
คงที่หรือลดลง	0	0.0	8	53.3	8	26.7

โดยรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 17 คน (ร้อยละ 56) อายุเฉลี่ย 60–65 ปี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 30) ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีคู่สมรสอยู่ด้วย 13 คน (ร้อยละ 43.3) ระดับการศึกษาเป็นประถมศึกษาสูงสุด 18 คน (ร้อยละ 60) ด้านโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน 12 คน (ร้อยละ 40) ระยะเวลาป่วย 5–10 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50) และคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น 22 คน (ร้อยละ 73.3) (ตาราง 1)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่า eGFR ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ค่า eGFR	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	p-value
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	52.03	20.44	0.61
กลุ่มควบคุม	15	55.85	20.10	
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	15	63.89	21.50	0.07
กลุ่มควบคุม	15	49.23	22.27	

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ในทุกกรณี ค่า eGFR เฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่า eGFR ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

ค่า eGFR	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	SD	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	15	52.03	20.44	<0.001
หลังทดลอง	15	63.89	21.50	
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	15	55.85	20.10	0.125
หลังทดลอง	15	49.23	22.27	

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต eGFR ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) โดยที่ค่า eGFR เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจาก 52.03 (SD=20.44) เป็น 63.89 (SD=21.50) (ตาราง 2 และ 3)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าระดับการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

การรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับการรับรู้	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	1.54	0.20	พอใช้	0.19
กลุ่มควบคุม	15	1.64	0.21	พอใช้	
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	15	2.34	0.22	ดี	<0.001
กลุ่มควบคุม	15	1.65	0.16	พอใช้	

เมื่อปรียบเทียบคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า คะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนการรับรู้ฯ เฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการต่อระดับอัตราการกรองของไต (eGFR) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง สามารถอภิปรายได้ตามสมมติฐานดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มกว่าก่อนการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการมีค่า eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากค่าเฉลี่ย 52.03 (S.D. = 20.44) เป็น 63.89 (S.D. = 21.50) และมีคะแนนการรับรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นจาก 1.54 (SD=0.20) เป็น 2.34 (SD=0.22) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 บ่งชี้ว่าโปรแกรมตามแนวคิด Self-Regulation Theory ของ Leventhal และคณะ[12] ช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้และเพิ่มเข้าใจโรคไตเรื้อรังได้ ผู้สูงอายุสามารถวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาการ เช่น การบริโภคโปรตีนที่เหมาะสม การลดการบริโภคน้ำตาล และการควบคุมโซเดียม นอกจากนี้การมีกิจกรรมเสริม เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล และการเรียนรู้จากต้นแบบ ยังช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลให้ค่าการทำงานของไตดีขึ้นอย่างชัดเจน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และแนวทางการดูแล ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการปรับพฤติกรรมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น[13] การเรียนรู้จากต้นแบบและการสังเกตตนเองผ่านกิจกรรมกลุ่ม การบันทึกพฤติกรรมและการสาธิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังมีเจตคติที่ดีต่อการปรับพฤติกรรมโภชนาการ[14] การควบคุมอาหารเพื่อแก้ปัญหาการบริโภคโปรตีน น้ำตาล และโซเดียมที่เหมาะสมส่งผลโดยตรงต่อการชะลอการเสื่อมของไตรวมถึงลดภาวะทุพโภชนาการ[15] อีกทั้งการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาซึ่งช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ และความสามารถในการประเมินตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น[16,17,18]

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต โดยเฉพาะในระยะก่อนฟอกเลือด โปรแกรมโภชนาการสามารถลดภาวะขาดสารอาหาร ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไต[19] และการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะกับบริบทและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญมากโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความหลากหลายทางพฤติกรรมสุขภาพ[20] ผลศึกษานี้ยืนยันว่า โปรแกรมให้ความรู้ด้านโภชนาการที่สร้างบนพื้นฐานทฤษฎีการกำกับตนเอง ไม่เพียงช่วยปรับพฤติกรรมแต่ยังส่งเสริมการทำงานของไต และอาจชะลอการเข้าสู่ระยะฟอกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ

สมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังมีระดับ eGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามสมมติฐานที่ 2 โดยค่าเฉลี่ย eGFR หลังการทดลองในกลุ่มทดลองอยู่ที่ 63.89 (S.D. = 21.50) และกลุ่มควบคุม 49.23 (S.D. = 22.27) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ถูกต้องจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้ด้านโภชนาการซึ่งประยุกต์แนวคิดมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้เกิดการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มาคุกคามสุขภาพโดยการสร้างมโนภาพซึ่งส่งเสริมการรับรู้ลักษณะของโรค สาเหตุ ระยะเวลาดำเนินโรค ผลกระทบ ตลอดจนการควบคุมอาการและการรักษา ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคเพิ่มขึ้น และมีการรับรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ปัจจัยความรู้สึกว่าตนเองมีความเสี่ยง (perceived threat) และมีความสามารถในการรับมือ (perceived efficacy) สามารถกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและสุขภาพได้[19,20] ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีจัดการกับโรคและอาการของโรคตามความรู้และประสบการณ์

ของตนเองได้อย่างเหมาะสม[14] นอกจากนี้ การสนทนาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มทดลองส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกันและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การขาดความรู้และการสื่อสารที่สอดคล้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยไตที่ได้รับบริการฉุกเฉินเท่านั้น[21] การเยี่ยมบ้านจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้พยาบาลเข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์ปัญหา แนะนำแนวทางแก้ไขตามบริบท และสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการควบคุมอาหาร ทั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับพฤติกรรมและให้ความรู้ด้านโภชนาการภายใต้แนวคิดมโนภาพการรับรู้ความเจ็บป่วย มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคไต 2) การเรียนรู้จากต้นแบบ 3) การควบคุมอาหาร และ 4) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับคำปรึกษา ข้อมูลย้อนกลับ และแรงจูงใจ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการจัดการกับโรคได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แนวทางการป้องกันโรค และการดูแลตนเองไว้ในโครงการฝึกอบรมของนักศึกษาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง และควรสนับสนุนให้นักศึกษาออกแบบกิจกรรมหรือโครงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มวัยทำงานหรือผู้ที่อยู่ในระยะเสี่ยงของการเกิดโรค เพื่อประเมินผลในเชิงการป้องกันก่อนเกิดโรค และออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมในระยะยาวมีการติดตามผลในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์และพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลและนโยบายสุขภาพในระดับชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2567

References

1. Aartsen M, & Jylha M. Onset of loneliness in older adults: Results of a 28-year prospective study. European Journal of Ageing. 2011; 8(1): 31-8.
2. Bekhet AK, & Zauszniewski JA. Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor. Archives of Psychiatric Nursing. 2012; 26(3): 214-24.
3. Burns N, & Grove SK. Study guide for the practice of nursing research conduct, critique andutilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2004.
4. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38(5): 300-14.
5. Graves SB, & Larki, E. Lessons from Erikson. Journal of Intergenerational Relationships. 2006; 4(2): 61-71.
6. Hacihasanoglu R, Yildirim A, & Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2012; 54(1): 61-6. (in Thai)
7. Hawkley LC, Preacher JT, & Cacioppo JT. Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. Health Psychology. 2010; 29(2): 124-9.
8. Hicks TJ. What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing. 2000; 26(8): 15-9.

9. Newall NEG, Chipperfield JG, & Bailis DS. Predicting stability and change in loneliness in later life. Journal of Social and Personal Relationships. 2013; 31(3): 1-17.
10. Promjun T. Depress loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkae home and private homes for the aged in Bangkok. (thesis). Bangkok : Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
11. Russell D. UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment. 1996; 66(1): 20-40.
12. Sihasidhi S. Relationships between body mass index daily – living practice health care access social support and health status and blood sugar level in type 2 diabetes patients. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai)
13. Pérez-Torres A, González García ME, Ossorio-González M, Álvarez García L, Bajo MA, Del Peso G, et al. The effect of nutritional interventions on long-term patient survival in advanced chronic kidney disease. Nutrients. 2021; 13(2): 121-5.
14. Paes-Barreto JG, Silva MI, Qureshi AR, Bregman R, Cervante VF, Carrero, et al. Can renal nutrition education improve adherence to a low-protein diet in patients with stages 3 to 5 chronic kidney disease? Journal of Renal Nutrition. 2013; 23(3): 164-71.
15. Rolf K, & Januszko O. Risk factors for a higher dietary acid load (potential renal acid load) in free-living elderly in Poland. Nutrients. 2024; 16(19): 1-14.
16. Rusli C, Bukhari A, N AT, As'ad S, & Rasyid H. Nutrition therapy in critically ill overweight elderly patient with heart failure, myocardial infarction, pneumonia, and chronic kidney disease. Journal of Nutritional Science and Vitaminology. 2020; 66(Supplement): S25-31.
17. Doi T, Noto T, Mita T, Nagahara D, Yuda S, Hashimoto A, et al. Prognostic value of nutritional parameters in systolic heart failure with renal dysfunction. PLoS One. 2022; 17(5): 1-13.
18. Varitsakul R. Dietary management for slow progression in patients with diabetic kidney disease. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(1):22-8. (in Thai)
19. Morante JJH, Sánchez-Villazala A, Cutillas RC, & Fuentes MC. Effectiveness of a nutrition education program for the prevention and treatment of malnutrition in end-stage renal disease. Journal of Renal Nutrition. 2014; 24(1): 22-9.
20. Dehghan T, Mohsenpour MA, Karimi M, Mehrabi M, Zare M, Akbarzadeh M, et al. Educational intervention based on the extended parallel process model improves adherence to diabetic diet and glycaemic control indices: A randomised, double-blind, controlled, factorial field trial. British Journal of Nutrition. 2024; 131(12): 2068-79.
21. Crespo-Escobar P, Vázquez-Polo M, van der Hofstadt M, Nuñez C, Montoro-Huguet MA, Churruca I, et al. Knowledge gaps in gluten-free diet awareness among patients and healthcare professionals: A call for enhanced nutritional education. Nutrients. 2024; 16(15): 1-17.

อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Influence of Factors Related to The Nursing Service Quality in Hospitals Under The Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health

พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ * วราภรณ์ คำทับทิม สันติ ศรีสวนแตง
Patcharee Kladjomphong* Varaporn Kamtubtim Sunti Srisuantang
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม ประเทศไทย 73140
Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom, Thailand 73140

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ1) วิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) จัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ และผู้รับบริการ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 856 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ 3) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน 4) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และประเด็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง และการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยด้านผู้รับบริการส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลทางตรงมากที่สุด มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.71 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.35 และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -0.06 และตัวแปรปัจจัยด้านผู้ให้บริการ มีขนาดอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.19 2) นำปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีอิทธิพลทางตรงมากที่สุด และส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล จัดทำกลยุทธ์ฯ ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์หลัก และ 2 กลยุทธ์รอง โดยกลยุทธ์หลักข้อ 1 กลยุทธ์ส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาลการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอป้องกันโรคและภาวะวิกฤตฉุกเฉิน กลยุทธ์หลักข้อ 2 กลยุทธ์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกรูปแบบ เพื่อเข้าถึงผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยและครอบคลุมทุกกลุ่มโรค

คำสำคัญ: คุณภาพบริการพยาบาล, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน, ผู้ให้บริการ

Abstract

The research aims to 1) analyzed the direct and indirect influence of factors related to the quality of nursing services in hospitals under the Office of the Permanent Secretary,Ministry of Public Health 2) developed strategies for developing the quality of nursing services in hospitals. The sample group was professional nursing personnel. and service recipients A multi-stage sampling of 856 people was used. The research tools included 1) environmental factors in nursing practice, 2) service provider factors, 3) job satisfaction factors, 4) service

Corresponding Author: *E-mail: kai251739@gmail.com

วันที่รับ (received) 30 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2567

recipient factors. and group discussion issues. Quantitative research results were analyzed using structural equation model analysis and qualitative analysis.

Research results were 1) service recipient factors had the most direct impact on the quality of nursing services. There was a direct influence size of 0.71. The job satisfaction factor there was a direct influence size of 0.35 and environmental factors in nursing practice there was a direct influence size of -0.06 and the service provider factor variable there was an indirect influence size of 0.19. 2) Take the service recipient factors that had the most direct influence and affect quality of nursing services. Prepare strategies consisting of 2 main strategies and 2 secondary strategies, with main strategy number 1: strategy to promote the quality of nursing services, public health care to have adequate health knowledge to prevent disease and emergency situations. Key strategy number 2: Strategy to promote all forms of health literacy to reach patients of all age groups and cover all disease groups.

Keywords: nursing service quality, environment in nursing practice, job satisfaction, providers

บทนำ

การบริการพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการโรคและหรือยับยั้งการลุกลามของโรค รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและการป้องกันโรค ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ และศิลปะการพยาบาล การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการตายของผู้ป่วยและยังช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะวิกฤติของโรค ทำให้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยคืนสู่สุขภาวะ โดยปราศจากความเสี่ยงและข้อผิดพลาด[1] นอกจากนี้คุณภาพบริการพยาบาล ยังใช้เป็นตัวกำกับ ควบคุมมาตรฐานบริการพยาบาล โดยการพยาบาลที่มีคุณภาพจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดของการประกอบวิชาชีพพยาบาล[2]

มาตรฐานบริการพยาบาล คือ เกณฑ์ความเป็นเลิศในการบริการพยาบาล ทั้งระดับโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นเครื่องบ่งชี้คุณภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมคุณภาพที่พยาบาลทุกคนจะต้องยึดเป็นเกณฑ์ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั้งผู้ปฏิบัติการ และผู้บริหารที่จะต้องทำการนิเทศ[2] มาตรฐานบริการพยาบาล ประกอบด้วย มาตรฐานเชิงเทคนิคและมาตรฐานเชิงปฏิบัติ ซึ่งกองการพยาบาล กำหนดเกณฑ์บ่งชี้คุณภาพบริการพยาบาลตามมาตรฐาน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) มาตรฐานบริการพยาบาลเชิงโครงสร้าง 2) มาตรฐานบริการพยาบาลเชิงกระบวนการ และ 3) มาตรฐานบริการพยาบาลเชิงผลลัพธ์[2] โดยคุณภาพการบริการพยาบาลจำแนกได้เป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพเชิงเทคนิค คือ คุณภาพตามข้อกำหนดในวิชาชีพพยาบาล เป็นมุมมองของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับพื้นฐานของความแม่นยำในเชิงเทคนิคและขั้นตอนในการบริการพยาบาล[3] และ2) คุณภาพเชิงปฏิบัติ คือ คุณภาพบริการพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการซึ่งสามารถประเมินได้จากการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล[4]

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง โดยกองการพยาบาลประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management) และกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มาประยุกต์ใช้ในการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลในองค์กรพยาบาล ยกระดับคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล โดยใช้การประกันคุณภาพ และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์กรพยาบาลใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล[2] และภายหลังจากการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล องค์กรพยาบาลมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีคุณภาพดีขึ้น[5] แต่อย่างไรก็ตามจากการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 พบว่า ผลการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลทั้ง 11 งาน ส่วนมากอยู่ในระดับ 3 หรือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.20 อยู่ในระดับ 4 หรือระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 14.27 และยังไม่พบระดับ 5 หรือระดับต้นแบบ ซึ่งสะท้อนว่า ผลการประเมินคุณภาพบริการ

พยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ครบทุกโรงพยาบาลคิดเป็น 100% และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้เป็นระดับ 4 และระดับ 5 ต่อไป ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า มีหน่วยงานบริการพยาบาลบางแห่ง และผู้ปฏิบัติการพยาบาลบางส่วน ให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานบริการพยาบาลยังไม่ครบถ้วน[6]

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการทำงานของพยาบาลที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล เช่น สถานการณ์การเกิดโรคและกลุ่มประชากรที่เปลี่ยนแปลง โครงสร้างและนโยบายที่เปลี่ยนแปลง[7] ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก บรรยากาศในการทำงาน และความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ[8] ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล[9] ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ และรับรู้บทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล[10] 2) ปัจจัยด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ได้แก่ ความร่วมมือของผู้ป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย[8] 3) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ เช่น การอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และระดับการศึกษา[11] สมรรถนะในการปฏิบัติงานบริการพยาบาลที่ดี[12] ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยของพยาบาล[13] การกำหนดมาตรฐานบริการพยาบาลและการจัดบริการตามมาตรฐานบริการพยาบาล และทัศนคติและการรับรู้[14] 4) ปัจจัยด้านความพึงพอในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งความพึงพอใจในการทำงานส่งผลให้เกิดความมุ่งมั่นในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ The Magnet Study พบว่า สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล และคุณภาพของการพยาบาลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน[15] การยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ซึ่งการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเหล่านี้จะช่วยให้เห็นอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของตัวแปรต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำตัวแปรที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลมาใช้ในการกำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ 2) เพื่อจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบความคิดเชิงทฤษฎีในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการบูรณาการจากแนวคิด 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดรูปแบบของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพของ Mosadeghrad[8] ซึ่งได้ศึกษามุมมองเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพบริการสุขภาพ ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วย (2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ (3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 2) แนวคิดการศึกษา The Magnet Study[15] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ ได้แก่ สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจในงานของพยาบาล และคุณภาพของการพยาบาล และ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล บูรณาการได้เป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ตัวแปรแฝง 4 ตัวแปร และตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 16 ตัวแปร ซึ่งจำแนกเป็นตัวแปรดังนี้ 1) ตัวแปรแฝงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อในการทำงานของพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 9 ตัวแปร คือ (1) สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง (2) โครงสร้างและนโยบาย (3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (4) ทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก (5) บรรยากาศในการทำงาน (6) ความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (7) อัตรากำลังและภาระงานที่เหมาะสม (8) ขวัญกำลังใจ ผลตอบแทนและความก้าวหน้าในการทำงาน และ (9) ระดับศักยภาพของโรงพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพ 2) ตัวแปรแฝงปัจจัยด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร คือ (1) ความร่วมมือของผู้ป่วย และ (2) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 3) ตัวแปรแฝงปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร คือ (1) การสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ (2) กำหนดมาตรฐานและการจัดบริการตามมาตรฐาน (3) สมรรถนะในการปฏิบัติงาน และ (4) ทัศนคติ และการรับรู้ และ 4) ตัวแปรแฝงปัจจัยความพึงพอในการปฏิบัติงานของพยาบาล ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัวแปร คือ (1) ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจัยที่กล่าวข้างต้นส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลเชิงเทคนิค และคุณภาพบริการพยาบาลเชิงปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Casual Relationship) ของตัวแปรหลายตัว โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Structural Equation Modeling: SEM) ของคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวอย่างวิจัยคือ กลุ่มผู้ให้บริการ คือ พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยหรือญาติในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ต่อ 1 ตัวแปร จากตัวแปรสังเกตได้ 16 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างจึงควรมีอย่างน้อยเท่ากับ 320 คน เป็นขั้นต่ำที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ เพิ่มเป็นกลุ่มละ 428 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 856 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา และ 2) มีความปกติทั้งร่างกายและจิตใจ มีสติสัมปชัญญะ และพูดคุยโต้ตอบรู้เรื่อง และเกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ไม่ได้ปฏิบัติตามคำชี้แจงในระหว่างการศึกษาวิจัย และ 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC115/65 เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2565 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง โครงการ EC006/66 เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โครงการ EC073/65 S เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โครงการ EC025/65 เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ผลลัพธ์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จะไม่เผยแพร่ข้อมูลและเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรทั้ง 4 ตัว เป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแบบสอบถาม มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ให้บริการ (บุคลากรพยาบาล) ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การอบรมเพิ่มเติม สถานภาพสมรส แผนกที่ท่านทำงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ระดับโรงพยาบาล มีจำนวน 8 ข้อส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 4 ตอน เป็นมาตราส่วนลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ รายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล (Env) ครอบคลุมตัวแปรสังเกตได้ 9 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 2) ตัวแปรโครงสร้างและนโยบาย 3) ตัวแปรภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง 4) ตัวแปรทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวก 5) ตัวแปรบรรยากาศในการทำงาน 6) ตัวแปรความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ 7) ตัวแปรอัตรากำลังและภาระงานที่เหมาะสม 8) ตัวแปรขวัญกำลังใจ ผลตอบแทนและความก้าวหน้าในการทำงาน และ 9) ตัวแปรศักยภาพของโรงพยาบาลต่อการดูแลสุขภาพ มีจำนวน 39 ข้อ มีค่าความตรงเท่ากับ .96

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพ) (Nur) ครอบคลุมตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ 2) ตัวแปรกำหนดมาตรฐานและการจัดบริการตามมาตรฐาน 3) ตัวแปรสมรรถนะในการปฏิบัติงาน และ 4) ตัวแปรทัศนคติ และการรับรู้ มีจำนวน 18 ข้อ มีค่าความตรงเท่ากับ .97

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat) ครอบคลุมตัวแปรสังเกตได้ 1 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าความตรงเท่ากับ .94

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพบริการพยาบาลในเชิงเทคนิค (YQT) ประยุกต์ใช้แนวคิดของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ[3] มีจำนวน 9 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความสามารถ 2) ประสิทธิผล 3) ความเหมาะสม 4) ความปลอดภัย 5) ความต่อเนื่อง 6) ประสิทธิภาพ 7) การเข้าถึงบริการ 8) ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ และ 9) ความมุ่งมั่น มีจำนวน 32 ข้อ มีค่าความตรงเท่ากับ .96

ชุดที่ 2 ผู้รับบริการหรือผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา

สถานภาพสมรส อาชีพ ครั้งที่มารับบริการที่โรงพยาบาล สิทธิในการรักษา โรคประจำตัว/โรคที่รักษา ระยะทางในการมารับบริการ เดินทางมารับบริการอย่างไร ช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของโรงพยาบาล มีจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ตอน เป็นมาตราส่วนลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ รายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วยหรือญาติ) (PT) ครอบคลุมตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรความร่วมมือของผู้ป่วย และ 2) ตัวแปรความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีจำนวน 10 ข้อ มีค่าความตรง เท่ากับ 1.00

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบริการพยาบาลในเชิงปฏิบัติ (YQF) สำหรับ ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Parasuraman และคณะ[4] มี 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ 3) การตอบสนองต่อผู้ใช้บริการทันที 4) ความเชื่อมั่นในบริการ และ 5) การเข้าใจ มีจำนวน 20 ข้อ มีค่าความตรงเท่ากับ .97

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยแบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการ (บุคลากรพยาบาล) มีค่าเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามสำหรับผู้รับบริการ (ผู้ป่วยหรือญาติ) มีค่าเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้ให้บริการ (บุคลากรพยาบาล) และผู้รับบริการ (ผู้ป่วยหรือญาติ) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยได้รับใบอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล 2) ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมทั้งแนบหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดของแบบสอบถามและระยะเวลาที่เข้ามารับแบบสอบถามคืน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งล่วงหน้า 2 วันเพื่อรับแบบสอบถามคืน และ 4) รวบรวมข้อมูล กับกลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้รับบริการ จากทั้งหมด 856 ฉบับ ได้กลับคืนมา 850 ฉบับ จากกลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 425 ฉบับ และ 2) กลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 425 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.29 ของแบบสอบถามทั้งหมด

ขั้นการจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดมากำหนดกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของกลยุทธ์ฯ โดยการประชุมเสวนา Focus group ทั้ง 2 ครั้ง ในระบบการประชุมทางไกลผ่านระบบ Zoom ครั้งที่ 1 กลุ่มผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลครอบคลุมทุกระดับโรงพยาบาล จำนวน 12 คน วันที่ 26 ธันวาคม 2566 เวลา 13.00–16.00 น. และครั้งที่ 2 กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล หัวหน้าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 12 คน วันที่ 27 ธันวาคม 2566 เวลา 13.00–16.00 น. ในภาพรวมของการพิจารณา (ร่าง) กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการนำไปใช้

3. ปรับปรุงกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นฉบับสมบูรณ์

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

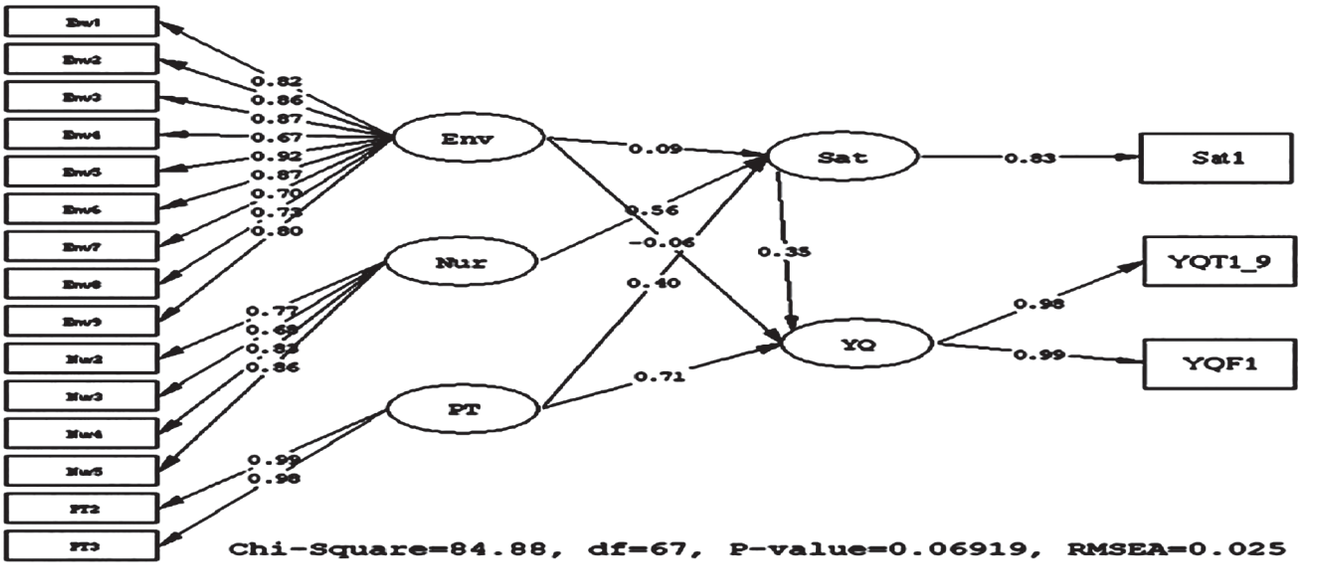
การวิเคราะห์ผลการวิจัย สถิติที่ใช้เชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์เอสอีเอ็ม วิเคราะห์อิทธิพลในโมเดลโครงสร้างเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง หรือโมเดลลิสเรล และวิเคราะห์เชิงคุณภาพในการจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 425 คน และบุคลากรพยาบาลจำนวน 425 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.1 และเพศชายร้อยละ 29.9 และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปฐมศึกษา ร้อยละ 38.4 ส่วนใหญ่มีโรคอื่น ๆ จำนวนมากที่สุด ได้แก่ โรคข้อ โรครูมาตอยด์

และโรคทาลัสซีเมีย ร้อยละ 28.0 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.6 พบว่าบุคลากรพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.4 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 1.6 และพบว่าบุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 55.1 ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.4 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ร้อยละ 90.4

1. ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ และปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล ที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 แบบจำลองโมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหลังปรับโมเดล

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผลปรากฏว่า คุณภาพบริการพยาบาล (YQ) ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรปัจจัยด้านผู้รับบริการ (PT) มากที่สุด มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.71 รองลงมาคือได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat) มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.35 และได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล (Env) มีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ -0.06 นอกจากนี้ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Nur) มีขนาดอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ 0.19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง

และผลการวิจัยยังพบว่าตัวแปรปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat) ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Nur) มากที่สุดโดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.56 รองลงมาคือตัวแปรปัจจัยด้านผู้รับบริการ (PT) โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.40 และตัวแปรปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล (Env) โดยมีขนาดอิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.09 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ตามลำดับ ดังตารางและแผนภาพที่ 1

ตาราง แสดงผลการวิเคราะห์อิทธิพลตัวแปรในแบบจำลองหลังปรับโมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (n=425)

ตัวแปรทำนาย	อิทธิพล	ตัวแปรผล	
		ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat)	คุณภาพบริการพยาบาล (YQ)
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล (Env)	TE	0.09* (0.04)	-0.03* (0.02)
	IE	-	0.03 (0.02)
	DE	0.09* (0.04)	-0.06* (0.02)
ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Nur)	TE	0.56* (0.09)	0.19* (0.03)
	IE	-	0.19* (0.03)
	DE	0.56* (0.09)	-
ปัจจัยด้านผู้รับบริการ (PT)	TE	0.40* (0.08)	0.85* (0.04)
	IE	-	0.14* (0.05)
	DE	0.40* (0.08)	0.71* (0.07)
ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat)	TE	-	0.35* (0.07)
	IE	-	-
	DE	-	0.35* (0.07)
R^2		0.95	0.99

χ^2 = 84.88, df = 67, p= 0.069, χ^2/df = 1.27, CFI= 1.00, GFI=0.98, AGFI = 0.94, RMSEA = 0.025
หมายเหตุ TE = ผลรวมอิทธิพล IE = อิทธิพลทางอ้อม DE = อิทธิพลทางตรง ; * |t| > 1.96

จากตาราง พบว่าตัวแปรในแบบจำลองหลังปรับโมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถร่วมกันอธิบายคุณภาพบริการพยาบาลได้ร้อยละ 99

2. การจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยปัจจัยด้านผู้รับบริการที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จึงนำมาจัดทำกลยุทธ์ฯ ประกอบด้วย กลยุทธ์หลัก 2 กลยุทธ์ และกลยุทธ์รอง 2 กลยุทธ์ กลยุทธ์หลัก ข้อ 1 กลยุทธ์ส่งเสริมคุณภาพบริการพยาบาลการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอป้องกันโรคและภาวะวิกฤตฉุกเฉิน มีกลยุทธ์รองข้อ 1 คือ เร่งรัดนโยบายและสนับสนุนบริการพยาบาลทางไกลดำเนินการส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอป้องกันโรคและภาวะวิกฤตฉุกเฉิน กลยุทธ์หลักข้อ 2 กลยุทธ์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกรูปแบบเพื่อการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยและครอบคลุมทุกกลุ่มโรค มีกลยุทธ์รอง ข้อ 2 ส่งเสริมและผลักดันนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกรูปแบบ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยและครอบคลุมทุกกลุ่มโรค

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ **คุณภาพบริการพยาบาล (YQ)** ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรปัจจัยด้าน**ผู้รับบริการ (PT)** มากที่สุด พบว่า ปัจจัยด้านผู้รับบริการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพบริการพยาบาล โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักมากที่สุด ได้แก่ ด้านความร่วมมือของผู้ป่วย รองลงมา คือ ด้านความรุนแรงของการเจ็บป่วย และอธิบายได้ว่า ความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นการแสดงพฤติกรรมร่วมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการในการรักษา เช่น การรับ

ประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาตรวจตามนัด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากการเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความร่วมมือสูงก็ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่สูงด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยทราบระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยและรีบมารับบริการในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่ดีต่อมา[8] และพบว่าการตัดสินใจพาเด็กมาพบแพทย์ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็ก เกี่ยวกับการตอบสนองต่อการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจของบิดามารดาพบว่าบิดามารดาของเด็กที่เห็นเด็กมีอาการรุนแรงหรืออาการนานกว่า 24 ชั่วโมงจะพาเด็กมาพบแพทย์มากกว่าบิดามารดาที่เด็กไม่มีอาการดังกล่าว เป็นการตระหนักว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะผิดปกติ และระยะนานต้องการการรักษาที่เฉพาะและเหมาะสมกับโรคมากขึ้น[16] รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคอย่างถูกต้อง[17] **ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล (Sat)** มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพบริการพยาบาล รองจากปัจจัยด้านผู้รับบริการความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล คือ เจตคติในทางบวกของพยาบาลที่มีต่อการปฏิบัติงานบริการพยาบาล ซึ่งส่งผลให้บุคคล เกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีขวัญกำลังใจในการทำงาน ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่สูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ The Magnet Study[15] พบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล และคุณภาพการพยาบาลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมถึงความภาคภูมิใจในงาน ความรู้สึกพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจกับสภาพการทำงานที่ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่สูงขึ้น **ผู้ให้บริการ (Nur)** มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพบริการพยาบาล โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักมากที่สุด ได้แก่ ด้านทัศนคติ และการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล รองลงมาคือ ด้านสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูงที่ส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล[9] และพบว่าสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ที่จำเป็นในการให้บริการพยาบาลกับผู้ป่วยที่เหมาะสมและตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งโรงพยาบาลที่มีหลายแผนกจึงมีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันไปตามศักยภาพและสมรรถนะตามแผนกที่ตนเองรับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาลจะมีแผนกแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลนั้น ๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน[18] บุคลากรพยาบาลยิ่งมีสมรรถนะสูงส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่สูงด้วย **สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล (Env)** มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อคุณภาพบริการพยาบาล อธิบายได้ว่า สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาลที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพและเป็นผลดีต่อสุขภาพของพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล แต่ในทางตรงกันข้าม สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาลที่ไม่เหมาะสม เช่น แสง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ คนทำงานน้อยแต่ภาระงานมาก เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพและส่งผลเสียต่อสุขภาพของพยาบาล และนอกจากนี้ระดับศักยภาพของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้สมรรถนะและขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพกับประชาชนมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล[19] อีกทั้งบรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานการสนับสนุนทางสังคมและการให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ[20] และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

2. การจัดทำกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกปัจจัยที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลมากำหนดกลยุทธ์ฯ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างตรงประเด็นทันเหตุการณ์ เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่มีความชัดเจน มีทิศทาง และเป้าหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่กำหนดไว้[21]

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพบริการพยาบาล ได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงบวกจากตัวแปรปัจจัยด้านผู้รับบริการมากที่สุด รองลงมาคือ ตัวแปรปัจจัยด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล และได้รับอิทธิพลทางตรงเชิงลบจากตัวแปรปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานการพยาบาล นอกจากนี้ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ดังนั้น องค์กรพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงควรนำตัวแปรเหล่านี้ไปใช้กำหนดแนวทางหรือวิธีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 1) เนื่องจากงานวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล 3 ประเภท ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน จึงควรทำการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ต่างสังกัดกัน เพื่อตรวจสอบว่าโมเดลแตกต่างกันหรือไม่ และ2)ควรพัฒนาต่อยอดงานวิจัยครั้งนี้ในการศึกษาการกำหนด กลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งผล และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม

References

1. Mitchell PH. Patient safety and quality: An evidence-base handbook for nurse. AHRQ Publication. Rockville. 2016.
2. Bureau of nursing Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nursingservice standards in hospitals (Revised No. 2) Print No.3. Bangkok. 2008. (in Thai)
3. Sriratanaban J. The path to HA, interesting issues for travel and goals. Documents of the 1st national conference on hospital quality development and accreditation, 24-26 November 1998. Bangkok: Bangkok Design. 2000. (in Thai) .
4. Parasuraman A, Zeithaml VA, & Berry LL. “Delivering Quality Service”. Balancing customer perception and expectation. New York: The Free Press, 1988.
5. Hospital Quality Development and Accreditation Institute. Standards of hospitals and health services. (The 60th Anniversary Celebration of His Majesty the King’s Accession to the Throne Edition). (1st edition). Bangkok. 2008. (in Thai)
6. Division of Nursing. Summary of quality assessment of nursing services in hospitals under the office Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Fiscal Year 2020. Photocopies of documents. 2021. (in Thai)
7. Suebsai-on S, & Yoosawat P. Leadership experiences of inpatient ward head nurses. Transition period to hospital quality accreditation. Journal of Nursing Council. 2004; (19) :54-69. (in Thai).
8. Mosadeghrad AM. Factors influencing health care quality. Health Policy and Management journal. 2014; 3(2): 77–89.
9. Chimi K, Akkadechanan T, & Chontawan R. Factors related to the quality of nurses in a tertiary care hospital kingdom of bhutan. compound nurse. 2015; 42(special): 126-35.
10. Dapha S, Srichakkhot C, & Chanthachum W. Factors influencing quality nursing service management by nursing administrators at university hospitals in the northeastern region. Journal of Nursing and Health. 2020; 43(2): 115-25. (in Thai).
11. Faiaupplara U. Operations to develop the quality of nursing services in community hospitals, Khon Kaen Province. Master of Nursing Science thesis. Faculty of Nursing, Khon Kaen University. 2003.
12. Duangsuwan S, Hingkanont P, Prachanban P, & Sukkaew K. Relationship between work competency and nursing quality of professional nurses. hospital level Secondary and tertiary government inspection areas Ministry of Public Health No 17. Nursing and Health. 2011; 5(2): 67-77.
13. Wutthitantipong L. Core competencies for professional nurses. Mater’s Thesis in Nursing Administration Chulalongkorn Uneversity, Faculty of Nursing. (2014).

14. Santitranon K. Evaluation of nursing quality development in nursing groups. Srisangworn Sukhothai Hospital. 2004.
15. American Nurses Credentialing Centre. Magnet recognition program. Silver Spring, MD: American Nurses Credentialing Center Bureau of nursing. office of Permanent. 2010.
16. Saunders NR, Tennis O, Jacobson S, Gans M, & Dick PT. Parents' responses to symptoms of respiratory tract infection in their children. Canadian medical association journal, 2003; 168(1): 25-30.
17. Akekapoj P, Samranjit S, & Sirichote M. The relationship between perceptions and preventive behaviors of coronavirus disease 2019 among service recipients from primary care units, Lang suan, Chumphon province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 197-04. (in Thai).
18. Choodum N, Lohitthai S, & Chua Chomket N. Competencies of professional nurses in the hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 31-8. (in Thai).
19. Public Health Administration Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Driving the health service system development plan (Service Plan)2017-2021. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly Press of Thailand Co., Ltd. 2017.
20. Prommaloon A, & Aungsuroch Y. Relationships between personal factors, safety climate, social support, feedback, and work safety behaviors of professional nurses in tertiary hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2): 248-56. (in Thai).
21. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Workshop manual for creating strategic plans for health organizations. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2023.

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

The Effect of Self-Efficacy Promotion Program on health behaviors in the elderly with uncontrolled hypertension

ศิริขวัญ อัครทวีทอง[1] นุชรัตน์ มังคละคีรี[2] เดชา ทำดี[3]

Sirikhuan Aklrataweetong[1] Nutcharat Mangkarakeree[2] Decha Tamdee[3]

[1]โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประเทศไทย 48110

[1]Thatpanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000

[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200

[3]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai,Thailand, 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.82 ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure ลดลงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยควรมีการศึกษาการคงอยู่ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองระยะ 6 เดือน และ 1 ปี มีการพัฒนาทักษะการโน้มน้าวชักจูงในอาสาสมัครสาธารณสุข และควรมีการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและเข้าสู่เกณฑ์ที่ควบคุมได้

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้, พฤติกรรมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of quasi-experimental research with a pretest-posttest design was to study the effects of a self-efficacy promotion program on health behaviors among the elderly with uncontrolled hypertension. The sample group consisted of 60 elderly individuals with uncontrolled hypertension divided into an experimental group of 30 subjects and a comparison group of 30 subjects. The instruments used in the study

Corresponding Author: E-mail: nutcharat@npu.ac.th

วันที่รับ (Received) 5 มี.ค.2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 18 พ.ค. 2567

included the experimental instrument, which was a program to promote self-efficacy in health behaviors. The data collection instruments included demographic data recording forms and a health behavior assessment form. Index of item objective congruence testing resulted 0.85. Reliability testing resulted in a Cronbach's alpha coefficient of 0.82. After receiving the program, The experimental group had higher health behavior scores than the comparison group. Statistically significant (p <.001) and the experimental group had Systolic Blood Pressure and Diastolic Blood Pressure values reduced to within disease control limits more than the comparison group with statistical significance (p <.001). Studies should be conducted on retention of self-efficacy in the experimental group over periods of 6 months and 1 year. Studies should also be conducted on the development of persuasion skills in public health volunteers to promote continuous perceived self-efficacy in communities. Furthermore, studies should be conducted on self-efficacy programs in the control group to create perceived self-efficacy and reduce blood pressure levels to a controllable level.

Keyword: Self-efficacy, Elderly with uncontrolled hypertension, Health behaviors, Hypertension

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมของทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะด้านร่างกายเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความเสี่ยงที่จะเกิดโรคก็จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสภาพความเสื่อมของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มหย่อน มีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย[1] ซึ่งโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและคนรอบข้าง โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคสมองเสื่อม[3]

จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวนทั้งหมด 4,714 ราย เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3,352 ราย ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีจำนวน 802 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.97 และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ราย พบว่าสิ่งที่ยังไม่สามารถทำได้ คือ ความสามารถในจัดการพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อีกทั้งยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามงานบุญประเพณี ไม่ได้ออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบเพียงแต่ออกแรงจากการทำงานบ้านและการประกอบอาชีพ และพยายามลดเค็มแต่ทำได้บางครั้งไม่เห็นความสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต จึงส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จนทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น หากผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษาเป็นเวลานานและควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะส่งผลกระทบทั้งด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านร่างกาย อาจทำให้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต หรือเสียชีวิตได้[5,6]

จากการทบทวนวรรณกรรม เห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[7] ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จะดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป[8] ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[7] มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนเพื่อการสร้างเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ.2 ส. เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. จำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. จำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[7] เป็นทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ขั้นตอนที่ 2 การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ (Social model) ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Social persuasion) และขั้นตอนที่ 4 สภาวะทางกายและอารมณ์ (Somatic and emotional state) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการ 3 อ. 2 ส. คือ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส. ไม่สูบบุหรี่ และ ส.ลดการดื่มสุรา นำไปสู่ระดับความดันโลหิตที่ลดลงและเข้าสู่เกณฑ์ที่ควบคุมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2565 และยังรับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 802 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Program จากการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียง[10] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน กลุ่มละ 26 คน รวมเป็น 52 คน และคำนวณจากสูตรป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีความดันโลหิตสูงกว่า140/90 ม.ม.ปรอท และได้รับยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างน้อย 1 ชนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไต สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในขณะทำการวิจัย เกณฑ์การยุติ ได้แก่ เข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 70 ของกิจกรรมในโปรแกรม ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูลการประเมินผลในระยะสิ้นสุดโปรแกรม และขอถอนตัวออกจากกระบวนการในระยะใดระยะหนึ่งของการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน พัฒนาศักยภาพผู้ช่วยวิจัย รวบรวมข้อมูล นำมา

ตรวจสอบวันนัดหมายในวันเดียวกัน และอยู่ในเขตการดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดียวกัน ทั้งหมด 3 กลุ่ม จำนวนกลุ่มละ 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ ตรวจสอบวันนัดหมายของโรงพยาบาลนาแก อำเภอนาแก ในวันเดียวกัน จำนวน 30 คน ชี้แจงรายละเอียดดำเนินการสุ่มตัวอย่าง นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่เพื่อทำกิจกรรม โดยกลุ่มที่ 1 วันจันทร์ กลุ่มที่ 2 วันอังคาร กลุ่มที่ 3 วันพุธ และกลุ่มเปรียบเทียบนัดหมายทำกิจกรรมในวันนัดตามปกติของโรงพยาบาล

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลาดำเนินการ 3 ชั่วโมง 30 นาที ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความรู้และสาธิตและอภิปรายแลกเปลี่ยน แจกใบงาน แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ใน 8 สัปดาห์ จากนั้นเว้น 1 วัน ติดตามสอบถามการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง 30 นาที แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง โดยเล่าประสบการณ์ที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมชีวิตประจำวัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมภายในสมาชิกกลุ่ม สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่ม และแจกแบบบันทึกการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 และ 6 โทรศัพท์ติดตามกระตุ้นผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคล การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ อสม.ในพื้นที่ส่งเครื่องวัดความดันโลหิต OMRON รุ่น HEM-7124 ให้ยืมใช้ในการติดตามความดันโลหิต

สัปดาห์ที่ 7 โทรศัพท์ติดตามและสร้างความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมวิจัย ที่พบปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และตอบคำถาม

สัปดาห์ที่ 8 รวบรวมแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านแจกแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แจ้งผล และมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติ

กลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 วัดระดับความดันโลหิต ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 7 ติดตามและบันทึกค่าความดันโลหิตบ้าน ในระยะเวลา 1 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ของความสำเร็จ ขั้นตอนที่ 2 การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการโน้มน้าวชักจูง และขั้นตอนที่ 4 สภาวะทางกายและอารมณ์ สื่อสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

(1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ แอลกอฮอล์ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับความดันโลหิต รอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่ม ชนิดและจำนวนยาลดความดันโลหิตที่รับประทานอยู่

(2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยแต่ละข้อคำถามมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน การแปลผล โดยการหาค่าเฉลี่ย9 แบ่งเป็น 3 ช่วงชั้นคะแนน ค่าคะแนน 19 - 38 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนน 39 - 57 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่อยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนน 58 - 72 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคลอด (IOC) เท่ากับ 0.85 ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.82 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ HE 197/66 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test และIndependent t - test มีการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้สถิติ independent t test และสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 เพศหญิง 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เพศชาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 เพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
กลุ่มทดลอง	66.13	3.63	70.40	1.98	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	64.10	4.95	64.50	4.45	.056

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และคะแนนรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ความดันโลหิต	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง					
Systolic Blood Pressure					.000
<140 mm.Hg	0	0	24	79.92	
≥140 mm.Hg	30	100	6	19.98	
Diastolic Blood Pressure					.000
<90 mm.Hg	0	0	23	76.59	
≥90mm.Hg	30	100	7	23.31	
กลุ่มเปรียบเทียบ					
Systolic Blood Pressure					1.000
≥140 mm.Hg	30	100	30	100	
Diastolic Blood Pressure					1.000
≥90mm.Hg	30	100	30	100	

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ควบคุมค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure และค่าความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure และ Diastolic Blood Pressure อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่เพิ่มขึ้น ซึ่งก่อนและหลังรับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 1.000)

ตารางที่ 3 ผลเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่อิสระ (independent t -test)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ก่อนทดลอง	66.13	3.63	64.10	4.95	.132
หลังทดลอง	70.40	1.98	64.50	4.45	.000

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการทดลอง โดยการการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ความดันโลหิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					
Systolic Blood Pressure					1.000
<140 mm.Hg	0	0	0	0	
≥140 mm.Hg	30	100	30	100	
Diastolic Blood Pressure					1.000
<90 mm.Hg	0	0	0	0	
≥90mm.Hg	30	100	30	100	
หลังการทดลอง					
Systolic Blood Pressure					.000
<140 mm.Hg	24	79.92	0	0	
≥140 mm.Hg	6	19.98	30	100	
Diastolic Blood Pressure					.000
<90 mm.Hg	23	76.59	0	0	
≥90mm.Hg	7	23.31	30	100	

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure และค่าความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้พฤติกรรมสุขภาพ และจำนวนผู้ควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม เพิ่มสูงขึ้น จากสมมติฐานที่ 1 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เนื่องจากผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง[7] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) ขั้นตอนที่ 2 การได้รับประสบการณ์จากต้นแบบ (Social model) ขั้นตอนที่ 3 การได้รับการโน้มน้าวชักจูง (Social persuasion) และขั้นตอนที่ 4 สภาวะทางกายและอารมณ์ (Somatic and emotional state) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างเสริมความรู้ สาธิตพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมทั้งการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาและวิเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข และยังมีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ตอบข้อสงสัย ยกย่อง ชมเชย และกล่าวให้กำลังใจทำให้เห็นถึงความสำคัญของควบคุมระดับความดันโลหิต แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรม และมีความมั่นใจที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตต่อไปในระยะยาว[4,8,11,14] สมมติฐานที่ 2 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เนื่องจากการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนประสบการณ์ของความสำเร็จ (Mastery experience) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์สร้างเสริมความรู้ สาธิตพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมทั้งการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาและวิเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข และยังมีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติ ทำให้เกิดความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการที่เหมาะสมมากขึ้น[8,11,14] สมมติฐานที่ 3 พบว่า จำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) อาจเกิดได้จากความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ร่วมทั้งการได้ร่วมวิเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข และยังได้รับการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติ นำไปสู่ความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อไปในระยะยาว การมีพฤติกรรมการที่เหมาะสมมากขึ้น และยังสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้[8,11] และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมรวมถึงมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น มีความดันโลหิตลดลง[2] สมมติฐานที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ควบคุมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) อาจเกิดได้จากการได้ร่วมวิเคราะห์หาแนวทางปรับปรุงแก้ไข และยังได้รับการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง มีการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความมั่นใจให้ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์[12] และยังได้มีความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง ทำให้มีการดูแลตนเองและมีความรู้ที่เพิ่มขึ้น[13,14,15]

ผลการวิจัยนี้ จึงอาจสรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อช่วยในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการคงอยู่ของการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลอง ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี มีการพัฒนาทักษะการโน้มน้าวชักจูงในอาสาสมัครสาธารณสุข และควรมีการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงและเข้าสู่เกณฑ์ที่ควบคุมได้

References

1. Yoksakul K. Participation of the elderly in creating health activities [dissertation]. Chiang Mai : Chiang Mai University;2008. (in Thai)
2. Maklamdum P. The effect of health promotion on self-care behavior for the elderly patients with hypertension. Phranakhon Rajabhat Research Journal .2015.10(1);20-39. (in Thai)
3. Prasatkul P. Situation of the elderly.Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public;2020. (in Thai)
4. Thongpod P, & Manasathitpong N.The effectiveness of the perceived self-efficacy enhancing program on health outcomes of hypertension patients. University of Management and Technology Poly Journal. 2021 :18(2);261-76. (in Thai)
5. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension. bangkok: Trick Think;2019. (in Thai)
6. Tangsawat S. Annual report.Bangkok: Aksorn graphic and design; 2019. (in Thai)
7. Bandura A., & Walters R H. Social learning theory. Englewood cliffs Prentice Hall.1977.
8. Nakkling Y, Rawiworrakul T, Tachaboonsearmsak P, & Satheannoppakao W. Effects of Self-efficacy Theory Application on Diet control, Exercise Behaviors and Blood Pressure Among Older Adults With Hypertension. Journal of Health and Nursing Research 2013;28(1):1-12. (in Thai)
9. Srisathitnarakun B. The methodology in nursing research. 5th. Bangkok: U&I INTER MEDIA;2010. (in Thai)
10. Bunkham A. Effectiveness of Behavior Modification Program for Food Consumption among High-Risk Groups for High Blood Pressure in Faktha Sub-district, Faktha District, Uttaradit Province[dissertation]. Uttaradit Rajabhat : Uttaradit Rajabhat University;2022. (in Thai)
11. Nilnon P. Self-Efficacy In Food Consumption And Exercise Of Elderly Club Members,Bang Khla District, Chachoengsao Province. Journal of Rajanagarindra .2017 ;93-100. (in Thai)
12. Sirited P, & Thammaseeha N. Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(2):58-65. (in Thai)
13. Lee E, & Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. Contemporary Nurse, 2017. 53(6), 607-21.
14. Dwairej L, & Ahmad M. Hypertension and mobile application for self-care, self-efficacy and related knowledge. Health Education Research, 2022. 37(3), 199-212.
15. Supasri S, Wungrath J, & Boonchieng W. Effects of a Health Promotion Program on Perceived Self-Efficacy and Outcome Expectations on Self-Care among Elderly with Hypertension. Thai Journal of Public Health 2021;51(1):33-42. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง

The Effects of a Care Program for Patients with Coronary Artery Disease Receiving Transfemoral Artery Angiography with the Application of King's Theory of Goal Attainment

ประวาลปัทม์ ปัญญาสุพัฒน์* ศากุล ช่างไม้ ทิพา ต่อสกุลแก้ว
Prawanpat Punyasupat* Sakul Changmai Tipa Toskulkao
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ จำนวน 62 ราย คือ กลุ่มทดลอง 31 ราย และกลุ่มควบคุม 31 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงพัฒนาโปรแกรมบนข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือ แบบประเมินความสุขสบาย และแบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา สถิติไคสแควร์ และสถิติแมนวิทนีย์-ยู

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมฯ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ข้อสรุป โปรแกรมฯ สามารถทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการทำการสวนหัวใจ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด, ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง, การใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ

Abstract

The quasi-experimental research was to study the effect of a care program for patients with coronary artery disease receiving transfemoral artery angiography with the application of King's Theory of goal attainment. The sample was selected using a Purposive Sampling is a patient who have had their transfemoral artery angiography. The sample of 62 patients were divided into an experimental group of 31 cases and a

Corresponding Author: *E-mail: tipa2558@gmail.com

วันที่รับ (received) 20 มิ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ส.ค. 2567

control group of 31 cases. The research instruments were the following the effect of a care program for patients with coronary artery disease receiving transfemoral artery angiography with the application of King's Theory of goal attainment. The program was developed on literature review evidence-based practice. Data was collected by using personal information form, a cooperative assessment form, a comfort scale and the complications assessment form. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square and Mann-Whitney U test.

The results showed that after using a care program for patients with coronary artery disease receiving transfemoral artery angiography with the application of King's Theory of goal attainment, the average score of cooperation in the experimental group was higher than those in the control group with statistical significance ($p<.05$). In conclusion, the program can be applied to caring for patients in cooperate in correct performance during cardiac catheterization procedure. The research suggestion is that professional nurses should use this program to further improve the quality of nursing care for patients with cardiovascular disease.

Keywords: The patients care program for coronary artery disease, The King's Theory of goal attainment, Transfemoral artery angiography

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก จากรายงานผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 20.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2021[1] ดังนั้นการวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน คือ การสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography)[2,3] ตำแหน่งที่นิยมทำเป็นบริเวณขาหนีบ ซึ่งมักทำให้เกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือด และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง[4]

จากสถิติหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม ปี 2564-2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบจำนวนทั้งหมด 502 และ 644 รายตามลำดับ หลังการทำหัตถการผู้ป่วยต้องนอนเหยียดขาข้างที่ทำหัตถการประมาณ 4 ชั่วโมง[4] ซึ่งผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายจากอาการปวดหลัง ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ[5] ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การมีเลือดออกจำนวนทั้งหมด 19 และ 23 ราย และการมีก้อนเลือดใต้ผิวหนังจำนวนทั้งหมด 20 และ 28 ราย ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการรักษาเพิ่มเติม ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน[6] ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงต้องมีทักษะในการดูแล โดยใช้องค์ความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน[2,3] โดยเฉพาะการส่งเสริมความร่วมมือ[2] เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการทำหัตถการรุกล้ำ (Invasive Treatment) ดังกล่าวให้ปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ปัจจุบันหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจมีการดูแลผู้ป่วยหลังทำการสวนหัวใจโดยปฏิบัติตามคู่มือปฏิบัติงาน (Work Instructions: WI) ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานจากประสบการณ์การทำงาน ตามความรู้ความเข้าใจของพยาบาลแต่ละคน ส่วนใหญ่มักเน้นการสื่อสารทางเดียว ดังนั้นเพื่อให้มีขั้นตอนการพยาบาลที่ชัดเจนอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง ทฤษฎีดังกล่าวเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในการให้การพยาบาลนำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพื่อให้การทำหัตถการมีความปลอดภัยและได้ผลดีกับผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าได้มีการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองดีขึ้น[7] และเพื่อให้พยาบาลมีขั้นตอนการพยาบาลสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็นระบบมากขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงกับกลุ่มควบคุม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงกับกลุ่มควบคุม

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายจากการปวดหลังในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

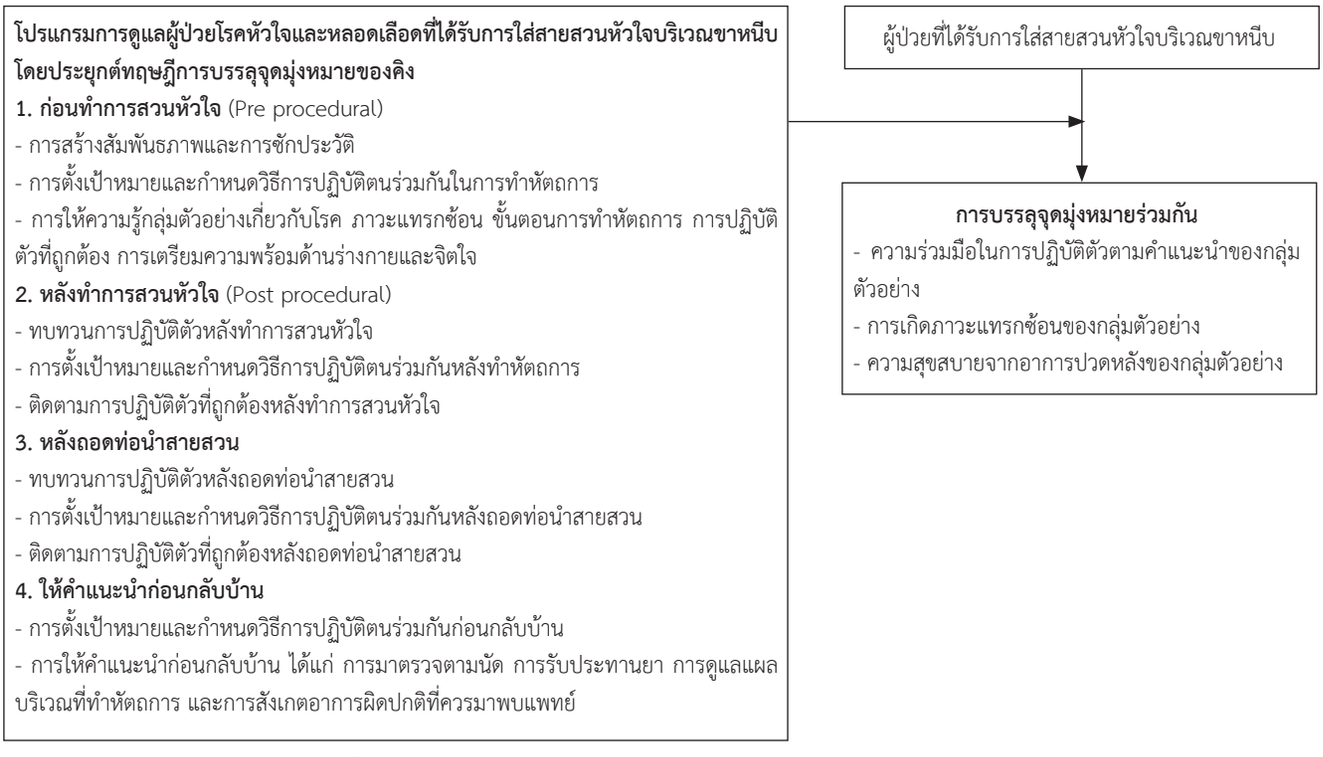
1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

3. คะแนนเฉลี่ยความสุขสบายจากการปวดหลังในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากทฤษฎีทางการพยาบาลของคิง[8] ซึ่งเน้นกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และหาวิธีการร่วมกัน นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ก่อนทำการสวนหัวใจ 2) หลังทำการสวนหัวใจ 3) หลังถอดท่อนำสายสวนหัวใจ และ 4) ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์จากทฤษฎีทางการพยาบาลของคิง[8]

วิธีการดำเนินการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยโปรแกรม G* Power Version 3.1.9.2 ประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐานทางเดียว และขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม เพื่อเป็นการทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่สูญหายหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย จึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20[9] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 31 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ. 2567 มีเกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัย/รักษาด้วยการทำการสวนหัวใจ 2) ไม่เคยได้รับการทำการสวนหัวใจโดยใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบมาก่อน และได้รับใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบเท่านั้น 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และหากมีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) มีสติสัมปชัญญะสามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา 2) แบบบันทึกข้อมูลก่อนทำหัตถการ ได้แก่ โรคประจำตัว โรคร่วม การรับประทานยาก่อนหน้าและปัจจุบัน การแพ้ยา แพ้อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพที่เคยเข้าโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และ 3) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการ ได้แก่ การได้รับยาเฮพาริน การได้รับยาแก้ปวดหลังทำหัตถการ ขาข้างที่ทำหัตถการ ขนาดท่อนำสายสวน ระยะเวลาการถอดท่อนำสายสวน เทคนิคการกดหยุดเลือด ค่าความเข้มข้นของเลือด ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังทำหัตถการ

1.2 แบบประเมินความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจ[9] มีหัวข้อประเมินทั้งหมด 16 ข้อ ถ้าให้ความร่วมมือถูกต้องได้ 1 คะแนน หากไม่ให้ความร่วมมือให้ 0 คะแนน หากได้คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี

1.3 แบบประเมินความสุขสบาย ประยุกต์การใช้แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข[10] ร่วมกับประยุกต์ใช้แบบสอบถามความต้องการความสุขสบาย[11] มีคะแนนความสุขสบาย คือ 0-4 ไม่สุขสบายเลย 5-9 สุขสบายปานกลาง และ 10 สุขสบายมากที่สุด

1.4 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประยุกต์ใช้การแบ่งระดับของการมีก้อนเลือดใต้ผิวหนัง[12] ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิง ประกอบด้วย วีดีทัศน์และคู่มือเพื่อใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การทำการสวนหัวใจ ได้แก่ ขั้นตอนการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ พัฒนาบนข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่า Content validity index ดังนี้ แบบประเมินความร่วมมือ CVI เท่ากับ 0.85 แบบประเมินความสุขสบาย CVI เท่ากับ 1 แบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน CVI เท่ากับ 1 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความร่วมมือมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 แบบประเมินความสุขสบายมีค่าทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตเท่ากับ 0.83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน และโรงพยาบาลนครปฐมเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานวิจัย การนำโปรแกรมฯ ไปใช้โดยผู้วิจัยมีการเตรียมการโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เตรียมสื่อการสอนวีดีทัศน์และคู่มือเพื่อใช้ในการให้ความรู้ผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการดูแลโดยการให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้การดูแลตามโปรแกรมฯ โดยให้ความรู้ ดูแลและฝึกทักษะ ประเมินความร่วมมือ ความสุขสบาย และภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่าง และทำการวิเคราะห์ข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูล จำนวนและร้อยละความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยใช้สถิติ Chi Square และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ คะแนนเฉลี่ยความสุขสบายจากอาการปวดหลังโดยใช้สถิติ Mann- Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 03/2566 รับรองวันที่ 5 ตุลาคม 2566 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลนครปฐม เลขที่ 047/2023 รับรองวันที่ 12 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.8 มีอายุเฉลี่ย 66 ปี (S.D. = 11.991) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศร้อยละ 51.6 มีอายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D. = 11.189) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ทางด้านเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา

1.2 ข้อมูลก่อนทำหัตถการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 3 อันดับโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ด้านโรคประจำตัวโรคร่วม การรับประทานยาก่อนหน้า การรับประทานยาปัจจุบัน การแพ้ยา การแพ้อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ส่วนประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพที่เคยเข้าโรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกัน (p<.05)

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหัตถการเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าการได้ยาแก้ปวดหลังทำหัตถการ ขาข้างที่ทำหัตถการ ขนาดท่อนำสายสวน ระยะเวลาการถอดท่อนำสายสวน เทคนิคการกดหยุดเลือด ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังทำหัตถการพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05) ส่วนทางด้านการได้รับยา Heparin พบว่าแตกต่างกัน (p<.05)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละความร่วมมือทั้ง 4 ระยะระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		$\chi 2$ / F*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนทำการสวนหัวใจ	17	54.84	21	67.74	18.091	.001
หลังทำการสวนหัวใจ	19	61.29	31	100	13.373	.001
หลังถอดท่อสายสวน	20	64.52	30	96.77	9.925	.019
การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน	26	83.87	30	96.77	2.158	.340

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มระยะก่อนทำการสวนหัวใจ หลังทำการสวนหัวใจ หลังถอดท่อนำสายสวน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม (p<.05) ส่วนระยะให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านพบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือ				
	$\bar{X}$	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 31)	16.3871	42.42	1315.00	-5.187	.000
กลุ่มทดลอง (n = 31)	17.3548	20.58	638.00		

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p<.05$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มควบคุม (n = 31)		กลุ่มทดลอง (n = 31)		$\chi 2$ / F*	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเกิดภาวะแทรกซ้อน					3.153*	.076
มี	4	12.9	0	0		
ไม่มี	28	90.3	31	100		

*Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสุขสบายจากอาการปวดหลัง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขสบายจากอาการปวดหลังระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความสุขสบายจากอาการปวดหลัง				
	$\bar{X}$	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 31)	5.48	29.31	908.50	-.971	.332
กลุ่มทดลอง (n = 31)	5.90	33.69	1044.50		

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายจากอาการปวดหลังกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยความความสุขสบายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย 1 ข้อ คือ คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่สมมติฐานการวิจัยอีก 2 ข้อ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอภิปรายที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมากกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่าการดูแลกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรมฯ มีการเตรียมความพร้อมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดวิธีการปฏิบัติตัวร่วมกัน มีการดูแลและฝึกทักษะ ติดตามการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และคอยดูแลช่วยเหลือขณะปฏิบัติตัวตามโปรแกรมฯ โดยใช้สื่อวิดีทัศน์และคู่มือประกอบ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอาจมีความแตกต่างทางด้านประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละบุคคล ทำให้บางรายอาจขาดความรู้ไม่สามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่มีการประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมาใช้ในการดูแล เช่น การศึกษาผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการฉีดอินซูลินดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)[13] ในต่างประเทศมีการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้พฤติกรรมสุขภากลุ่มทดลองดีขึ้น[7] ดังนั้นการประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงสะท้อนให้เห็นคุณภาพการพยาบาลที่เป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ จึงมีประโยชน์มากต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้รับบริการในหลากหลายบริบทอีกด้วย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) อธิบายได้ว่าในกระบวนการดูแลตามการพยาบาลปกตินั้นมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ แต่ความแตกต่างอยู่ที่กลุ่มทดลองได้มีการวางแผนและตกลงร่วมกันในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้ความร่วมมือในการทำหัตถการ เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่ากลุ่มทดลองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 100 แต่ในกลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 12.9 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสถิติหอผู้ป่วยสามัญโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐมที่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มควบคุมทำให้ไม่สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดผลงานที่ตั้งไว้ของหน่วยงาน คือ ต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 0 ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความสุขสบายจากอาการปวดหลังในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการใส่สายสวนหัวใจบริเวณขาหนีบ โดยประยุกต์ทฤษฎีการบรรลุจุดมุ่งหมายของคิงมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสบายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลจากพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นหลักอยู่แล้ว แม้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการบริหารหลังและขาขณะนอนพักหลังการสวนหัวใจ แต่กลุ่มควบคุมก็ได้รับการดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลเช่นเดียวกัน[11] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีเพียง 31 รายในแต่ละกลุ่ม ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรจะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเดิม เพื่อหาข้อสรุปที่ชัดเจนมากขึ้น ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้กลุ่มควบคุมและทดลองจะมีคะแนนความสุขสบายต่างกันเพียงเล็กน้อย

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประเมินความสุขสบายเป็นเพียงการประเมินความสุขสบายจากอาการปวดหลัง ซึ่งเป็นด้านร่างกายเท่านั้น อาจยังไม่ครอบคลุมความสุขสบายในมิติอื่น การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาความสุขสบายในมิติอื่น เช่น ด้านจิตใจ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 จากผลการวิจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำการทำการสวนหัวใจ ป้องการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมฯในรูปแบบนี้ และนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เพื่อหาข้อสรุปยืนยันในด้านภาวะแทรกซ้อนและการศึกษาในเรื่องความสุขสบายในมิติอื่นเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2.2 ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อศึกษาว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างยังให้ความร่วมมือหรือไม่

References

1. Cesare MD, Bixby H, Gaziano T, Hadeed L, Kabudula C, MeGhie DV et al., Mariachiara Di et al., The World Heart Report, World Heart Federation. 2023.
2. Supanam S. Nurse's Role in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome, The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 19-28. (in Thai)
3. Lawanna V, & Prachusilpa G. A study of professional nurse's roles in the cardiac catheterization laboratory unit, The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18 (Supplement): 94-102. (in Thai)
4. Phuengsri K, & Panyasuk S. Effects of Care Protocols after Transfemoral Coronary Angiography Cardiac Catheterization Laboratory Unit Lampang Hospital, Journal of Health Science of Thailand. 2019; 28(6): 1077-99. (in Thai)
5. Praditkitkul C, Wattanakitkrileart D, Phligbua W, & Srimahachota S. The Effect of a Self-Care Program Via Line Application on Self-Care in Patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention, The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 423-31. (in Thai)
6. Sania S, Nazly A, Siddiqui S, & Raja. Effectiveness of Standardized Nursing Care Protocol among Post Cardiac Catheterization Patients to Reduce Hematoma Development, Journal of Pharmaceutical Research International. 2022; 34(39), 49-58. doi:10.9734/JPRI/2022/v34i-39A3623A36234.0
7. Park M, Song R, & Jeong JO. Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction: Randomized, study. International Journal of Nursing tudies. 2017; 71, 8-12./doi.org/10.1016/j.ijnurstu. 2017.02.019
8. King MM, York N, Wiley J, & Sons. A theory for nursing: Systems, concepts, process. Research in nursing & Health. 1982; 5(3), 166-7. doi. org/10.1002/nur.4770050309
9. Photipun U, Toskulkao T, & Changma S. The effects of caring generosity program on anxiety and patient cooperation in coronary angiography, Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2021; 17(2): 89-100. (in Thai)
10. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand together with the Pain Education Association of Thailand. Clinical Guidance for Acute Postoperative Pain Management. 2019.
11. Rattanakanlaya K, Na nakorn M, Karndumri S, Boonguna W, & Thanasan T. Comfort needs and responses on comfort needs of patients on traction. Nursing Journal. 2014; Suppl 41: 112-22. (in Thai)
12. Koltowski L, Filipiak KJ, Tomaniak M, Kochman J, Pietrasik A, Rdzanek A et al., A prospective randomised comparison of minor bleedings in transradial vs. transfemoral access percutaneous coronary interventions for STEMI: a new FEMORAL bleeding classification. Original articles. 2014; 72(9): 790-97. doi: 10.5603/KP.a2014.0109
13. Takaree S, Changmai S, & Hinjiranan S. The outcomes of the nursing care through mutual goal setting in insulin self-injection of type 2 Diabetic persons, Thai Journal of Nursing. 2019; 68(3): 48-55.

ผลของการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในมารดาเด็กสมาธิสั้น

The Effect of Satir Model Online Coaching on ADHD Mothers' Cognitive Emotion Regulation

สุพรรณี ศิริอาภาวิวัฒน์ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์* จุฑามาศ แหนจอน
Supannee Siriapawiwat Warakorn Supwirapakorn* Juthamas Haenjohn
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในมารดาเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น จำนวน 44 คน สุ่มจำแนกเข้ากลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลเพื่อเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสำหรับมารดาเด็กสมาธิสั้น และแบบประเมินการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 6 ครั้ง ๆ ละ 45 - 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีแบบบอนเฟอโรนี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด หลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดหลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลที่มีแผนกจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น

คำสำคัญ: การโค้ชออนไลน์, ซาเทียร์โมเดล, การกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด, มารดาเด็กสมาธิสั้น

Abstract

This quasi-experimental study examines the effects of online coaching using the Satir Model on cognitive emotion regulation in mothers of children with ADHD. The sample consisted of 44 mothers whose children with ADHD. They were randomly assigned into two groups: an experimental group and a control group, with 22 participants in each group. The instruments used included an Online Coaching Program Using the Satir Model to Enhance Cognitive Emotion Regulation for Mothers of Children with ADHD and a Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). The experimental group received the program six times, each session lasting 45-50 minutes, twice a week. Data were collected at three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The data were analyzed using repeated measures ANOVA with one between-group variable and one within-group variable. Pairwise comparisons of mean differences were conducted using the Bonferroni method. The research results indicated that the experimental group had a significantly higher mean score for cognitive

Corresponding Author: E-mail: warakorn@go.buu.ac.th

วันที่รับ (received) 2 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 31 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ก.ย. 2567

emotion regulation after the experiment and during the follow-up period compared to before the experiment, at a statistical significance level of .05. Additionally, the experimental group had a significantly higher mean score for cognitive emotion regulation after the experiment and during the follow-up period compared to the control group, at a statistical significance level of .05. This program should be incorporated into the regular practices of hospitals with child and adolescent psychiatry departments.

Keywords: Online coaching, Satir model, cognitive emotion regulation, mothers of children with ADHD

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder) หรือ ADHD เป็นภาวะที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง มีอาการหลัก คือ ซน ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ขาดสมาธิ เป็นบ่อย และมากกว่าคนทั่วไปที่อยู่ในวัยพัฒนาการเดียวกัน[1] ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และทักษะทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดแก่บิดา มารดา และเกิดปัญหาในการเลี้ยงดู โดยมารดาจะมีระดับความเครียดที่สูงกว่าบิดา[2] เพราะมารดามีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแลเด็กทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ หากมารดาต้องดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเวลานาน ประกอบกับขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด จะส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของมารดา เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เกิดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลได้[3]

การกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด (Cognitive emotion regulation) เป็นวิธีการหนึ่งที่ถูกนำมาใช้เพื่อควบคุมอารมณ์ที่มาจากความเครียด หรือผลจากปัญหาที่เกิดขึ้น[4] โดยผ่านทางการรู้คิด หรือปัญญา (Cognitive coping) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความเครียดนำไปสู่ความผิดปกติของหน้าที่การบริหาร (Executive functions) ส่งผลกระทบต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด[5] มารดาที่มีการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูง มารดาที่มีการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดที่ดี มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ต่ำ[6] และมีความละเอียดอ่อน[7] ในการเลี้ยงดู ดังนั้นการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดจึงมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดอย่างใกล้ชิด และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้นของผู้เลี้ยงดูลดลง

ที่ผ่านมามีโปรแกรมหลายรูปแบบที่ช่วยให้มารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นจัดการกับความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตร เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างการปรับตัวต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดา[8] โปรแกรมการเรียนรู้โดยประสบการณ์กลุ่ม[9] การอบรมเรื่องการควบคุมอารมณ์สำหรับมารดา[10] โดยมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรม ซึ่งให้ผลดีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ จิตใจของมารดา ดังนั้นการมุ่งเน้นไปที่กลยุทธ์ในการจัดการกับเครียดโดยตรงโดยการพัฒนาความสามารถด้านการกำกับอารมณ์ผ่านทางการรู้คิด เพื่อให้มารดาลดความเครียด มีมุมมองทางบวก สามารถรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างมารดา และบุตรสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดของซาเทียร์โมเดล เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้น แม้ซาเทียร์โมเดลจะถูกนำมาใช้ในวงการจิตบำบัด แต่การนำไปใช้ในการโค้ชยังค่อนข้างจำกัดเนื่องจากยังขาดกรอบความคิด และความตระหนักรู้ในการโค้ช แม้การโค้ชโดยใช้ซาเทียร์โมเดลไม่ได้ใช้ศักยภาพทั้งหมดของซาเทียร์โมเดล แต่ก็มุ่งเน้นที่การทำงานในระดับความคิด ความรู้สึก และกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงมากกว่าผลลัพธ์[11] นอกจากนี้ซาเทียร์โมเดลยังมีเป้าหมายหลักคือ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตัดสินใจเอง รับผิดชอบชีวิตตนเอง และมีความสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด และเนื่องจากสภาวะการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การโค้ชแบบออนไลน์จึงเป็นทางเลือกที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดโรคระบาด และลดภาระค่าใช้จ่ายต่อการเดินทาง

จากการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับสูง และใกล้เคียงกับความพึงพอใจของกลุ่มผู้รับบริการที่พบกันแบบตัวต่อตัว ผลลัพธ์ของการรักษายังใกล้เคียงกันอีกด้วย[12]

จากความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเสริมสร้างความสามารถด้านการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้นด้วย

โปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวคิดของซาเทียร์โมเดลมีประสิทธิภาพในการพัฒนาตัวแปรที่สอดคล้องกับการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด[13-14] ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้น และส่งผลให้มารดาสามารถดูแลตนเอง และบุตรสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดล ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดระหว่างมารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลกับมารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับวิธีปกติในระยะหลังทดลอง และติดตามผล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลเพื่อเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสำหรับมารดาเด็กสมาธิสั้น ได้รับการออกแบบกิจกรรมโดยการประยุกต์ใช้หลักการของการโค้ชออนไลน์ ร่วมกับแนวคิดของซาเทียร์โมเดล[11] โดยเน้นการตระหนักรู้ในตนเอง ผ่านการสำรวจอารมณ์ ความคิด และความปรารถนาภายใน การใช้กระบวนการถาม-ตอบ และการอุปมาอุปไมยภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งช่วยให้มารดาเข้าใจและจัดการกับอารมณ์เชิงลบได้ดีขึ้น เกิดการพัฒนาการรู้คิด รับผิดชอบ และควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น และผู้วิจัยผ่านการอบรมจิตบำบัดแบบซาเทียร์โมเดลหลักสูตร 2 ปี ที่จัดโดยสมาคมพัฒนาศักยภาพมนุษย์ และจิตบำบัดแนวซาเทียร์ประเทศไทย ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

1. วิธีทดลอง

1.1 ได้รับโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลสำหรับมารดาเด็กสมาธิสั้น จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45–50 นาที แบบรายบุคคล เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยดำเนินการในกลุ่มทดลองก่อน การได้รับโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) การปฐมนิเทศ และการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กำหนดเป้าหมาย และทราบประโยชน์ของการโค้ช

2) คุณค่าในตน เพื่อให้เห็นคุณค่าตนเองผ่านการสำรวจภูเขาน้ำแข็งของจิตใจ

3) ทางเลือก และการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ผลกระทบด้านมุมมอง และการรับรู้ของตนเอง มีทางเลือกในการตอบสนองต่อปัญหาในทางบวก

4) ความรับผิดชอบ เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ผลกระทบในระดับความคาดหวัง และสามารถตอบสนองต่อปัญหาด้วยความรับผิดชอบ

5) ความสอดคล้องกลมกลืน เพื่อตระหนักถึงวิธีการรับมือต่อปัญหาปรับเปลี่ยนวิธีการรับมือให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกลมกลืน

6) การประเมินการเปลี่ยนแปลง และยุติการโค้ช เพื่อได้ทบทวนและตอกย้ำถึงประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาของตนเอง

1.2 วิธีปกติ ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชโดยใช้ซาเทียร์โมเดลสำหรับมารดาเด็กสมาธิสั้น

2. ระยะเวลาของการทดลอง

2.1 ก่อนทดลอง 2.2 หลังทดลอง 2.3 ติดตามผล (หลังทดลอง 3 สัปดาห์)

การกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดา เด็กสมาธิสั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลหลังทดลอง 3 สัปดาห์

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ มารดาเด็กสมาธิสั้นผู้มีอายุ 25 – 55 ปี ที่มีบุตรสมาธิสั้นอายุ 4 -12 ปี มีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปาง ที่มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาเด็กสมาธิสั้นผู้มีอายุ 25 – 55 ปี ที่มีบุตรสมาธิสั้นอายุ 4 -12 ปี มีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปาง ที่มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวชเด็กและวัยรุ่น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปางระหว่างปี พ.ศ 2566 – 2567 และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 44 คน สุ่มจำแนกเข้ากลุ่ม (Random assignment) เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่คะแนน (Match pair) กลุ่มละ 22 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระดับบัณฑิตศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่รับรอง IRB4-305/2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 รหัสโครงการวิจัย G-HU243/2566 และได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC211/66 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลเพื่อเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสำหรับมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของซาเทียร์โมเดล และการโค้ชออนไลน์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 45-50 นาที ใช้เวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้งแบบรายบุคคล รวมทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ และทำการปรับปรุงจากการทดลองใช้ (Try out) กับมารดาเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45-50 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมิน Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) พัฒนาโดย Garnefski, Kraaij และ Spinhoven[15] ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ 9 Subscales คือ การโทษตัวเอง การโทษคนอื่น การครุ่นคิด การคิดว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้น การมองในแง่ดี การปรับมุมมองเชิงบวก การประเมินเชิงบวก การยอมรับ และการให้ความสำคัญกับการวางแผน CERQ มี 5 ริงเคิร์ท สเกล จากคะแนน 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 5 (ตลอดเวลา) มีความสอดคล้องภายใน และความเที่ยงตรงในระดับดี[15] หลังจากแปลต้นฉบับเป็นภาษาไทย และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดสอบกับมารดาเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลอง (Try out) จำนวน 30 คน พบค่าอำนาจจำแนกแบบสหสัมพันธ์รายข้ออยู่ในระดับสูง คือมากกว่า .80 พบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ .886 แสดงถึงมีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ทำแบบประเมิน CERQ ฉบับภาษาไทยแล้วสุ่มจำแนกเข้ากลุ่ม (Random assignment) เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่คะแนน (Match pair) กลุ่มละ 22 คน และนำคะแนนในครั้งนี้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการโค้ชฯ ด้วยตนเอง โดยไม่มีผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 45 - 50 นาที เป็นรายบุคคล เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยกิจกรรมแรกดำเนินการ ณ ห้องตรวจจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง แบบเผชิญหน้า และมอบซองเอกสารใบงานที่ใช้ในกิจกรรมครั้งถัดไป พร้อมทำการนัดหมายวันเวลาที่จะพบกันทางออนไลน์สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 2 - 6 ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินตามปกติ

หลังทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบประเมิน CERQ ฉบับภาษาไทย และขอให้ทั้งสองกลุ่มถ่ายภาพแบบประเมินฯที่ได้ทำเรียบร้อยแล้วส่งให้ผู้วิจัยทางแอปพลิเคชันไลน์ และใช้คะแนนดังกล่าวเป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest)

ระยะติดตามผล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง 3 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมิน CERQ ฉบับภาษาไทย และขอให้ทั้งสองกลุ่มถ่ายภาพแบบประเมินฯที่ได้ทำเรียบร้อยแล้วส่งให้ผู้วิจัยทาง

แอปพลิเคชันไลน์ และใช้คะแนนดังกล่าวเป็นคะแนนของระยะติดตามผล (Follow up)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable)[16] และเมื่อพบความแตกต่างทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีแบบบอนเฟอโรนี (Bonferroni method)

ผลการวิจัย

ค่าสถิติพื้นฐานของการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดจากผลการวัดการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด และผลการวิเคราะห์ตามองค์ประกอบ 9 ด้าน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดในระยะหลังทดลอง และติดตามผล สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล เป็น 114.45 (S.D.=14.208), 139.86 (S.D.=11.167), และ 144.00 (S.D.=15.263)ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล เป็น 114.41 (S.D.=9.941), 117.41 (S.D.=13.814), และ 117.77 (S.D.=11.518) ตามลำดับ

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

Source of Variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Between Subjects	26411.969	43	9127.511			
Group	8705.939	1	8705.939	20.651*	.000	.330
Error	17706.030	42	421.572			
Within Subjects	14324.000	72.981	6921.836			
Interval	7004.561	1.659	4223.076	101.009*	.000	.706
Interval X Group	4406.924	1.659	2656.951	63.550*	.000	.602
Error (Interval)	2912.515	69.663	41.809			
Total	**40735.969**	**115.981**	**16049.347**			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดพบ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทดลอง กับวิธีการทดลอง แสดงว่าระยะเวลาทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด และยังพบว่าระยะเวลาทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการ รู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ค่าสถิติ	ระยะเวลาการวัดการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด			SS	df	MS	F	P	η^2
		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล						
ทดลอง	M	114.45	139.86	144.00						
(N=22)					11261.545	1.613	6980.255	114.591*	.000	.845
S.D.	14.208	11.167	15.263							
ควบคุม	M	114.41	117.41	117.77						
(N=22)					149.939	1.306	114.803	3.710	.054	.150
S.D.	9.941	13.814	11.518							

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด ระยะหลังทดลอง และติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดกลุ่มทดลอง ระยะหลังทดลอง และติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล โดยการวัดความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

Source		MD	SE	p
กลุ่มทดลอง	หลังทดลอง (139.86) – ก่อนทดลอง (114.45)	25.41*	1.935	.000
	ติดตามผล (144.00) – ก่อนทดลอง (114.45)	29.55*	2.629	.000
	ติดตามผล (144.00) – หลังทดลอง (139.86)	4.14	1.657	.063
กลุ่มควบคุม	หลังทดลอง (117.41) – ก่อนทดลอง (114.41)	3.00	1.713	.284
	ติดตามผล (117.77) – ก่อนทดลอง (114.41)	3.36	1.430	.086
	ติดตามผล (117.77) – หลังทดลอง (117.41)	0.36	.728	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด พบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดไม่แตกต่างกันในทุกระยะของการทดลอง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทดลอง กับวิธีการทดลอง พบว่าระยะเวลาทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และวิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงถึงระยะเวลาการทดลอง และวิธีการทดลองส่งผลต่อการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้น สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดล ถูกออกแบบมาอย่างเป็นระบบโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การตั้งเป้าหมาย และการสำรวจจิตใจโดยใช้คำถามกระบวนการ การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเอง และบุตรในเชิงบวก กระบวนการเหล่านี้ช่วยให้มารดามีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และอารมณ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่โปรแกรมนี้ใช้เวลา 6 ครั้ง ๆ ละ 45-50 นาที ภายใน 3 สัปดาห์ แต่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชที่เน้นการพัฒนาจากภายในสู่ภายนอก[11] การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทั้งในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ไม่เพียงช่วยให้มารดาเข้าใจตนเองและบุตรสมาธิสั้นในช่วงที่ได้รับโปรแกรมเท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัว และการรับมือกับปัญหาได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การที่วิธีการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า การโค้ชออนไลน์ตามแนวคิดซาเทียร์โมเดลมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสูงกว่าแนวทางการดูแลตามปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน จะได้ผลการทดลองที่แตกต่างกันซึ่งเรียกว่ามีปฏิสัมพันธ์กัน

2. มารดากลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลเพื่อเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้น มีการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดหลังทดลอง และติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการโค้ชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถเสริมสร้างการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาเด็กสมาธิสั้นได้ เพราะมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจจิตใจโดยใช้การอุปมาอุปไมยภูเขาน้ำแข็งเพื่อสะท้อนจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยแก้ไขความขัดแย้ง และก้าวข้ามอารมณ์ความรู้สึกทางลบไปได้[11] ช่วยให้มารดาตระหนักถึงปัจจัยภายในที่มีผลต่อการรับรู้ และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถรับผิดชอบในการเติมเต็มความปรารถนาของตนเอง มีทางเลือกในการจัดการกับปัญหา และเป็นเจ้าของอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้ที่จะควบคุมอารมณ์ของตนได้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของมารดาสูงขึ้นหลังการทดลอง และยังคงสูงในระยะติดตามผล ซึ่งยืนยันถึงความคงทนของผลลัพธ์ที่เกิดจากการโค้ช นอกจากนี้ ความเข้าใจ และการยอมรับตนเองและบุตรสมาธิสั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการโค้ชยังช่วยให้มารดาสามารถรับมือกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น[17] และการที่มารดาสามารถนำแนวคิดจากซาเทียร์โมเดลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน สะท้อนถึงประสิทธิภาพและความยั่งยืนของโปรแกรมนี้ในการเสริมสร้างทักษะการกำกับอารมณ์ของมารดา พบการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ ผู้ปกครองเด็ก และวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนาการที่ได้รับโปรแกรมที่อิงแนวคิดซาเทียร์โมเดล มีความวิตกกังวล ความเครียด และปัญหาอารมณ์ลดลง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น[18] ช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเอง และลดอารมณ์ทางลบของผู้ปกครอง[19] รวมทั้งมีความสามารถในการเลือกตัดสินใจ และรับผิดชอบเพิ่มขึ้น[20] อย่างมีนัยสำคัญในระยะหลังทดลอง และติดตามผล นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยที่แสดงถึงการโค้ชออนไลน์ และการโค้ชแบบพบหน้า ให้ผลลัพธ์ไม่ต่างกัน[21] ดั้งนั้นจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพของมารดาในการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด

3. กลุ่มทดลองมีการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังทดลองและติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2 ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลมีประสิทธิภาพสูงกว่าการดูแลตามปกติที่มุ่งเน้นการจัดการปัญหาพฤติกรรมของบุตรสมาธิสั้นเพียงอย่างเดียว การโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลที่เน้นการสำรวจ และเชื่อมโยงกับทรัพยากรภายในของมารดา ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตใจ และอารมณ์ ทำให้มารดามีความสามารถในการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ และการเลี้ยงดูบุตรที่มีสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และการที่มารดาในกลุ่มทดลองสามารถรับมือกับความคาดหวัง และ

ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกลมกลืนในชีวิตที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาทักษะการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด นอกจากนี้โปรแกรมการโค้ชฯยังช่วยให้มารดาเข้าใจ และรับรู้ความรู้สึก ความคิด และความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และบุตร ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในการกำกับอารมณ์ มารดากลุ่มทดลองสามารถลดการโทษตัวเอง ลดความคาดหวังที่ไม่สมเหตุสมผล และเพิ่มความสามารถในการมองโลกในแง่ดี ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้เป็นองค์ประกอบหลักที่ทำให้เกิดการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมที่อิงแนวคิดซาเทียร์โมเดล ที่พบว่าผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯมีการพัฒนาทักษะทางอารมณ์และจิตใจที่แสดงถึงการควบคุมอารมณ์ที่ดี คือ ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นมีความเครียดลดลง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[20,22] นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่ยืนยันว่ามารดาเด็กอนุบาลที่ได้รับโปรแกรมตามแนวซาเทียร์โมเดลมีการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเอง และการสื่อสารที่ดีกับบุตร เมื่อเปรียบเทียบกับมารดากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังทดลอง และติดตามผล[23] ผลลัพธ์เหล่านี้สนับสนุนแนวคิดของซาเทียร์โมเดล ที่เชื่อในศักยภาพภายในของมนุษย์ในการเปลี่ยนแปลง และเติบโตเมื่อได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม[17] การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชฯที่สามารถส่งผลในระยะยาวแม้การโค้ชจะจบไปแล้ว แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการโค้ชออนไลน์โดยใช้ซาเทียร์โมเดลช่วยให้มารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดสูงกว่ามารดาเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับวิธีปกติในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในหน่วยงานที่ดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้ที่ต้องการนำโปรแกรมไปใช้ควรผ่านการอบรมพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับซาเทียร์โมเดล เพื่อให้เข้าใจหลักการ และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างเข้าใจ และมีประสิทธิภาพ

2. ควรส่งเสริมให้นักวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้ได้รับการอบรมเพื่อเห็นความสำคัญของการพัฒนาการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิด และนำโปรแกรมฯไปใช้กับมารดาเด็กสมาธิสั้น

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ครอบคลุม ในบริบทที่แตกต่างกัน ควรมีการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และหลากหลายมากขึ้น เช่น บิดา มารดา และผู้ดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษกลุ่มอื่นๆ

2. เพื่อเป็นการทดสอบผลการทดลองในเชิงประสาทวิทยาของมารดาเด็กสมาธิสั้น ควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าสมองร่วมด้วย เพื่ออธิบายผลการเปลี่ยนแปลงทางประสาทวิทยาด้านการกำกับอารมณ์ทางการรู้คิดของโปรแกรมฯ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาเด็กสมาธิสั้นควรมีการกำหนดอายุที่มีระดับพัฒนาการทางการรู้คิด และวุฒิภาวะที่ใกล้เคียงกันเพื่อผลการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือ

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Iswinarti I, Jadmiko G, & Hasanati N. Cognitive Emotion Regulation: Its Relationship to Parenting Stress. J Soc Stud Educ Res 2020; 11(2): 204-22.
3. Theule J, Wiener J, Tannock R, & Jenkins JM. Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. J Emot Behav Disord 2013; 21(1): 3-17.
4. Garnefski N, & Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. Eur J Psychol Assess 2007; 23(3): 141-9.
5. Ashena M, Besharat M, Malihialzackerini S, & Rafezi Z. The effectiveness of unified transdiagnostic therapy on strategies cognitive emotion regulation in mothers of children with cancer. J Psychol Sci 2021; 20(104): 1383-1402.

6. Veek SMC, Kraaij V, & Garnefski N. Cognitive Coping Strategies and Stress in Parents of Children with Down Syndrome: A Prospective Study. Intellect Dev Disabil 2009; 47(4): 295-306.
7. Crandall A, Deater-Deckard K, & Riley A. Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. Dev Rev 2015; 1(36): 105-26.
8. Srisuwan K. The effects of an adaptive enhancement program on stress management skills of mothers with children with ADHD. J Royal Thai Army Nurses 2019; 20(3): 286-95. (in Thai)
9. Saboonma Ch. The effects of a group experiential learning program for parents on the aggressive behavior of children with ADHD. Master study, Chulalongkorn University; 2019.
10. Arabi A, Moghaddam LF, & Sahebaizamni M. The effect of emotion regulation training on family relationships of hyperactive children. J Educ Health Promot 2022; 9: 1-8.
11. Haitoglou D. The Satir Systemic Coaching Model. Satir Int J. 2017; 5(1): 4-16.
12. Steel K, Cox D, & Garry H. Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions. J Telemed Telecare 2011; 17(3): 109-17.
13. Phuttharod P, & Silpakampises K. The effects of Satir Model based on individual psychotherapy program on depression among the Elderly. Journal of Public Health Nursing 2021; 35(1): 108-22. (in Thai)
14. Ritmoontree S. Abstract effect of group Satir Model based on program on self-esteem enhancement of amphetamine dependence in compulsory rehabilitation. Journal of the Department of Medical Services 2021; 46(1): 212-17. (in Thai)
15. Garnefski N, Kraaij V, & Spinhoven Ph. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Differ 2001; 30(8): 1311-27.
16. Howell DC. Statistical methods for psychology. 6th ed. Belmont, California: Duxbury Press; 2007.
17. Satir V, Banmen J, Gerber J, & Gomori M. The Satir Model Family Therapy and Beyond. Palo Alto, California: Science and Behavior Books Inc.; 1991.
18. Srikosai S, Wongpothi U, Wongmueang N, & Thakham A. Development of a Mental Health Service System for Guardians of Children and Adolescents with Mental Health and Developmental Problems. J Thail Nurs Midwifery Counc 2023; 38(2): 88-104. (In Thai)
19. Khumsabanant S, Rattanatirawan P, Nakthongkeaw S, & Jampathong L. Effect of Group Therapy base on Satir Model in Parents of Children with Intellectual Disabilities. Rajanukul Inst J 2012; 27(3): 25-37. (In Thai)
20. Srikosai S, Dornnork P, Taweewattanaprecha S, & Saipanish R. Clinical Outcomes and Parents' Life Congruence of Children with Attention Deficit-Hyperactive Disorder after Satir Model Based Psychoeducational Program. J Psychiatr Assoc Thail 2018; 68(3): 227-46. (In Thai)
21. Burrous T. A comparison study on E-coaching and Face-to-Face coaching. Dissertation, University of Pennsylvania; 2021.
22. Kamkliang K. Prototype development: Satir Model in parents' group of attention deficit and hyperactivity disorders children. J Ment Health Thail 2008; 16(3): 144-56. (In Thai)
23. Seo SH, & Kim JS. The Effects of a Parental Education Program based on Satir Transformational Systemic Therapy Model for Preschoolers' Mothers. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs 2015; 24(4): 330-41.

ผลการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน

Effects of Developing Pediatric Electrocardiogram Interpretation Skills of Professional Nurses by Web Application

ทัศนียา ไกรสรสวัสดิ์*[1] อารี ชีวเกษมสุข[1] กชกร เจตินัย[2]**

Tassaniya Kraisornsawat*[1] Aree Cheevakasemsook[1] Kotchakorn Jetinai[2]**

[1]มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 111201

[1]Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

[2]มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000

[2]Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้วัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน และ 2) เปรียบเทียบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรคหัวใจ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 14 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) เว็บแอปพลิเคชันการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 -1.00 และ 2) แบบทดสอบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบวิลคอกซัน แมชแพรส์ ซายน์แลงค์ ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับดีมาก (ร้อยละ 91.57 พิสัยระหว่างคลอไทล์ IOR 7) และ 2) พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

จากการวิจัย ผู้บริหารควรกำหนดแนวทางพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชันร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: ทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, คลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก, เว็บแอปพลิเคชัน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This quasi-experimental study aimed 1) to study the pediatric electrocardiogram (PECG) interpretation skills of professional nurses before and after utilizing a web application, and 2) to compare these skills before and after the development of PECG interpretation skills by a web application. The participants were 14 purposively selected pediatric cardiac intensive care unit nurses. Two research instruments were used including 1) the web application for developing PECG interpretation skills with content validity ranging from

Corresponding Author: **Email: areecheeva@gmail.com

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (Received) 7 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 2 พ.ย. 2567

0.80 to 1.00; and 2) PECG interpretation quiz, and its reliability was 0.83. Data were analyzed by using descriptive statistics and the Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test. The results revealed that: 1) overall pediatric ECG interpretation skills of the professional nurses before and after using the web application were at a moderate level a very good level (percentage 91.57 Interquartile range IQR 7). 2) Their PECG interpretation skills after using the web application were significantly higher than the prior ($p < .01$).

From this research, administrators should establish guidelines for the development of pediatric electrocardiogram interpretation skills among professional nurses using web applications in conjunction with standard care.

Keywords: Electrocardiogram interpretation skill, Pediatric electrocardiogram, Web application, Professional nurse

บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia) คือภาวะที่หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือมีจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดอาการต่าง ๆ เช่น ใจสั่น หน้ามืด หมดสติ หรือแม้กระทั่งอาจทำให้เสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้ ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤต[1] โดยมีอุบัติการณ์ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติประมาณ 55.1 รายต่อผู้ป่วยเด็ก 100,000 ราย และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังการผ่าตัดหัวใจในเด็กถึงร้อยละ 6.7[2] ในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่เสียชีวิตจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะคิดเป็นร้อยละ 0.65[3] การวินิจฉัยที่สำคัญได้จากการวิเคราะห์ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มักเป็นบุคคลแรกที่สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง[4] ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้งในกรณีปกติและผิดปกติเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในเบื้องต้นและรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งเป็นการช่วยผู้ป่วยให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิต[5] การพัฒนาทักษะดังกล่าวถือเป็นบทบาทที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลวิชาชีพอย่างยิ่ง

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กสำหรับพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีวิธีการศึกษาในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่คุกคามชีวิต[6] และการศึกษาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ[7] นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะโดยใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ยังพบการศึกษาที่น้อย โดยมีเพียงการศึกษาใช้แอปพลิเคชันเพื่อช่วยฝึกการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ใหญ่[8] ซึ่งพบว่ามีผลในการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้และ ความสามารถในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการพัฒนาทักษะของพยาบาลวิชาชีพ จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่ยังพบปัญหาในการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานกับผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ไม่เพียงแต่ต้องการความเข้าใจทางทฤษฎีและทักษะทางการแพทย์ แต่ยังต้องการการฝึกฝนและพัฒนาทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีขนาด 1,188 เตียง และมีศูนย์เชี่ยวชาญในหลายแผนกรวมถึงศูนย์โรคหัวใจ ซึ่งมีห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรคหัวใจที่ให้บริการแก่เด็กที่มีภาวะวิกฤต โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุ 1 เดือนถึงน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 8 เตียง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะพบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการวินิจฉัยที่สำคัญในกรณีนี้ได้จากการวิเคราะห์ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ดังนั้นความสามารถในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์เช่นนี้ โรงพยาบาลและกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการแปลผลคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ โดยสนับสนุนให้มีการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาลในหลักสูตร 3 วัน อย่างไรก็ตาม การส่งพยาบาลเข้าร่วมการอบรมมีข้อจำกัด ทำให้มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพียงร้อยละ 33.33 แม้ว่าจะมีการสนับสนุนการเรียนรู้ในด้านนี้ แต่ผลที่ได้ยังไม่สามารถเพิ่มทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ตามที่คาดหวัง เนื่องจากหลักสูตรการอบรมเน้นการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ใหญ่และยังขาดการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลขาดความมั่นใจในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก เนื่องจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ทั้งในแง่ของอัตราการเต้นของหัวใจและลักษณะคลื่นไฟฟ้าซึ่งมีความซับซ้อนมากกว่า ส่งผลให้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กเกิดความคลาดเคลื่อน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤต โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน รวมทั้งประสบการณ์ในการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่เท่ากัน การฝึกอบรมทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กยังพบได้ค่อนข้างน้อยและยังมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา รวมทั้งการจำกัดจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ นอกจากนี้เทคนิคการสอนที่ใช้ในการอบรมขึ้นอยู่กับวิทยากรแต่ละคน ซึ่งอาจมีความแตกต่างในการใช้เอกสารหรือสื่อประกอบการสอนในการบรรยาย

ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติในเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากเด็กมีความเสี่ยงเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) ในเด็กเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากมีความซับซ้อนและแตกต่างจากผู้ใหญ่ ซึ่งลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กจะมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุทำให้พยาบาลวิชาชีพขาดความมั่นใจในการแปลผล โดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่างกัน การพัฒนาทักษะในด้านนี้จึงสำคัญ แต่ในปัจจุบันยังขาดการฝึกอบรมเฉพาะด้านนี้ที่เหมาะสม และพยาบาลมักเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงาน การวิจัยนี้จึงสนใจการใช้เทคโนโลยีในการฝึกฝนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาลที่ทำงานกับเด็ก โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ของกานเย[9] ที่มีปฏิสัมพันธ์กับเทคโนโลยี ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติและผิดปกติ[10] ความรู้เรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก[11] การวิเคราะห์จังหวะการเต้นของหัวใจ[12] เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจและสะดวกในการใช้งาน พยาบาลสามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม การใช้เทคโนโลยีนี้จะช่วยพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาล ทำให้การดูแลเด็กที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

ทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนการใช้เว็บแอปพลิเคชัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ แนวคิดการวิเคราะห์จังหวะการเต้นของหัวใจ[12] ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบความสม่ำเสมอของ R wave (Determine the regularity of the R wave (Rhythm) ขั้นตอนที่ 2 คำนวณอัตราการเต้นของหัวใจ (Calculate the heart rate) ขั้นตอนที่ 3 จำแนกและตรวจสอบ P waves (Identify and examination P wave) ขั้นตอนที่ 4 วัดระยะ PR interval (Measure the PR interval) ขั้นตอนที่ 5 วัดระยะ QRS duration (Measure the QRS complex) แนวคิดการเรียนรู้ของกานเย[9] โดยบูรณาการร่วมกับความรู้เรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก[11] แนวทางการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติและผิดปกติ ในคู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูงในเด็ก สำหรับบุคลากรทางการแพทย์[10]โดยนำมาประยุกต์ใช้ ประกอบด้วย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ 8 เรื่อง ได้แก่ 1) Normal Sinus Rhythm 2) Sinus Bradycardia 3) First degree AV block 4) Second degree 3) Third degree AV block 4) Sinus tachycardia 5) Supraventricular tachycardia และ 6) Ventricular tachycardia นำมาพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการพัฒนาแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โดยศึกษาผลของเว็บแอปพลิเคชันนี้ มีตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะการแปลผลคลื่น

ไฟฟ้าหัวใจในเด็ก[9] ของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน ที่ปฏิบัติงานในงานห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรคหัวใจ ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติกำหนด มีดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติที่ห้องผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรคหัวใจ 2) มีคอมพิวเตอร์หรือเครื่องมือสื่อสารโทรศัพท์เคลื่อนที่แบบพกพา และสามารถใช้งานเว็บแอปพลิเคชันได้ 3) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออกมีดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้รับการอบรมจนครบทั้ง 4 บทเรียนในเว็บแอปพลิเคชันการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ ภายใน 14 วัน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีความจำเป็นต้องขอออกจากโครงการก่อนกำหนด เช่น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องขอออกจากโครงการก่อนกำหนด เช่น ลาออก ลาคลอด ย้ายแผนก เป็นต้น และเกณฑ์การยุติการวิจัยมีดังนี้ ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง 11 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลา 14 วัน โดยมีขั้นตอนดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง ทำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จัดทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลและเตรียมเอกสารระหว่างการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยได้แจกแบบทดสอบทักษะก่อนเรียน (Pretest) โดยแยกใส่ซองเอกสารและปิดผนึกให้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพก่อนเข้าเว็บแอปพลิเคชันและเริ่มเข้าสู่บทเรียนและกำหนดระยะเวลาให้เข้าศึกษาในเว็บแอปพลิเคชันได้ไม่จำกัดภายใน 14 วัน

3. ระยะประเมินผล เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน ทำการทดสอบโดยใช้แบบทดสอบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพหลังการทดลอง (Posttest) โดยใช้ข้อสอบชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจข้อสอบทั้งก่อนและหลังการทดลองแล้วเสร็จในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2567 หลังจากนั้นนำผลการทดสอบก่อนการทดลองและการทดสอบหลังการทดลองมาตรวจความสมบูรณ์แล้วจึงนำไปคำนวณและวิเคราะห์หาค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้การรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รหัส 003/67C วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบอย่างละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยจะต้องลงนามแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หากกลุ่มตัวอย่างประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อต่อการทำงานที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปแบบของข้อมูลค่าเฉลี่ยในภาพรวมเท่านั้นและเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ เว็บแอปพลิเคชันการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบูรณาการ 4 แนวคิดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์โรคหัวใจเด็ก 1 คน พยาบาลที่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจ 2 คน อาจารย์พยาบาลเด็ก 2 คน รวม 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80-1.00 และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบทดสอบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นลักษณะแบบเลือกตอบถูก-ผิด (True-false test) และแบบเติมคำตอบแบบสั้น จำนวน 89 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบ ผิดได้ 0 คะแนน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้สูตร KR-20[13] กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนคลอไทล์ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซัน แมชแพรส์ ซายน์แลงค์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) วิเคราะห์ข้อมูลผลการทำแบบทดสอบวัดทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ โดยการหาค่าคะแนนมัธยฐานเมื่อปรับเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100[14] ดังนี้ ระดับดีมาก = คะแนนร้อยละ 80-100; ระดับดี = คะแนนร้อยละ70-79; ระดับปานกลาง = คะแนนร้อยละ50-69; ระดับต่ำ = คะแนนร้อยละ <50

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.7 อายุระหว่าง 27-31 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.7) ค่ามัธยฐาน 33.5 ปี และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้ผลตรวจคลื่นหัวใจ 6–10 ปี (ร้อยละ78.6) ค่ามัธยฐาน = 8 ปี และทุกคนเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาและส่วนใหญ่อบรมจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 92.9)

2. ผลของทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน แสดงตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างคลอไทล์ และการทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐาน ด้านทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน จำแนกเป็นกลุ่มข้อคำถามและโดยรวม (n=14)

กลุ่มข้อคำถาม	คะแนนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	มัธยฐาน (ร้อยละ)	พิสัยระหว่างคลอไทล์	ต่ำสุด	สูงสุด	มัธยฐาน (ร้อยละ)	พิสัยระหว่างคลอไทล์	ต่ำสุด	สูงสุด
ระบุชื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	80 (ดีมาก)	1	1	5	100 (ดีมาก)	0	3	5
คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติ	79.16 (ปานกลาง)	1	8	11	100 (ดีมาก)	0.25	11	12
คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ	63.89 (ปานกลาง)	16	29	60	89.58 (ดีมาก)	5.50	60	70
โดยรวม	65.73 (ปานกลาง)	17.75	39	75	91.57 (ดีมาก)	7.00	77	87

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชันพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่ามัธยฐาน (ร้อยละ) 65.73 อยู่ในระดับ ปานกลาง (พิสัยระหว่างคลอไทล์ 17.75) หลังทดลองอยู่ในระดับดีมาก ค่ามัธยฐาน (ร้อยละ) 91.57 อยู่ในระดับ ดีมาก (พิสัยระหว่างคลอไทล์ 7) เมื่อจำแนกตามกลุ่มข้อคำถาม พบว่าก่อนทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่หลังการทดลองอยู่ในระดับดีมากทุกกลุ่มข้อคำถาม

3. ผลการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชัน โดยเปรียบเทียบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน แสดงตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างคลอไทล์คะแนนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน จำแนกเป็นกลุ่มข้อคำถามและโดยรวม (n=14)

กลุ่มข้อคำถาม	คะแนนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก								Wilcoxon Signed Test	p-value
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง					
	มัธยฐาน (ร้อยละ)	พิสัยระหว่างคลอไทล์	ต่ำสุด	สูงสุด	มัธยฐาน (ร้อยละ)	พิสัยระหว่างคลอไทล์	ต่ำสุด	สูงสุด		
ระบุชื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	80 (ดีมาก)	1	1	5	100 (ดีมาก)	0	3	5	-2.675	.007*
คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติ	79.16 (ปานกลาง)	1	8	11	100 (ดีมาก)	0.25	11	12	-3.342	.001*
คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ	63.89 (ปานกลาง)	16	29	60	89.58 (ดีมาก)	5.50	60	70	-3.297	.001*
โดยรวม	65.73 (ปานกลาง)	17.75	39	75	91.57 (ดีมาก)	7.00	77	87	-3.305	.001*

*p <. 01

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนของทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกโดยรวมและกลุ่มข้อคำถามพบว่าอยู่ในระดับดีมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .01) แตกต่างจากก่อนทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชัน โดยก่อนทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและจำแนกเป็นกลุ่มข้อคำถามอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

การอภิปรายผลการวิจัย

ทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้เว็บแอปพลิเคชัน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพได้รับพัฒนาทักษะเพิ่มเติมและสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีผลต่อการเพิ่มทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ[7,15] แตกต่างจากวิธีการสอนแบบเดิมที่ผู้เรียนฝึกทักษะและทบทวนเนื้อหานอกเวลาเรียนด้วยตนเองหรือไม่มีการกำหนดรูปแบบการใช้สื่อออนไลน์เพื่อสนับสนุน การศึกษานอกเวลาเรียน การพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กผ่านการใช้เว็บแอปพลิเคชันช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกเรียนบทเรียนและกำหนดช่วงเวลาในการเรียนได้อย่างอิสระ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งและระยะเวลาในการฝึกฝน ซึ่งเหมาะสมกับผู้เรียนในทุกกลุ่มอายุ รวมถึงกลุ่มที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางและมีประสบการณ์ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การเปรียบเทียบทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก พบว่า คะแนนของทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชัน จำแนกกลุ่มข้อคำถามและโดยรวม สูงกว่าก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชัน เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกทักษะผ่านเว็บแอปพลิเคชันในการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกบทเรียนและกำหนดช่วงเวลาในการเรียนได้อย่างอิสระโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งและระยะเวลา การเรียนรู้ในลักษณะนี้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถเพิ่มทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ[7,8] ที่แสดงให้เห็นว่า การฝึกฝนอย่างต่อเนื่องมีผลในการเพิ่มทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้อย่างชัดเจน การเพิ่มทักษะของพยาบาลวิชาชีพนั้นเชื่อว่าเกิดจากการมีแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมทักษะ ซึ่งประกอบด้วย 4 แหล่งข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ 1) การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ปกติและผิดปกติ[10] 2) ความรู้เรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็ก[11] 3) แนวคิดการวิเคราะห์จังหวะการเต้นของหัวใจเป็นขั้นตอน[12] โดยการอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีขั้นตอนการอ่านที่เป็นระบบ เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความแม่นยำและรวดเร็วมากยิ่งขึ้นและ 4) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของกานเย[9] ออกแบบการนำเสนอเนื้อหาและการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ โดยระบบเว็บแอปพลิเคชันได้ใช้หลักการสร้างความสนใจโดยประกอบด้วยบทเรียนที่มีภาพประกอบและแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน เพื่อช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของแต่ละบทเรียนทำให้ผู้เรียนสามารถมุ่งเน้นความสนใจไปที่เนื้อหาที่เกี่ยวข้องและเลือกศึกษาส่วนที่ตนเองยังขาดความเข้าใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ของบทเรียนที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ การทบทวนความรู้เดิมผ่านการทำแบบทดสอบก่อนเข้าเรียนยังเป็นการเสริมสร้างพื้นฐานความรู้ก่อนที่จะเข้าสู่เนื้อหาบทเรียนใหม่ โดยเนื้อหาของเว็บแอปพลิเคชันประกอบด้วยบทเรียนที่เรียงลำดับจากง่ายไปยาก ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กอย่างเป็นระบบทั้งในกรณีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติและผิดปกติ รวมทั้งมีโอกาสฝึกทักษะผ่านแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน พยาบาลวิชาชีพสามารถเลือกบทเรียนและช่วงเวลาในการเรียนได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กภายใต้กรอบการพัฒนาทักษะที่มีการออกแบบไว้อย่างเป็นระบบ การเรียนรู้นี้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กที่เพิ่มขึ้น และมีแนวทางในการเรียนรู้ที่ชัดเจนผ่านคำแนะนำที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยเน้นให้พยาบาลวิชาชีพฝึกทักษะในแบบฝึกหัดที่สามารถทำซ้ำได้บ่อยครั้ง การให้ข้อมูลย้อนกลับในแบบฝึกหัดท้ายบทเรียนทำให้ผู้เรียนทราบผลทันทีว่าคำตอบที่ให้เป็นคำตอบที่ถูกหรือผิด ซึ่งช่วยให้พยาบาลวิชาชีพทบทวนความรู้ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การประเมินการเรียนรู้หลังจากเรียนผ่านการทดสอบหลังเรียน (post-test) ยังช่วยประเมินว่าผู้เรียนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของบทเรียนได้หรือไม่[14,16] ดังนั้นการใช้เว็บแอปพลิเคชันในการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต[17] ที่สอดคล้องกับแนวคิดการศึกษาในยุคดิจิทัล โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อเสริมสร้างการสื่อสารที่เข้าถึงได้ง่ายและสามารถเรียนรู้ในช่วงเวลาอิสระตามความสะดวกของผู้เรียน นอกจากนี้ การใช้งานที่สะดวกและการออกแบบที่เน้นความน่าสนใจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผลและพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กภายใต้กรอบการพัฒนาทักษะที่ออกแบบไว้อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเสริมสร้างทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพ และนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารควรสนับสนุนและกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กของพยาบาลวิชาชีพโดยผ่านเว็บแอปพลิเคชันร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานต่อไป

2. นำเว็บแอปพลิเคชันไปพัฒนาเพื่อใช้ในการส่งเสริมทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจในเด็กร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานและขยายผลไปใช้กับหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันกับวิธีการฝึกอบรมแบบดั้งเดิม

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการปรับใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น Artificial Intelligence (AI) หรือ Virtual Reality (VR) ในการพัฒนาทักษะการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพของการใช้เว็บแอปพลิเคชันนี้

References

1. Gropler MRF, Dalal AS, Van Hare GF, & Silva JNA. Can smartphone wireless ECGs be used to accurately assess ECG intervals in pediatrics? A comparison of mobile health monitoring to standard 12-lead ECG. PLoS One. 2018; 13(9):e0204403.
2. Sahu MK, Das A, Siddharth B, Talwar S, Singh SP, Abraham A, et al. Choudhury Arrhythmias in children in the early postoperative period after cardiac surgery. World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery. 2018;9(1):38-46.

3. Phatrakulavivat P, & Tarakul S. Risk factors and outcomes of pediatric cardiac arrest. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2019;1(2):115-21. (In Thai)
4. Alanezi FZ. A systematized review aimed to identify the impact of basic electrocardiogram training courses on qualified nurses. Saudi Critical Care Journal. 2019;2(4):51-65.
5. Kusumph W. Critical care nursing: a holistic approach. Bangkok: Sahapatphanit; 2013. (In Thai)
6. Ruhwanya DI, & Tarimo EA, Ndile M. Life threatening arrhythmias: Knowledge and skills among nurses working in critical care settings at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. Tanzan Jounal Health Res. 2018; 20(2):1. doi:10.4314/thrb.v20i2.1.
7. Pontes PAI, Chaves RO, Castro RC, de Souza ÉF, Seruffo MCR, & Francês CRL. Educational software applied in teaching electrocardiogram: Asystematic review. Biomed Res Int.2018; 2018:8203875. doi:10.1155/2018/8203875.
8. Honglalern W, Maneesawapark E, Wajanasing T, Buakamsee A, & Siriwattanasathorn M. Application ECG Simulator Training TUH. Thammasat University Hospital Journal Online. 2021;6(3):24-38. (In Thai)
9. Gagné RM, Briggs L. Principles of instructional design. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1974.
10. Thai Pediatric Cardiology Society. Pediatric life support manual. Bangkok: A Plus Print; 2020. (In Thai)
11. Khosited S. Electrocardiography in children: reading and interpretation for clinical diagnosis. 2nd ed., rev. Bangkok: Ramathibodi Medical Books Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2011. (In Thai)
12. Huff J. ECG workout exercises in arrhythmia interpretation. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2012.
13. Mehrens WA, & Lehmann IJ. Measurement and education in evaluation and psychology. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1984.
14. Buntham K. Raebiap wichai thang sangkhomsat [Social science research methods]. Bangkok: Chamlong Printing; 2011.
15. Pontes PAI, Chaves RO, Castro RC, de Souza ÉF, Seruffo MCR, & Francês CRL. Educational software applied in teaching electrocardiogram: a systematic review. BioMed research international. 2018;2018:8203875.
16. Pongsathonviboon K. Lifelong learning and nursing professional. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(3):1-9. (In Thai)
17. Sawangchit S, Wongsaita N, & Kanglee K. Development of learning nursing skill program via digital media to encourage clinical judgement among the second year nursing students of The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3): 133-43. (In Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

Effects of the Health Belief Promotion Program on COVID-19 Preventive Behavior among Medical Patients in a University Hospital

กาญจนา จันทร์ปัญญา* พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ
Kanjana Janpanya* Pimpaporn Klunklin Wanchai Lertwatthanawilat
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University ChiangMai Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติแมนวิทนีย์ยู

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุอยู่ในช่วงอายุ 61 ปี เป็นเพศหญิง และเพศชายเท่ากัน มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด มีโรคประจำตัวคือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด และส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 หลังได้รับโปรแกรมใน 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นจาก 32.00 เป็น 36.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ($p<.001$) กลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกันโดยมีคะแนนมัธยฐานเท่ากัน คือ 32.50 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม พบว่า คะแนนมัธยฐานการปฏิบัติทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้สามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยกลุ่มอื่น หรือผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำที่มีวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อแบบเดียวกันได้

คำสำคัญ: การติดเชื้อทางเดินหายใจ, โควิด19, โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

This quasi-experimental research used two groups to measure the antecedents. The objective was to study the effect of the health belief promotion program on COVID-19 prevention behavior among 52 patients from medical wards, with 26 patients in the experimental group and 26 in the control group. The research instruments for data collection were questionnaires on demographic information and COVID-19 prevention behavior for medical patients in a university hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U test.

Corresponding Author: *E-mail: Kanjana_jun@cmu.ac.th

วันที่รับ (received) 8 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accept) 21 ก.ย. 2567

The results of the study found that the experimental and control groups were in the age range of 61 years and were equally female and male. Most have primary school. There is a congenital disease. Most cardiovascular system diseases and most of them had received the COVID-19 vaccine after receiving the program within 4 weeks, the experimental group's median practice scores increased from 32.00 points to 36.00 points (out of 40 points) (p<.001). This improvement was not observed in the control group, whose median practice score remained statistically unchanged at 32.50 points. While the median practice scores between the groups, both before and after, were not significantly different, the overall outcome suggests that the Health Belief Promotion Program on COVID-19 prevention practices could be a valuable tool in preventing respiratory infections in other groups of patients with emerging and re-emerging diseases that have the same mode of transmission.

Keywords: Respiratory infection, COVID-19, Health belief Promotion Program, Preventive behavior

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ก่อให้เกิดการระบาดลุกลามไปทั่วโลก[1] มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 69 ร้อยละ 24 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ[2] ส่งผลกระทบ ต่อผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น ผู้ป่วยมะเร็งที่การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ทำให้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เกิดโรคโควิด 19 ได้ง่าย[3] ผู้ป่วยโรคเลือดและผู้ป่วยที่มีการปลูกถ่ายอวัยวะ มีอัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปในกลุ่มเดียวกัน[4] ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้การควบคุมโรคทำได้ยากขึ้น เนื่องจากความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือดและมีความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 3 เท่า[5] และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติสูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วไปถึง 2.681 เท่า[6] และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อ "ลองโควิด" (Long COVID)7 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ความชุกของอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 27.6 ความชุกของผู้ป่วยโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.6[8] เกิดจาก ถูกกักตัว ว่างงาน ประสบปัญหาธุรกิจล้มเหลว ผู้มีรายได้น้อย และครอบครัวที่มีผู้ป่วยติดเตียง[9]

ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อไวรัสอาร์เอ็นเอ (RNA) ชนิดสายเดี่ยว สามารถก่อโรคทั้งในคนและสัตว์ มีการกลายพันธุ์ได้ง่ายบางสายพันธุ์สามารถสร้างภูมิต้านทานต่อยาและต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้การกำจัดเป็นไปได้ยากขึ้น[10] ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด มีการระบายของอากาศไม่ดี การอยู่ใกล้ชิดกันน้อยกว่าระยะ 1-2 เมตร สามารถเพิ่มโอกาสในการสัมผัสฝอยละอองจากการไอ จาม หรือการพูดคุยได้โดยง่ายจากผู้ติดเชื้อ[11] จากการศึกษา พบอัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาล ร้อยละ 16.2 และ พบเชื้อไวรัสในตัวอย่างสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยโรคโควิด 19 13 ตัวอย่างจาก 28 ตัวอย่าง[12] และปัจจัยด้านตัวบุคคล พบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัวที่ส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อโควิด 19 โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งติดเชื้อโควิด 19ร้อยละ 7.8 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา 22,914 ราย[13] ผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 14.34 จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษา 78,874 ราย[5] ผู้ป่วยอายุรกรรมหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตสูง จึงมีความจำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น

มาตรการ DMHT เป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคนา 2019 ที่ประกอบด้วย 1) การเว้นระยะห่างตนเองและผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร (Social Distancing: D), 2) การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย (Mask Wearing: M), 3) การทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% (Hand Washing : H),

4) การคัดกรองด้วยการวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Testing :T)[14]

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ผู้ป่วยในประเทศเอธิโอเปียตอนใต้ ร้อยละ 26.4 มีการปฏิบัติซึ่งอยู่ในระดับต่ำมาก[15] ได้แก่ ไม่ล้างมือเป็นประจำ ร้อยละ 54.9 ไม่ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อหรือแอลกอฮอล์ในการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 35.4 และไม่สวมหน้ากากอนามัยร้อยละ 36.1 สำหรับประเทศไทยพบว่าคะแนนการปฏิบัติของผู้ป่วยอายุรกรรมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.70[16] ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติทั้งหมด แม้จะมีมาตรการในการควบคุมการติดเชื้อและจำกัดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังคงมีรายงานกรณีของการติดเชื้อของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาล[5,13] ผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยหลายโรคและซับซ้อนทำให้มีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความสำเร็จในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการรับรู้ ความเชื่อและทัศนคติในการปฏิบัติการป้องกันโรค[17,18] การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและทัศนคติจะนำไปสู่การสร้างแรงจูงใจสู่การปฏิบัติ[18]

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 20 ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรค และ 5) การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติการป้องกันโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่ดี โดยจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการประยุกต์ใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ได้[20,21]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 20 มาประยุกต์ใช้โดยโปรแกรมจะประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และนำไปสู่การเกิดการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องเหมาะสม ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปปรับใช้ในวางแผนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือนำไปใช้ปฏิบัติการป้องกันโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ หรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อแบบเดียวกันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

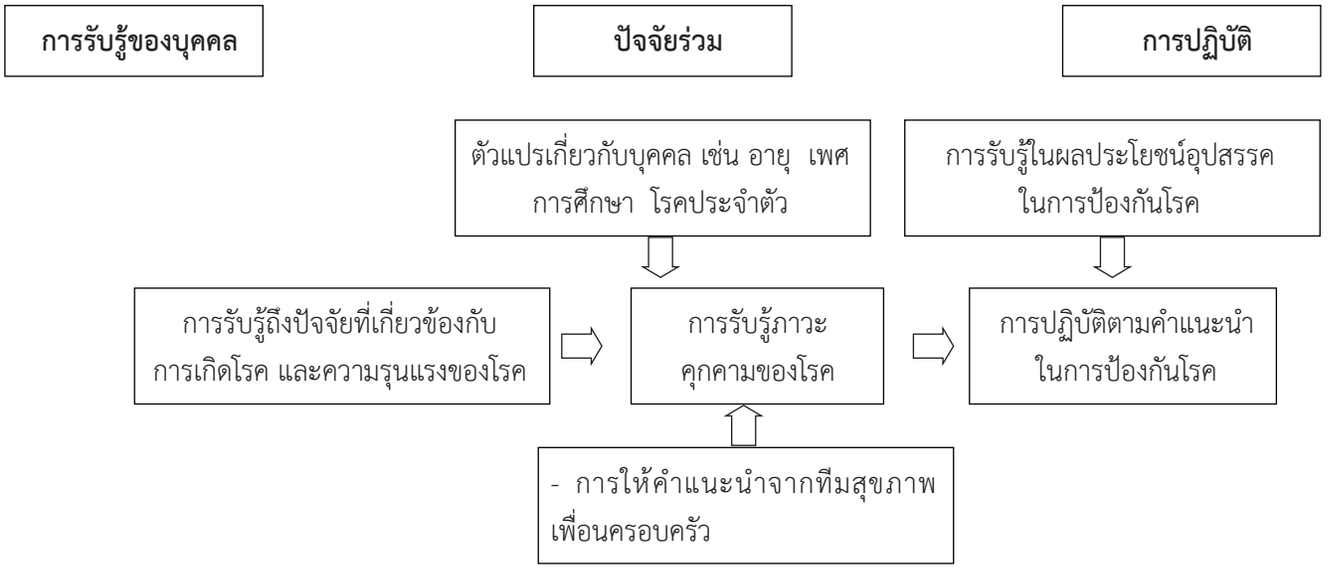
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม สูงกว่ากลุ่มที่ให้คำแนะนำตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[19] มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ผู้ป่วยอายุรกรรมในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 4 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 และ 2 ใช้วิธีเปิดตาราง Statistic Power Table ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ ระดับ 0.05[22] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 ราย ผู้วิจัยจึงป้องกันการสูญหายของข้อมูลโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค เป็นผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล มีความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เอง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การยุติการวิจัย (Terminal criteria) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่แผนกอื่น หรือย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยอื่น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 037/2566 วันที่อนุมัติ 29 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางในการดำเนินวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตัดสินใจไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อแผนการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยได้คัดกรองความเสี่ยงของโรคโควิด 19 ด้วยการประเมินอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ตรวจวัดอุณหภูมิ และตรวจด้วยชุด เอทีเค (ATK) ก่อนการเข้าพบกลุ่มควตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วย อายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แผนการจัดกิจกรรมและสื่อในการให้ข้อมูล โดยยึดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 21 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2 สื่อในการให้ข้อมูล ได้แก่ สื่อการสอนผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์เรื่องโรคโควิด 19 ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สื่อวีดิทัศน์วิธีการ

ป้องกันตัวจากเชื้อโควิด 19 ของกรมควบคุมโรค และคู่มือการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการได้รับวัคซีน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่[23] แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การทำความสะอาดมือ การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 20 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง การป้องกันการ contamination โดยการเก็บข้อมูลกลุ่มความคุมก่อนจนครบ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย และขออนุญาตทำวิจัยเสนอต่อคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำการตอบแบบสอบถาม และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

วันที่ 2 การให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้เรื่องภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ สถานการณ์ วิถีทางการแพร่กระจายเชื้อและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 และพูดโน้มน้าวสู่การให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ โดยการป้องกันตัวเองตามมาตรการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อย่างเคร่งครัด และสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโดยผู้เรียนเล่าประสบการณ์ความเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด 19 แสดงออกถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม

วันที่ 3 สร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโดยกลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาถึงประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 และรับฟังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรค สร้างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโดยการบอกถึงอุปสรรค วิธีการแก้ไขอุปสรรค และแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดอุปสรรค ชักนำสู่การปฏิบัติโดยการสอบถามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการให้ความรู้ประกอบด้วยสื่อการสอนผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สื่อวิดีทัศน์ และคู่มือการป้องกันโรคโควิด 19

สัปดาห์ที่ 2-4 (ใช้เวลา 5-10 นาที/1 ครั้ง/สัปดาห์)

ผู้วิจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการใช้คำพูดที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะเสี่ยง ผลกระทบ ประโยชน์ของการปฏิบัติ กล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติได้ดี แก้ไขและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย ในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ และผู้วิจัยช่วยตอบคำถาม และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (ประเมินผลเมื่อครบ 4 สัปดาห์ หลังจากได้รับโปรแกรม)

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อและการควบคุมโรคติดเชื้อจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน และแพทย์ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับก่อนนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย คำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ

2. การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนอายุ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์คะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test พบมีการแจกแจงไม่เป็นแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed rank test) และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติแมนวิทนีย์ยู (Mann- Whitney u test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า เป็นเพศหญิงและเพศชาย กลุ่มละ 13 คน คิดเป็น ร้อยละ 50 เท่ากัน อายุของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงอายุ 61 ปี ขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 38.46) มีอายุเฉลี่ย 65.64 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 42.31) มีโรคประจำตัวคือ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 84.62) รองลงมาคือโรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 23.08) ด้านการรับวัคซีนพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (ร้อยละ 88.46) โดยได้รับวัคซีนยี่ห้อ Pfizer มากที่สุด (ร้อยละ 42.31) ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 2 เข็ม (ร้อยละ 46.15) และปีล่าสุดที่ได้รับวัคซีนโรคโควิด 19 คือ ปี 2564 (ร้อยละ 42.31)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม พบว่า อายุอยู่ในช่วง 61 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 46.15) โดยมีอายุเฉลี่ย 65.85 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 34.62) มีโรคประจำตัวคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 92.31) รองลงมาคือ โรคเบาหวานและต่อมไร้ท่อ (ร้อยละ 26.92 ด้านการรับวัคซีนพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 (ร้อยละ 88.46) ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 3 เข็ม (ร้อยละ 46.15) และปีล่าสุดที่ได้รับวัคซีนโรคโควิด 19 คือ ปี 2565 (ร้อยละ 57.69)

2. คะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อน และหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนพฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ก่อนได้รับโปรแกรม(n=26)		หลังได้รับโปรแกรม(n=26)		p-value
		Median	IQR	Median	IQR	(Wilcoxon signed rank test)
กลุ่มควบคุม	40	32.50	10	32.50	8	.711
กลุ่มทดลอง	40	32.00	12	36.00	6	< .001

จากตารางที่ 1 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน (p=.711)

3. คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนการปฏิบัติ	คะแนนเต็ม	กลุ่มควบคุม (n=26)		กลุ่มทดลอง (n=26)		p-value (Mann-Whitney U test)
		Median	IQR	Median	IQR	
ก่อนทดลอง	40	32.50	10	32.00	12	.403
หลังทดลอง	40	32.50	8	36.00	6	.067

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่แตกต่างกัน (p=.403) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างกัน (p=.067)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีส่วนช่วยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรค ตลอดจนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค เนื่องจากโปรแกรมฯ มีองค์ประกอบหลัก คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้สิ่งชักนำสู่พฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประเทศลาว23 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังทดลองให้ผลไม่แตกต่างกัน p=.403 และ p=.067 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ระหว่างผู้ป่วยอายุรกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกรัฐมิชิแกน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน[24] เนื่องจากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เปลี่ยนไปจากโรคติดต่ออันตรายโรคประจำถิ่นในช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัย ดังนั้น หากจะมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพต่อป้องกันโรคโควิด 19 ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป หรือศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน ควรมีการปรับหรือพัฒนาเพิ่มเติมในด้านการส่งเสริมพฤติกรรม และการวัดผลควรใช้แบบสังเกตแทนการใช้แบบสอบถาม

สรุปได้ว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 32.00 คะแนน เป็น 36.00 คะแนน จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ไม่แตกต่างทางสถิติ โดยมีคะแนนมัธยฐาน สองระยะเท่ากัน คือ 32.50 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าคะแนนมัธยฐานเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับใช้ในวางแผนเพื่อส่งเสริมการป้องกันพฤติกรรมนโรคโควิด 19 กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น หรือนำไปใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ หรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่มีวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อแบบเดียวกันได้

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคโควิด 19 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ป่วย อายุรกรรมในมหาวิทยาลัยไปศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ หรือโรงพยาบาลอื่น

2. ในการประเมินพฤติกรรมควรใช้แบบสังเกตแทนการใช้แบบสอบถามเนื่องจากจะได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงมากกว่า

References

1. Hu, B, Guo, H, Zhou, P, & Shi, Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. Nature, Reviews Microbiology. 2021 19(1):141–54.
2. Djaharuddin I, Munawwarah S, Nurulita A, Ilyas M, Tabri NA, & Lihawa N. Comorbidities and mortality in COVID-19 patients. Gaceta sanitaria. 2021;35(2):530–32.
3. Song SH, Chen TL, Deng LP, Zhang YX, Mo PZ, & Gao SC Clinical characteristics of four cancer patients with SARS-CoV-2 infection in Wuhan. Infectious Diseases of Poverty. 2020;9(1):1-8.
4. Belsky JA, Tullius BP, Lamb MG, Sayegh R, Stanek JR, & Auletta JJ COVID-19 in immunocompromised patients: A systematic review of cancer, hematopoietic cell and solid organ transplant patients. Journal of Infection. 2021;82(3): 329–38.
5. Mantovani A, Byrne CD, Zheng MH & Targher G “Diabetes As a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity and In-hospital Death: A Meta-analysis of Observational Studies.” Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 2020;30(8): 1236-48,
6. Leung JM, Niikura M, Yang CWT, & Sin DD. COVID-19 and COPD. The European Respiratory Journal. 2020;56(2):1-9.
7. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infectious Disease. 2021;53(10): 737-54.
8. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Hapor N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. Lancet Psychiatry. 2020;7(6):468-71.
9. Sompunga W, & Phuipha T. Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(1):172-81. (In Thai)
10. Matheson NJ & Lehner. “How Does SARS-CoV-2 Cause COVID-19?” Science, 2020;369(6503): 510-11.
11. Chaemchoi N, Bulsathaporn A, Bunyagidj C. COVID-19: Prevention under Environmental Health Perspective. Journal of Health Science. 2021;30(2):376-88. (In Thai)
12. Ahn JY, An S, Sohn Y, Cho Y, Hyun JH, Baek YJ, et al. Environmental contamination in the isolation rooms of COVID-19 patients with severe pneumonia requiring mechanical ventilation or high-flow oxygen therapy. The Journal of Hospital Infection, 2020;106(3): 570–76.
13. Fillmore NR, La J, Szalat RE, Tuck DP, Nguyen V, Yildirim, et al. Prevalence and outcome of COVID-19 infection in cancer patients: A national veterans’ affairs study. Journal of the National Cancer Institute. 2020; 113(6):691–8.

14. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The Department of Disease Control advises people who are gradually returning after New Year to adhere to the D-M-H-T-T principles to protect themselves from COVID-19; 2021. (In Thai)
15. Bojola F, Taye W, Samuel H, Mulatu B, Kawza A, & Mekuria et al. Non-communicable diseases (NCDs) and vulnerability to COVID-19: The case of adult patients with hypertension or diabetes mellitus in Gamo, Gofa, and South Omo zones in Southern Ethiopia. PLos One. 2022;17(1):1-19.
16. Ruengrueharn P, Kedthingma W, & Phakdeekul W. Prevention Behaviors of coronavirus disease 2019 (COVID-19) of Elderly with diabetes mellitus in Sakon Nakhon province. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):254-68. (In Thai)
17. Mekinrat R, Wattananandkul U. & Thummathai Factors predicting practices in prevention of COVID-19 and impacts among population in Chiang Mai, Thailand. Medicina. 2020;58(4): 1-13. (In Thai)
18. Ma L, Liu H, Tao Z, Jiang N, Wnag S & Jiang X. Knowledge, beliefs/attitudes, and practices of rural residents in the prevention and control of COVID-19: An online questionnaire survey. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2020;103(6):2357–67.
19. Becker MH, Drachman RH, & Kirscht JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. American Journal of Public Health. 1974;64(3):205-16.
20. Chusri O, Sanprakhon P, & Wongwisadkul S. The effects of self-protective behavior modification program for older adults with chronic disease in urbanized community, Bangkok. Journal of Health and Nursing Research. 2018;34(3): 77-88. (In Thai)
21. Saiyasith.P, Mangkarakeree.N, & Tamdee, D. Effects of a Health Belief Enhancing Program on Perception and Coronavirus 2019 Vaccination Receiving Among Elderly Population in Savannakhet Province, LAO PDR. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2024; 25(1):248-56. (In Thai)
22. Burn, N., & Grove, S. K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). Elsevier. 2009
23. Glomjai T, Kaewjiboon J, & Chachvarat T. Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Journal of Nursing and Health Research. 2020;21(2):29-39. (In Thai)
24. Greathouse FR, Nagia ST, Rayyan MS, & Bailey BA. Revelations from the clinic: Protective behaviors and perceptions among people at high risk for severe illness from COVID-19. Journal of Primary Care and Community Health. 2021; 12(1):1-6

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร

The Effect of Group Counseling Intervention Focusing on Fear of Negative Social Evaluation, Social Support, and Substance Use Norms Among Sexual Minority Adults in Bangkok

ธวัชวงศ์ ลิ้มทองสิทธิคุณ* ซานโทช โมฮานัน
Thawatwong Limthongsittikun* Santhosh Mohanan
บัณฑิตวิทยาลัยมนุษยศึกษา มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพ ประเทศไทย 10240
Graduate School of Human Sciences, Assumption University of Thailand, Bangkok, Thailand, 10240

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบผลของการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศในกรุงเทพมหานคร ผู้กลุ่มตัวอย่าง 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 8 คน โดยส่งต่อจากผู้เข้าร่วมคนอื่น กลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษากลุ่ม 60 นาที 8 ครั้ง รวม 8 อาทิตย์ และจดจำคำในหนึ่งวันสำหรับกลุ่มควบคุม โดยทำแบบสอบถามความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ การสนับสนุนทางสังคม และบรรทัดฐานการใช้สารเสพติด ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่ากลุ่มทดลองมีความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบและบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดลดลงแต่การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวและบรรทัดฐานการใช้สารเสพติดเป็นประจำไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลวิจัยสรุปว่าการให้คำปรึกษากลุ่มสามารถลดความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ บรรทัดฐานการใช้สารเสพติด และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ผลวิจัยนี้สามารถใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตและออกแบบนโยบายที่เหมาะสม ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญกับรายบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมทดลอง หรือเลือกกลุ่มอัตลักษณ์ทางเพศที่เฉพาะเจาะจง

คำสำคัญ : ผู้ใหญ่ที่มีความหลากหลายทางเพศ, ความกลัวการประเมินทางสังคมในเชิงลบ, การสนับสนุนทางสังคม, บรรทัดฐานการใช้สารเสพติด

Abstract

This study examined the effects of group counseling intervention targeting fear of negative social evaluation, social support, and substance use norms among sexual minority adults in Bangkok. Sixteen participants, recruited via snowball sampling, were randomly assigned to an experimental group or control group (eight per group). The experimental group attended eight weekly 60-minute sessions, while the control group completed a one-day word memorization task. Using validated Thai-language instruments including BFNE-S,

Corresponding Author: * E-mail: thawatwong.lim@gmail.com

วันที่รับ (Received) 26 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 พ.ย. 2567

Substance Use Injunctive Norms Scale, Thai-MSPSS, pre- and post-intervention assessments were analyzed with Repeated Measures ANOVA. Results showed significant reductions in fear of negative evaluation and increases in friend and significant-other support, with no changes in family support. Substance use norms significantly decreased for total and occasional use but not regular use. Findings suggest group counseling is effective in improving mental health outcomes for sexual minorities. Recommendations include culturally sensitive interventions for counselors, nurses, and policymakers, with future research exploring individualized approaches and sexual minority identities.

Keywords: sexual minority adults, group counseling, social support, fear of negative social evaluation, substance use norms

Introduction

In Thai society, gender and sexuality significantly raise mental health risks due to sexual inequality and rigid roles[1]. Health disparities between straight and LGB individuals stem from minority stress and factors like negative social evaluation, social support, and substance use norms[2]. Fear of negative evaluation leads to avoidance behaviors based on past experiences[3,4], while research links these experiences to psychological distress in sexual minority adults[5].

Addressing stigma through the crisis response system can protect vulnerable populations, including sexual minority adults, by managing grievances and advancing policies[6]. Enhancing health knowledge and social support networks fosters overall well-being and resilience[7]. Social support is crucial for sexual minority adults, with family and friends key for navigating challenges[8]. Research shows social support fosters positive outcomes and aids treatment adherence in mental health and substance issues[9,10]. Substance use norms contribute to increased substance abuse among sexual minority adults, making them susceptible to societal pressures[2,11]. Group counseling provides a safe environment for sharing and understanding common issues[12,13]. However, there remains a significant gap in culturally tailored interventions that specifically address these challenges, particularly in strengthening social support networks. This study seeks to evaluate group counseling interventions aimed at reducing fear of negative social evaluation, enhancing social support, and diminishing substance use norms, thereby contributing to a more robust framework for mental health support in this population.

Objective

The study aims to test the effect of group counselling intervention on fear of negative social evaluation, social support (includes subscales: social support from family, friends, and significant others) and substance use norms (includes subscales: occasional use and regular use) among sexual minority adults involving adults in Bangkok, Thailand.

Hypothesis

The group counseling intervention is effective in changing the level of fear of negative social evaluation, social support, and substance use norms among sexual minority adults in Bangkok, Thailand.

Methodology

This study employed a group counseling intervention to address fear of negative evaluation, social support, and substance use norms, grounded in a literature review. The framework, adapted from prior research, was modified for sexual minority adults,

as the original model was adolescent-focused[2]. Structural equation modeling in a separate study confirmed that these three variables act as mediators. Participants completed a pretest with informed consent and confidentiality ensured. The control group performed a one-day word memorization task and was waitlisted for the posttest, while the experimental group attended eight weekly, 60-minute sessions based on Lamb's LGBT counseling model[14]. The first session introduced the group, leader, and members, established norms, discussed procedures, emphasized confidentiality, and conducted pre-assessments, along with goal-setting and an ice-breaker. The second session aimed to build relationships and explore sexuality using activities like the 'Gender Bread' exercise to foster comfort and acceptance. In the third session, members shared difficult experiences, promoting trust, understanding, and acceptance.

Subsequent sessions focused on coping strategies for challenges as fear of social evaluation, lack of support, and substance use norms. The fourth and fifth sessions introduced techniques for these issues, with the fifth session building on earlier strategies. In the sixth session, members practiced these strategies and learned from others' perspectives. The seventh session encouraged new attitudes toward family and social support, inspired by a video on a single mother raising a transman child. The final session provided closure, consolidating growth, sharing reflections, and conducting post-assessments.

Population

The population consisted of individuals whose gender identity does not align with their assigned gender at birth, aged between 18 and 60 years.

Sample Size

The sample included sixteen participants, split into an experimental and a control group of eight each. This size aligns with recommended group counseling guidelines, as groups of eight encourage effective interaction and a sense of belonging[15].

Sampling Procedure

The study utilized snowball sampling methods as the sampling procedures. The head of the sexual minority community played a pivotal role in facilitating participant recruitment by encouraging individuals who were willing to engage in the study.

Ethical Consideration

Ethical approval was granted by the AU Institutional Review Board on January 24, 2023 (Certification No. 18/2022). Participants provided informed consent and were assured of confidentiality before enrolling. Data access was limited to the researcher, and responses were anonymous.

Research Tools and Instrument Quality

The study employs a two-part instrument structure, encompassing both a questionnaire assessment and an intervention component.

The questionnaire assessment is divided into four sections. The first section comprises screening questions designed to verify that respondents fit the target demographic, focusing on birth gender, sexual identity, and age. Respondents matching the specified criteria (not same birth gender and sexual identity) or outside the 18-60 age range were excluded from further analysis.

The second section assesses fear of negative social evaluation using eight questions rated on a five-point Likert scale. This section is based on the Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE-S)[16], which demonstrated high reliability (internal

consistency of 0.97)[17] and validity, as confirmed by Exploratory Factor Analysis (EFA) and a Cronbach's alpha of 0.985.

The third section evaluates social support with twelve questions across three subscales: significant others, family, and friends, using a seven-point Likert scale. This section was based on the Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Thai-MSPSS)[18], showing strong reliability an intra-class correlation coefficient (ICC) of 0.84[19], as confirmed by EFA and a Cronbach's alpha of 0.968.

The fifth section measures substance use norms with fourteen questions on a five-point Likert scale, adapted from the Substance Use Injunctive Norms scale, which demonstrated good reliability (0.90 and 0.91 in separate studies)[20] and validity, supported by EFA revealing two factors: occasional use and regular use, and a Cronbach's alpha of 0.95.

To ensure the accuracy and cultural relevance of the translated instruments, the study followed the World Health Organization's four-step translation guidelines, including forward translation by a native expert, expert panel review and back-translation, pretesting with cognitive interviews, and final revisions based on feedback[21]. All instruments were also tested the validity and reliability using EFA, CFA and Cronbach's alpha in the separate study.

For the intervention sessions, various techniques were utilized, including The Gender Bread V4.0[22], Imaginary Safe Place[23], Flipping Coin[14], Vicious Cogs[24], and mindfulness practices to effectively support participants.

The pretest was administered to all participants prior to the initiation of the intervention. Following the completion of all intervention sessions, or at the eighth session, a posttest was conducted. Control group participants were then placed on a waiting list to receive the intervention following the posttest.

Data Collection

Data collection included pre- and post-intervention assessments using validated Thai-language questionnaires, with reliability confirmed through Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis and Cronbach's alpha from a separate study involving 450 samples. The data were processed and analyzed using statistical software, specifically employing Repeated Measures ANOVA (Analysis of Variance).

Data Analysis

The study employed Repeated Measures ANOVA to test the research hypotheses. This statistical method is effective for examining within-subject changes across different conditions, enhancing the analysis's power by controlling for individual variability[25]. By measuring the same subjects under multiple conditions, the study assessed the effects of the group counseling intervention on fear of negative evaluation, social support, and substance use norms. The use of Repeated Measures ANOVA facilitated a comprehensive analysis of the intervention's impact over time, ensuring robust and reliable results.

Results

Table1 Summary Repeated measure ANOVA for Variables (n=16)

Variables	Different Mean		F	df	p-value
	Pre-Post Con.Group	Exp.group Pre-Post	Time x Group		
Fear of Negative Social Evaluation	-0.015	-1.421*	28.532	1	0.000
Social Support	-0.040	0.294*	28.532	1	0.000
- Friends	-0.063	0.594*	13.136	1	0.003
- Family	-0.029	-0.030	0.000	1	1.000
- Significant others	-0.031	0.312*	12.642	1	0.003
Substance Use Norms	-0.018	-0.506*	5.407	1	0.036
- Occasional use	-0.019	-0.606*	6.702	1	0.021
- Regular use	-0.050	-0.410	3.655	1	0.077

*. The mean difference is significant at the .05 level.

The study revealed a statistically significant reduction in fear of negative social evaluation among the experimental group. This group showed a notable decrease in fear from pretest to posttest, with a mean difference of -1.421*, $p = 0.000$. In contrast, the control group showed no significant changes in fear of negative social evaluation at the posttest ($p > 0.05$). Regarding social support, the experimental group experienced a significant increase in social support from in overall, significant others and friends compared to the control group at the posttest. Additionally, the experimental group showed a significant increase in support between pretest and posttest from overall (mean difference = 0.294*, $p < 0.01$) significant others (mean difference = 0.312*, $p < 0.01$) and from friends (mean difference = 0.594*, $p < 0.01$). However, no significant differences were observed in family support ($p > 0.05$) as the control group ($p > 0.05$).

In terms of substance use norms, the experimental group showed a significant reduction in overall substance use norms from pretest to posttest (mean difference = -0.506*, $p < 0.05$). The group also experienced a significant decrease in occasional substance use norms (mean difference = -0.606*, $p < 0.05$) from pretest to posttest. However, there were no significant differences in regular substance use norms ($p > 0.05$) and control group ($p > 0.05$).

Discussion

The group counseling intervention was significantly effective in reducing fear of negative social evaluation, enhancing social support, and decreasing substance use norms in experimental group among sexual minority adults in Bangkok. However, there were no significant differences in family support or regular substance use norms in this intervention.

The intervention effectively reduced fear of negative social evaluation in the experimental group, particularly through sessions focused on emotional expression, cognitive reappraisal, and fostering hope. Techniques such as affect labeling and creating a safe space helped participants manage their fear, while cognitive reappraisal and hope-building strategies promoted better emotional regulation and

coping[26-29]. Understanding and expressing emotions, along with fostering hope, can effectively reduce anxiety and fear[30].

Regarding social support, the intervention enhanced support from significant others and friends for the experimental group. By facilitating new friendships and increasing group cohesion, participants reported higher levels of social support[11]. However, family support did not show significant improvement, possibly due to a lack of relatability in the provided video clips. In terms of substance use norms, the intervention successfully shifted norms toward less substance use and provided alternative coping strategies31. The group dynamics and shared attitudes within the experimental group contributed to these changes, highlighting the role of collective behavior norms in influencing individual attitudes toward substance use[15].

Recommendations from Research Findings

The implications of this research underscore the importance of addressing fear of negative social evaluation, social support, and substance use norms to enhance the psychological well-being of sexual minority clients. Counselors can achieve significant progresses by integrating targeted, evidence-based approaches into the practice, focusing on these key areas. The effect of the group counseling intervention in reducing fear and enhancing social support highlights the value of these interventions in promoting mental health.

For nurses, particularly those in mental health or community settings, these findings are crucial. By understanding the role of fear of negative social evaluation, social support, and substance use norms, nurses can offer more holistic and culturally sensitive care to sexual minority individuals. Additionally, they can advocate for or participate in the development of group counseling programs that address these specific challenges, further contributing to the overall well-being of their clients.

For educators, NGOs, and policymakers. Educators can use these insights to create supportive environments that help sexual minority students address issues like fear of negative social evaluation and social support, potentially mitigating the impact of these stressors on their mental health. NGOs can implement group counseling programs tailored to the unique needs of sexual minority community, focusing on reducing fear of negative social evaluation, enhancing social support, and addressing substance use norms. For policymakers, the study highlights the effect of targeted interventions in improving the psychological well-being of sexual minority adults, underscoring the need for inclusive policies that promote acceptance and support within families and communities.

Recommendations for Future Research

There are six key recommendations for future research on this research. First, future studies should aim to strengthen relationships among participants to foster a greater sense of safety, trust, and support within the group. Building a more collaborative environment could enhance discussions, personal sharing, and feedback, thereby improving the overall effect of the intervention. Second, while the current study utilized group activities, future research could benefit from incorporating individualized approaches to address participants' unique needs more effectively. Tailoring techniques to individual issues may lead to more personalized and impactful outcomes.

Third, the use of video clips in session 7, which featured content about a transman, may not have resonated with all participants, leading to limited effects on family support. Future research should use multimedia content that is more relevant

and relatable to the participants' experiences to strengthen engagement and effect. Fourth, incorporating communication skills training could empower sexual minority adults to better engage with their families, potentially increasing perceived family support. Fifth, dedicating more time to discussing and differentiating substance use norms, especially between occasional and regular use, could lead to clearer distinctions and more significant changes in substance use behaviors. Finally, focusing on specific aspects of sexual minority identities could provide more targeted insights and interventions for this population.

References

1. Rungreangkulkij S, & Kittirattanapaiboon P. The impact of gender on mental health and concepts of gender approach mental health policy. Journal of Mental Health of Thailand. 2021;29(3):259-72. (in Thai)
2. Kiekens W, la Roi C, Bos H, Kretschmer T, van Bergen D, & Veenstra R. Explaining health disparities between heterosexual and LGB adolescents by integrating the minority stress and psychological mediation frameworks: findings from the trails study. Journal of Youth And Adolescence. 2020;49(9):1767-82.
3. Watson D, & Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1969;33(4):448-57.
4. Pachankis J, Goldfried M, & Ramrattan M. Extension of the rejection sensitivity construct to the interpersonal functioning of gay men. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76(2):306-17.
5. Greene DC, & Britton PJ, & Fitts B. Long-term outcomes of lesbian, gay, bisexual, and transgender recalled school victimization. Journal of Counseling & Development. 2014;92(4):406-17.
6. Rosa D, Pavaputanon P, & Monyarit S. The implementation mechanism to reduce HIV-related stigma and discrimination in Thailand (Crisis Response System: CRS). Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):29-35. (in Thai)
7. Chanpanit P, Wongmanee W, & Judabood N. Strengthening the community: role of village health volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):23-30. (in Thai)
8. Stinchcombe A, Smallbone J, Wilson K, & Kortes-Miller K. Healthcare and End-of-Life needs of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) older adults: a scoping review. Geriatrics. 2017;2(1):1-13.
9. Snapp S, Burdge H, Licona A, Moody R, & Russell S. Students' perspectives on LGBTQ-inclusive curriculum. Equity & Excellence in Education. 2015;48(2):249-65.
10. Klein E. Community mental health disparities facing the LGBT community. 3rd ed. London; Routledge. 2017.
11. Mereish E, Kuerbis A, & Morgenstern J. A daily diary study of stressful and positive events, alcohol use, and addiction severity among heavy drinking sexual minority men. Drug And Alcohol Dependence. 2018;187(8):149-54.
12. Ristianti D, Danim S, Winarto H, & Dharmayana I. The development of group counselling assessment instruments. International Journal of Scientific & Technology Research. 2019; 8(10):267-72.
13. Boehmer U, Glickman M, Winter M, & Clark M. Lesbian and bisexual women's adjustment after a breast cancer diagnosis. Journal of The American Psychiatric Nurses Association. 2013;19(5):280-92.

14. Lamb C. The impact of a group counseling intervention on lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer older adolescents' levels of hope, coping, and suicidality. (dissertation). Orlando: University of Central Florida; 2014.
15. Hassan E, Oladipo S, & Owoyele J. COUNSELLING PSYCHOLOGY. 1st ed. Ljagun; Department of Counselling Psychology, College of Applied Education and Vocational Technology, Tai Solarin University of Education. 2018.
16. Carleton R, Collimore K, McCabe R, & Antony M. Addressing revisions to the Brief Fear of Negative Evaluation scale: measuring fear of negative evaluation across anxiety and mood disorders. Journal Of Anxiety Disorders. 2011;25(6):822-8.
17. Fox R, Kwakkenbos L, Carrier M, Mills S, Gholizadeh S, Jewett L, et al. Reliability and validity of three versions of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with systemic sclerosis: a scleroderma Patient-Centered intervention network cohort study. Arthritis Care & Research. 2018; 70(11):1646-52.
18. Wongpakaran T, Wongpakaran N, & Ruktrakul R. Reliability and validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. Clinical practice and epidemiology in mental health(CP & EMH). 2011;7(1):161-6.
19. Wongpakaran N, & Wongpakaran T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. The Spanish Journal of Psychology. 2012;15(3):1503-9.
20. Greene K, Ray A, Choi H, Glenn S, Lyons R, & Hecht M. Short term effects of the REAL media e-learning media literacy substance prevention curriculum: An RCT of adolescents disseminated through a community organization. Drug And Alcohol Dependence. 2020;214(1):e108170.
21. World Health Organization. Translation and linguistic evaluation protocol and supporting material. WHO/United Nations ESCAP Project on Health and Disability Statistics. 2013.
22. Killermann S. A guide to gender. The social justice advocate's handbook. 2nd ed. Texas; Impetus Books. 2017.
23. Gerge A. Revisiting the safe place: method and regulatory aspects in psychotherapy when easing allostatic overload in traumatized patients. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2018;66(2).147-73.
24. Moorey S. The six cycles maintenance model: growing a "Vicious Flower" for depression. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2010;38(2):173-84.
25. Muhammad LN. Guidelines for repeated measures statistical analysis approaches with basic science research considerations. The Journal of clinical investigation. 2023;133(11):e171058.
26. Kircanski K, Lieberman MD, & Craske MG. Feelings into words. Psychological Science. 2012; 23(10):1086-91.
27. Shurick AA, Hamilton JR, Harris LT, Roy AK, Gross JJ, & Phelps EA. Durable effects of cognitive restructuring on conditioned fear. Emotion. 2012;12(6):1393-7.

28. Yao Y, Chen J, Dong D, Feng Y, Qiao Z. The relationship between exercise and mental health outcomes during the COVID-19 pandemic: from the perspective of hope. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(7):1-10.
29. Dadandi I. The fear of covid-19 mediates the relationships between psychological vulnerability, social support and psychological distress. Psychiatria Danubina. 2022;34(4): 766-72.
30. Sangha S, Diehl MM, Bergstrom HC, Drew MR. Know safety, no fear. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022;108(1):218-30.
31. Felner JK, Wisdom JP, Williams T, Katuska L, Haley S J, Jun HJ. Stress, coping, and context: examining substance use among LGBTQ young adults with probable substance use disorders. Psychiatric services. 2020; 71(2):112–20.

ผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ณ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effect of Family Nursing on Family Function among Adolescent Pregnancy at Prangku District Sisaket Province

ชุติมาพร ธรรมบุตร กิตติภูมิ ภิญโย*
Chutimaporn Tammabut, Kittiphoom Phinyo*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในเขตอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสมาชิกครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ จำนวน 10 ครอบครัว ได้รับการพยาบาลครอบครัว 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการพยาบาลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ คู่มือการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<.05$) และมีการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ ไม่แตกต่างกัน ($P>0.5$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้บุคคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของครอบครัววัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ : วัยรุ่นตั้งครรภ์, การพยาบาลครอบครัว, การทำหน้าที่ครอบครัว

Abstract

This research is quasi-experimental research with one group pretest - posttest design aimed to examining the effect of family nursing on family function among adolescent pregnancy at Prangku district Sisaket province. The samples consisted of 10 pregnant teenagers, and 10 of those teenager's family. The sample received the 6-week program. The research instrument consisted of the family nursing guidelines to promote family function in adolescent pregnancy. The health of teenage mom and family handbook, both of these interventions were developed by the researcher. The data was collected by family function questionnaires based on the perception of family and pregnant teenagers. Data was analyzed by using Wilcoxon signed rank test and Mann-Whitney U test. The results revealed that: after intervention, the family function during adolescent pregnancy based on the perception of family and pregnant teenager The family

Corresponding Author: *Email: kittiphoom@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 10 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ธ.ค. 2567

function during adolescent pregnancy based on the perception of family and pregnant teenager higher than before intervention. The different was statistically significantly (P<.05) and the perception of family function between family and pregnant teenager were no difference (P>0.5) These findings suggest relevant healthcare personnel could apply this program to encourage families to be able to take care of pregnant teenagers.

Keywords : Adolescent Pregnancy, Family Nursing, Family Function

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นและครอบครัวทั้งระบบ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อม ร่างกายมีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ จิตใจและอารมณ์ยังไม่มั่นคง ขาดวุฒิภาวะ ยังไม่สำเร็จการศึกษาและไม่มีอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตนเอง ต้องพึ่งพาบิดามารดาและครอบครัว ดังนั้นเมื่อเกิดการตั้งครรภ์จึงทำให้มีปัญหาตามมาในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกายมีภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย[1,2,3] นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบการทำหน้าที่ของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่โดยไม่ได้วางแผนมาก่อน บางครั้งจึงทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวและบางครอบครัวมีภาวะดังกล่าวอยู่เดิมอีกด้วย[4] พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูบางครอบครัวจึงรู้สึกหมดหวัง หมดหนทางแก้ไข และรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวให้เป็นปกติได้ เกิดความขัดแย้งในครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการแสดงบทบาทที่เปลี่ยนไปและไม่เหมาะสม เช่น จากบุตรวัยรุ่นที่กำลังเรียนเป็นนักเรียน ต้องหยุดเรียนและทำบทบาทใหม่ในการเป็นมารดา ดังนั้นการตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและพันธกิจของครอบครัวที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ครอบครัวจึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาต่างๆ เหล่านี้ให้สำเร็จ[5] เพื่อก้าวสู่พัฒนาการของครอบครัวในสถานการณ์ใหม่โดยเฉพาะด้านการทำหน้าที่เลี้ยงดูอบรมสั่งสอนบุตรภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนไป อย่างไรก็ตามพบว่าผลกระทบส่วนนี้ส่งผลให้ครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนการทำหน้าที่เพื่อช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มีการพัฒนาตนเองตามระยะพัฒนาการที่มีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงใหม่เพื่อก้าวสู่ความมั่นคงในชีวิตทั้งในด้านการเป็นมารดา ภรรยา เพื่อการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวตนเอง โดยเฉพาะในบทบาทการเป็นมารดาในการดูแลการตั้งครรภ์และการวางแผนตลอดจนการเลี้ยงดูบุตรอย่างเหมาะสม การทำงานเพื่อสร้างรายได้ในอนาคตรวมทั้งการมีครอบครัวที่อบอุ่นและเข้มแข็งโดยมีครอบครัวเดิมซึ่งมีบิดามารดาคอยให้การสนับสนุนดูแลอบรมสั่งสอน ให้กำลังใจและให้คำปรึกษาชี้แนะอย่างต่อเนื่องจนเกิดความมั่นคงในชีวิตครอบครัวต่อไป

จากการศึกษาเบื้องต้น ในครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ในคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563- กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 จำนวน 3 ครอบครัวแบ่งเป็นครอบคครัววัยรุ่นตั้งครรภ์โดยตั้งใจ จำนวน 1 ครอบครัว และครอบครัววัยรุ่นตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จำนวน 2 ครอบครัว พบว่า ครอบครัววัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีการทำหน้าที่ครอบครัวที่แตกแต่งกันออกไป ในครอบครัวที่วัยรุ่นตั้งใจตั้งครรภ์ ครอบครัวจะมีการสนับสนุนต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มีความพร้อมและมั่นใจในดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่นต่อไป แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ พบว่าครอบครัวให้การสนับสนุนวัยรุ่นตั้งครรภ์ลดลง เนื่องจากไม่พอใจในการตั้งครรภ์ ส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ ขาดที่ปรึกษาและต้องเผชิญปัญหาในขณะตั้งครรภ์เอง ทำให้วัยรุ่นขาดความมั่นใจส่งผลต่อการทำหน้าที่ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัว คือสภาวะจิตใจของครอบครัว ที่มีความโกรธ ไม่ยอมรับต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัญหาที่ส่งผลต่อการหน้าที่ครอบครัว คือ ปัญหาความขัดแย้งของครอบครัว ขาดการสื่อสารที่ดี ปัญหาความคับข้องใจ น้อยใจ รู้สึกไม่ดีต่อการตั้งครรภ์[6] นอกจากนี้ยังพบว่าสมาชิกครอบครัวไม่ทราบว่าจะแนะนำหรือสอนอะไรให้กับวัยรุ่น[7]

ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหว้าน มีการจัดให้บริการดุแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตามแนวทางการดูแลของกรมอนามัย ผลลัพธ์จากการให้บริการพบปัญหาสุขภาพ

ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ วัยรุ่นตั้งครรภ์บางรายยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพต่อมารดาและทารกในครรภ์ เช่น ภาวะซีด น้ำหนักตัวไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ขนาดมดลูกไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ จึงได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อไป จากข้อมูลการให้บริการที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลดังกล่าวเน้นการพยาบาลระดับบุคคลซึ่งเป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นหลัก การให้บริการสุขภาพโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเน้นการการส่งเสริมครอบครัวในการทำหน้าที่เพื่อการดูแลสนับสนุนวัยรุ่นตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และพัฒนาตนให้เกิดความพร้อมในการเป็นมารดาเพื่อทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการดำเนินชีวิตครอบครัวใหม่ซึ่งรวมถึงการทำบทบาทภรรยาและสามียังไม่พบระบบบริการที่ชัดเจน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านการพยาบาลควรมุ่งเน้นการดูแลและพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ในสถานการณ์ครอบครัวใหม่ที่มีบุตรวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจเพื่อดูแลส่งเสริมมารดาวัยรุ่นให้มีสุขภาพที่ดี สามารถสร้างครอบครัวใหม่ที่มีความเข้มแข็ง ทำบทบาทหน้าที่ดูแลสมาชิกใหม่ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวเมื่อมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ยังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวทำหน้าที่สนับสนุนทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะจากสามีหรือมารดาการให้การพยาบาลวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการพยาบาลครอบครัวทั้งระบบเพื่อให้เกิดการปรับตัวในสถานการณ์ที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์จากการศึกษางานวิจัยมุ่งเน้นในด้านการทำบทบาทมารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง และครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยเฉพาะในการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นเพียงการทำหน้าที่ของครอบครัวเพียงด้านเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่าครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะ การรับรู้ด้านสุขภาพ การอบรมขัดเกลาและกำกับพฤติกรรม การเผชิญความเครียดและปัญหาของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ[8] ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาผลการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของฟรีดแมน โบลเดนและโจนส์[9] เพื่อมุ่งสนับสนุนและสร้างเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้และวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ นำไปสู่การทำหน้าที่การเป็นมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ระหว่างครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว

คำถามการวิจัย

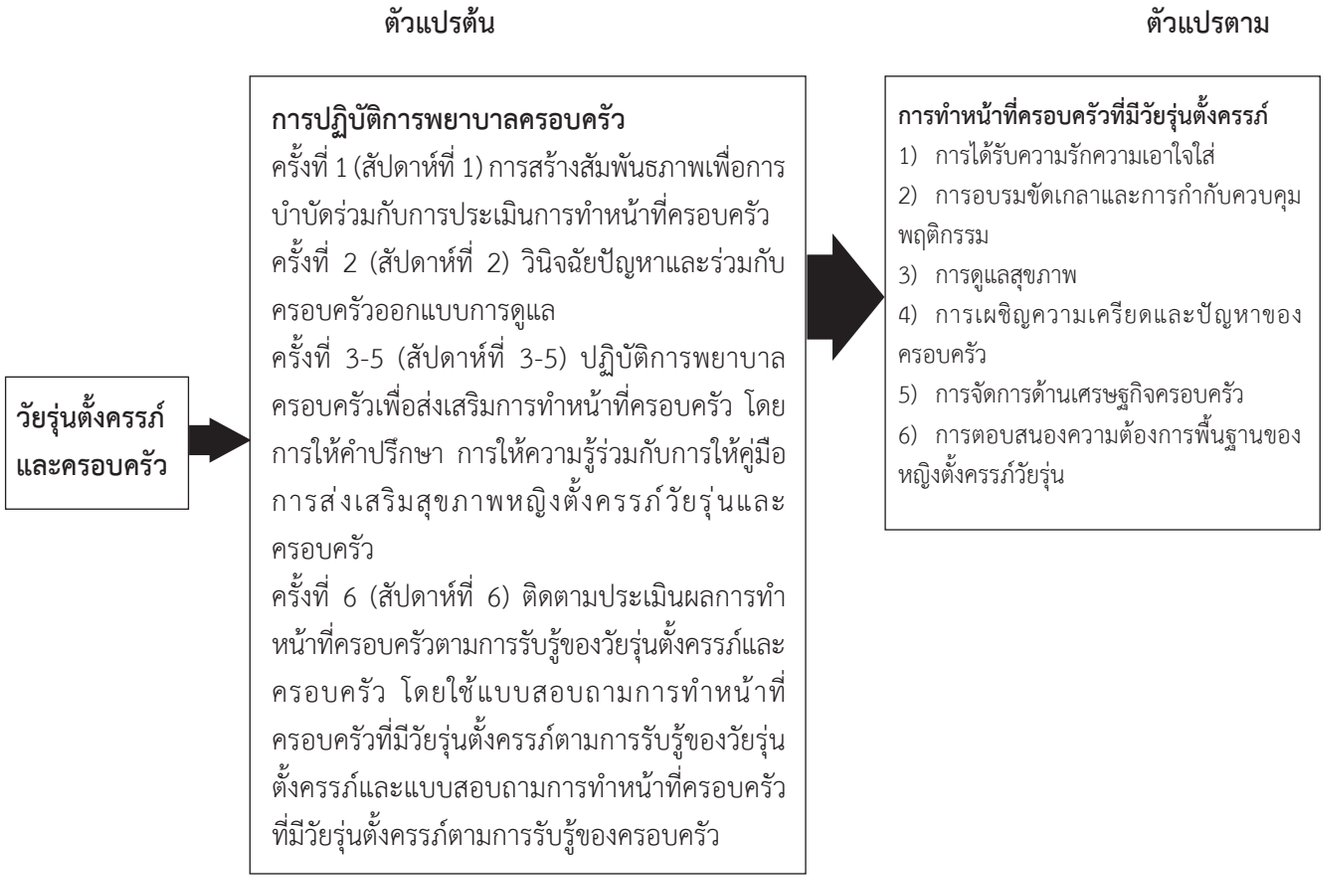
การพยาบาลครอบครัวมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัว ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว แตกต่างกัน
2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว แตกต่างกัน
3. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ หลังได้รับการพยาบาลครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของฟรีดแมน โบลเดนและโจนส์[9] ร่วมกับกระบวนการพยาบาลครอบครัว[9] 5 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ เพื่อมุ่งสนับสนุนและสร้างเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งอายุวัยรุ่นอยู่ระหว่าง 10–19 ปี อายุครรภ์ไม่เกิน 30 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาล ปรางค์กู่ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 10 ครอบครัว โดยพิจารณาจากการตัดสินใจตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์อายุระหว่าง 10-19 ปี
   1) เป็นบุคคลเพศหญิงหรือชายอายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ อบรมสั่งสอน ชี้แนะให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยมีความสัมพันธ์และบทบาท เช่น บิดา มารดา ย่า ยาย ญาติ หรือพี่ ซึ่งวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นผู้ระบุ
   2) สามารถรับรู้ ได้ยิน มองเห็น สื่อสารได้ปกติ อ่าน เขียนภาษาไทยได้
   3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
2. วัยรุ่นตั้งครรภ์
   1) มีอายุระหว่าง 10–19 ปี และอายุครรภ์ไม่เกิน 30 สัปดาห์
   2) สามารถรับรู้ ได้ยิน มองเห็น สื่อสารได้ปกติ อ่าน เขียนภาษาไทยได้
   3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) วัยรุ่นตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ หรือมีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีโรคประจำตัว หรือภาวะเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

2) มารับการฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์

3) ครอบครัวกำลังประสบกับภาวะวิกฤตอื่น ๆ เช่น ภาวะสูญเสีย ภาวะเจ็บป่วยร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัว หรือปัญหาการหย่าร้าง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการพยาบาลจากแนวคิดการทำหน้าที่ครอบครัวของฟรีดแมน โบลเดนและโจนส์[9] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัว[8] 5 ขั้นตอน โดยการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 6 สัปดาห์ โดยใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที

2. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอใช้เครื่องมือในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว[8] ซึ่งใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจ โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในครั้งนี้ แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์[9] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัว เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) โดยมีคำถามจำนวน 42 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการได้รับความรักความเอาใจใส่ จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการอบรมขัดเกลาและการกำกับควบคุมพฤติกรรม จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านการเผชิญความเครียดและปัญหาของครอบครัว จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านการจัดการด้านเศรษฐกิจครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยการคำนวณด้วยดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity : CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประเมินและพิจารณาความชัดเจน สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาของเครื่องมือ พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาค่าความตรงเนื้อหา เท่ากับ 0.88

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับครอบครัวรุ่นตั้งครรภ์ จำนวน 10 ครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดย แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 และแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662148 รับรอง ณ วันที่ 9 กันยายน 2566 ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้รายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์และผู้ปกครองทราบ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการฝากครรภ์ และยังได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในแผนกฝากครรภ์ตามปกติ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ นำเสนอเค้าโครงการศึกษาต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยไปยังสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และประสานขอข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากผู้รับผิดชองงานฝากครรภ์ระดับอำเภอ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการศึกษา ดำเนินการวิจัยตามแผนการพยาบาลครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ จัดกิจกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ขั้นที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการประเมินครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัว เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์

2.2 ขั้นที่ 2 และ 3 (สัปดาห์ที่ 2) วินิจฉัยปัญหาและร่วมกับครอบครัวออกแบบการดูแล โดยให้ครอบครัว

เป็นผู้ตัดสินใจเลือกปัญหาที่คิดว่าเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ครอบครัวตามลำดับ ร่วมกับครอบครัววางแผนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว

2.3 ขั้นที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3-5) ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว โดย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ร่วมกับการให้คู่มือการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว

2.4 ขั้นที่ 5 (สัปดาห์ที่ 6) ติดตามประเมินผลการทำหน้าที่ครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์และแบบสอบถามการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยวิธีการทดสอบคะแนนโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ระหว่างครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว ด้วยวิธีการทดสอบคะแนนโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์

1) ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 50 ปี (อายุน้อยที่สุด 39 ปี อายุมากที่สุด 67 ปี) และเป็นมารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ร้อยละ 50 ส่วนมากจบชั้นมัธยมศึกษาและมีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 ครอบครัวมีรายได้ มากกว่า 15000 บาท/เดือน ร้อยละ 60 ซึ่งค่าใช้จ่ายเพียงพอ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 90 ซึ่งความรู้สึกต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในครั้งนี้ ส่วนมากไม่ได้คาดหวังมาก่อน ร้อยละ 90

2) ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตั้งครรภ์

วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อายุ 17 - 18 ปี ร้อยละ 70 อายุเฉลี่ย 17 ปี อายุน้อยที่สุด 14 ปี อายุมากที่สุด 19 ปี เกือบทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 90 อายุครรภ์ส่วนมากอยู่ในระยะไตรมาสที่ 3 (29 สัปดาห์) และ เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ร้อยละ 70 ปัจจุบันความสัมพันธ์กับสามีส่วนมากอยู่ด้วยกัน วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนมาก มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 70 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 50 ส่วนมากรายได้วัยรุ่นตั้งครรภ์ น้อยกว่า 5000 บาท/เดือน และส่วนมากมีรายได้เพียงพอ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ร้อยละ 60 ซึ่งมีบิดามารดาของวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 60

2. ผลของการพยาบาลครอบครัวต่อการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว

การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์	ก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัว			หลังได้รับการพยาบาลครอบครัว			Z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การรับรู้ของครอบครัว	2.33	0.72	ปานกลาง	3.26	1.0	มาก	-2.805	.005*
การรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์	2.20	0.67	ปานกลาง	3.23	0.60	มาก	-2.805	.005*

* p-value < .05

ตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวหลังการได้รับการพยาบาลครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .005) และค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังการได้รับการพยาบาลครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .005)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ ระหว่างครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว

การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์	ก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัว					หลังได้รับการพยาบาลครอบครัว				
	Mean Rank Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p-value	Mean	Su of Ranks	Mann-Whitney U	Z	p-value
การรับรู้ของครอบครัว	12.2	122.0	33.0	-1.287	.198	10.90	109.0	46.00	-.303	.796
การรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์	8.8	88.0				10.10	101.0			

ตารางที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาสถิติ (P>0.5)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวหลังการได้รับการพยาบาลครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.005) สามารถอธิบายได้ว่า การพยาบาลครอบครัวที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด โดยให้การพยาบาลในระดับบุคคลและครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาของความขัดแย้งภายในครอบครัว เนื่องจากในการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจร้อยละ 70 และครอบครัวไม่ได้คาดหวังมาก่อนร้อยละ 90 และจากการสัมภาษณ์ครอบครัวพบว่าครอบครัวมีความรู้สึกไม่พอใจต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ครอบครัวมองว่า เป็นการทำลายอนาคตของตนเอง ทำให้ครอบครัวผิดหวัง เกิดความอับอาย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ทะเลาะกันในครอบครัว และบางครอบครัวมองว่าเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัวให้มากขึ้น[10] ในการให้การดูแลช่วงแรกจึงต้อง เน้นการให้คำปรึกษา และการเสริมพลังการคิดเชิงบวกในครอบครัว เพื่อสร้างความแข็งแรงในครอบครัวให้พร้อมกับการปรับตัว[11] เมื่อครอบครัวมีความเข้าใจกันแล้วจึงเข้าสู่กระบวนการส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว โดยรูปแบบจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันภายในครอบครัว ร่วมกับการศึกษาคู่มือการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้ครอบคลุม

2. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังการได้รับการพยาบาลครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.005) สามารถอธิบายได้ว่า ในการให้การพยาบาลครอบครัว เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ครอบครัว ผู้วิจัยจัดให้วัยรุ่นและครอบครัวเข้าร่วมทุกกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจในตนเอง และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงพันธกิจของวัยรุ่นตั้งครรภ์ และรับรู้ถึงความต้องการของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ครอบครัวเกิดความเข้าอกเข้าใจ ส่งผลให้ครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรักความเอาใจใส่ทั้งด้านภาวะสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ การให้คำปรึกษาและการเผชิญปัญหา ครอบครัวเป็นเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญที่สุดสำหรับวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้รับรู้ข้อมูลแล้ว ทำให้เกิดการรับรู้ เกิดความเชื่อว่ามีคนดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า มีความผูกพันซึ่งกันและกัน[12] สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์หลังได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนทางสังคม[13]

3. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ตามการรับรู้ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลครอบครัว ไม่แตกต่างกัน (P>0.5) สามารถอธิบายได้ว่า ก่อนให้การพยาบาล การรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์ในภาพรวม ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาในช่วงห่างของคะแนน จะพบว่าการรับรู้ของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากกว่าการรับรู้ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่า ครอบครัวให้ความสำคัญกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยยึดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ในขณะที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์แรกและไม่ได้วางแผน ทำให้ขาดความรู้ และประสบการณ์ในสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ที่น้อยกว่าการรับรู้ของครอบครัว ในการให้การพยาบาลครอบครัว เน้นการให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองด้านอารมณ์ของวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อช่วยลดความขัดแย้งภายในครอบครัว การส่งเสริมสัมพันธภาพและการสื่อสารในครอบครัวโดยใช้ทักษะในการสื่อสาร 6 ด้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจสองทาง (Two-way communication) ที่ชัดเจน และการสื่อสารของครอบครัวไปในทิศทางเดียวกัน[14] เมื่อครอบครัวมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีความพร้อมในการทำหน้าที่ครอบครัวต่อไป ทำให้หลังให้การพยาบาล ครอบครัวและวัยรุ่นตั้งครรภ์มีการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัว ไม่แตกต่างกัน และ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากการวิจัยพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การทำหน้าที่ครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังได้รับการพยาบาลครอบครัวมากกว่าก่อนได้รับการพยาบาลครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.5) แสดงว่าการพยาบาลครอบครัวที่มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีประสิทธิภาพ บุคคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของครอบครัววัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 10 ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก แต่เป็นการศึกษาที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ในการทำหน้าที่ครอบครัวที่ตรงกันระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวทำหน้าที่ได้เหมาะสม วัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถดำรงบทบาทมารดาและสร้างครอบครัวใหม่ได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการขยายจำนวนของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น

References

1. Wisaphan Y, & Yajai S. Effects of Pregnancy on Health, Society, and Finance of Teenage Mothers Living in Chanthaburi Province. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi 2016;27(1):1-16. (in Thai)
2. Suwanwanich M. Teenage Pregnancy and Adverse Birth Outcomes at Ratchaburi Hospital. Region 4-5 Medical Journal 2016;35(3):150-7. (in Thai)
3. Wanapasanee L. Situation and Teenage Pregnancy Impact in Sisaket Hospital's Health Service Network. Journal of Health Science of Thailand 2017;26(4):713-22. (in Thai)
4. Sritakaew N. The Challenging of Teenage Pregnancy in Thailand. Journal of Health Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2018;2(3):1-18. (in Thai)
5. James S, Van Rooyen D, & Strumpher J. Experiences of teenage pregnancy among Xhosa families. Midwifery 2012;28(2):190–7
6. Suwannasom K. The Effects of Family - Centered Nursing on Adaptation of Families with Unwanted Pregnant Teenagers, at Nadun District, Mahasarakham Province. (thesis). Khon Kean: Khon Kean University; 2012. (in Thai)

7. Choenklang C. Development Guildeline of Antenatal Care for Adolescent Pregnancy to promote self care by Family Participation at Tumbon Nong Kard Health Promotion Hospital Dankhuntod Province Nakhonratchasima. Province. (thesis). Khon Kean: Khon Kean University; 2013. (in Thai)
8. Sirikhun B. Family Function during Adolescent Pregnancy. (thesis). Khon Kean: Khon Kean University; 2023. (in Thai)
9. Friedman M M, V.R., & E.G., Family nursing: research theory and practice. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2003
10. Khunnoi S. Family Coping Among Unintended Adolescent Pregnancy. (thesis). Khon Kean: Khon Kean University; 2017. (in Thai)
11. Chaleoykitti S, & Wongpanarak N. Family Therapy: Counseling and Empowerment of positive thinking in family. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(1):14-21. (in Thai)
12. Narong T. Effect of the Maternal Roles Enhancing Program on Perception of family support and Success in Maternal Role Attainment among Postpartum Adolescents. (thesis). Chonburi: Burapha University; 2014. (in Thai)
13. Phromchaisa P, Kantaruksa K, & Chareonsanti J. Effect of Social Support Enhancement on Maternal Role Among Adolescent Pregnant Women. Nursing Journal 2014; 41(2):97-106. (in Thai)
14. Sansupa K, Kulnapadol P, & Purananon D. The Research and Development of Family Counseling Model to Enhance Family Transgenerational Communication. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2020;21(1): 274-82. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน

The Development of a Triage Model for Emergency Patients Using a Smartphone Application

อนุสรณ์ อุระ*[1] อารี ชีวเกษมสุข[1] กชกร เจตินัย[2]**
Anusorn Oura*[1] Aree Cheevakasemsook**[1] Kotchakorn Jetinai[2]
[1]มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120
[1]Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Thailand 11120
[2]มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000
[2]Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 3 ระยะการวิจัย มีจุดประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลสาขาของรัฐแห่งหนึ่ง 2) เพื่อการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน และ 3)เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องและระยะเวลาของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเดิมกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟนที่พัฒนาขึ้น โดยระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G power จำนวน 184 ฉบับ กำหนดสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบแมน วิทนีย์ ยู

ผลการศึกษา 1) สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ครอบคลุมภาวะฉุกเฉิน ระบบสารสนเทศยังไม่เชื่อมโยงกัน พยาบาลขาดความรู้ทักษะความชำนาญมีกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินปฏิบัติแตกต่างกันในการคัดแยกผู้ป่วยมีฉุกเฉิน ส่งผลให้การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกต้องและต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2) รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น เป็นแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีขั้นตอนการใช้งานง่าย วิธีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินทำได้ง่ายขึ้นตามรายการที่กำหนดในแอปพลิเคชัน ประเมินผลลัพธ์ระยะเวลาและความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ระยะเวลาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นฯ เฉลี่ย 50.85 วินาที และการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินนี้มีความถูกต้องมากกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, แอปพลิเคชัน

Abstract

The objectives of this research were: (1) to explore the emergency triage situation, (2) to develop a smartphone application model for emergency patient triage, and (3) to study the effect of using the enveloped emergency patient triage model. This research and development project was divided into three phases. For

Corresponding Author: **E-mail : Aree.Che@stou.ac.th
*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันที่รับ (received) 29 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 ธ.ค. 2567

Phase 1, studying the emergency triage situation, eight key informants were selected by purposive sampling, consisting of 1 doctor, 1 supervisory nurse, and six staff nurses. For Phase 2, developing an emergency triage model using a smartphone application, the key informants were the same as in the first phase. For Phase 3, applying the model, the samples comprised 184 emergency patients which were gathered by systematic random sampling and calculated using G power Data were analyzed using descriptive statistics and Mann-Whitney U test.

The research found that emergency triage was incomplete, with disconnected information systems and nurses lacking expertise. Triage processes were inconsistent and inaccurate, falling below standards. A new emergency triage model was developed as a smartphone app using the National Institute of Emergency Medicine's criteria. The user-friendly interface simplified triage with predefined lists. The app improved triage time and accuracy significantly. The average triage time was reduced to 50.85 seconds, and accuracy was statistically higher than traditional methods at the level of .001

Keywords: Emergency medical triage Emergency patients Application

บทนำ

ประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในเอเชีย ทำให้เกิดปัญหาสังคมสูงอายุในหลายประเทศ รวมถึงไทย ซึ่งมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาสุขภาพหลักในไทยคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกินอาหารไม่เหมาะสมและขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ อุบัติเหตุจราจรยังเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ผู้คนบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากทุกปี แม้จะมีมาตรการป้องกัน แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เข้มงวดเพียงพอ และประชาชนขาดความตระหนัก ส่งผลให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเผชิญกับความท้าทายในการรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและมีความครอบคลุมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะแผนกฉุกเฉินแออัด และเป็นความท้าทายในการบริหารจัดการ[1,2,3]

การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นขั้นตอนสำคัญที่พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้องเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา โดยพิจารณาจากอาการสัญญาณชีพ และประวัติการเจ็บป่วย พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะ และประสบการณ์ในการคัดแยก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อน[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นขั้นตอนสำคัญที่ช่วยประเมินความรุนแรงของอาการและจัดลำดับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที พยาบาลมีบทบาทหลักในการคัดแยกโดยต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ประกอบกับระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความซับซ้อนของอาการ ภาระงาน และปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาล ยังส่งผลต่อความแม่นยำในการคัดแยก การฝึกอบรมพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นเพื่อยกระดับการคัดแยกผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยประเทศไทยได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)[5] เพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกันมีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการคัดแยกผู้ป่วย เช่น Electronic triage system ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำและลดความผิดพลาด และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความแม่นยำของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ความซับซ้อนของอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยทำให้การวินิจฉัยและคัดแยกได้ยาก ภาวะงานของพยาบาลที่มากเกินไปอาจส่งผลต่อความความแม่นยำในการคัดแยก อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ในด้านประสบการณ์ความรู้ และทักษะของพยาบาลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ปัจจัยด้านระบบพบว่า ระบบการทำงานของหน่วยงาน สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรที่มีอยู่อาจส่งผลต่อ

ประสิทธิภาพในการคัดแยก ดังนั้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มีการกำหนดอัลกอริทึมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความแม่นยำ สอดคล้องกับความรุนแรงการเจ็บป่วย ช่วยให้พยาบาลที่มีสมรรถนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแตกต่างกันสามารถคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้ใกล้เคียงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งออกแบบเป็นแอปพลิเคชันที่ทำงานบนสมาร์ทโฟนที่มีความง่าย สะดวกต่อการใช้งาน รวมถึงการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง[6,7]

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสาขาของรัฐแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีภารกิจให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุกสถานะของการเจ็บป่วย การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่หมุนเวียนตามการมอบหมายงานแต่ละวันจากการรายงานทบทวนความเสี่ยงของหน่วยงานพบว่า โรงพยาบาลพบปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ตรงตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมีอุบัติการณ์ส่งตรวจผิดห้องตรวจถึงร้อยละ 11.25 และการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 27.5 (สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 19 และต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 32.5) แม้ว่าจะมีการพัฒนาเกณฑ์และใช้สีบ่งบอกระดับความรุนแรงแล้วก็ตาม แต่ยังพบการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องอยู่ที่ร้อยละ 9 (สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 28.4 และต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 4.1)[8]

โดยสรุป ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ประชากรสูงอายุ โรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ทำให้การคัดแยกผู้ป่วยมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันท่วงที การพัฒนาแอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าสนใจในการช่วยพยาบาลในการตัดสินใจคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น โดยอาศัยระบบสนับสนุนการตัดสินใจตามเกณฑ์มาตรฐาน ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและข้อจำกัดการทำงานของมนุษย์ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดการการสร้างต้นแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน การใช้แอปพลิเคชันนี้จะช่วยลดความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยที่อาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ประสบการณ์ของพยาบาลหรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามความรุนแรงของอาการ และช่วยประหยัดทรัพยากรทางการแพทย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสาขาของรัฐแห่งหนึ่ง
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน
3. เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องและระยะเวลาของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเดิมกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน

สมมติฐานการวิจัย

1. สถานการณ์และแนวทางการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสาขาของรัฐแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนที่เหมาะสมโรงพยาบาลสาขาของรัฐแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร
3. การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟนมีความถูกต้องมากกว่าการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีเดิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน ใช้ 3 แนวคิด ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2) แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนตามแนวคิดแบบจำลองน้ำตก และ 3) แนวคิดการออกแบบแอปพลิเคชันเพื่อการออกแบบส่วนต่อประสานผู้ใช้งาน และการออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้ในการออกแบบแฟรตฟอร์ม[9]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มี 3 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน และระยะที่ 3 การทดลองใช้แอปพลิเคชันการคัด

แยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ประชากร/ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลจำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันฯ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แอปพลิเคชันฯ ดำเนินการดังนี้ ประชากรเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยโปรแกรม G power[10] นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดการสูญหายและความสมบูรณ์ของข้อมูลร้อยละ 10[11] สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน 190 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (ใช้แอปพลิเคชันฯ) และกลุ่มควบคุม (ใช้วิธีเดิม) อย่างละ 95 ราย เก็บข้อมูล: ให้พยาบาล 2 คน คัดแยกผู้ป่วยรายเดียวกันทั้ง 2 วิธี เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ ที่ได้จากการสุ่มโดยการกำหนดช่วงสุ่ม[12] ประเมินผล: นำผลการคัดแยกไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยผู้เชี่ยวชาญจะเป็นผู้ประเมินความถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างวิจัย

การวิจัยนี้ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ โรงพยาบาลขอนแก่นแล้วเลขที่ KEF63046 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2564 ข้อมูลส่วนบุคคลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาวิเคราะห์เพียงภาพรวม เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์โฟนตามเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นเท่ากับ 0.86

2. แบบบันทึกระยะเวลา มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นเท่ากับ 0.84

3. แบบบันทึกความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยนำแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์โฟนไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ฉบับ โดยค่าดัชนีความสอดคล้องของสกอต[13] เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการสนทนากลุ่มและรวบรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสามร์ทโฟน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสามร์ทโฟน นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาพัฒนาและออกแบบแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสามร์ทโฟน และตรวจสอบประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันโดยผู้เชี่ยวชาญทดสอบเสมือนจริงผู้ป่วยฉุกเฉิน จากนั้นนำแอปพลิเคชันมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 ผลการใช้แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสามร์ทโฟน ดำเนินการโดยขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในสถานพยาบาลที่กำหนด ผู้วิจัยจัดให้มีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำการฝึกอบรมการใช้แอปพลิเคชันฯ จนชำนาญเป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจัดเก็บบนเว็บโฮสติงกับผู้ให้บริการเซิฟเวอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟนกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีเดิมสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ ยู

ผลการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถสรุปได้ดังตาราง

ตารางที่ 1 สถานการณ์ แนวทางการแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน สามารถแสดงได้ดังตาราง

ปัญหาของรูปแบบการคัดแยกเดิม	แนวทางการพัฒนา	รูปแบบแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน
1. ด้านโครงสร้าง	**1. ด้านโครงสร้าง**	**1. ด้านโครงสร้าง**
1.1 การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีระบบคัดแยกที่หลากหลาย ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วย	1.1 กำหนดเกณฑ์การคัดแยกที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานทั้งหน่วยงาน	1.1 พัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน
1.2 ระบบสารสานเทศภายในหน่วยงานไม่เชื่อมโยงต่อเนื่องกัน	1.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศภายในโรงพยาบาลเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน	1.2 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นแนวทางที่ดีในการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
1.3 จำนวนพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่สัมพันธ์กับผู้ป่วยฉุกเฉินในบางช่วงเวลา	1.3 มอบหมายงานพยาบาลผู้รับผิดชอบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดเวลา	1.3 พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. ด้านกระบวนการ	**2. ด้านกระบวนการ**	**2. ด้านกระบวนการ**
2.1 ทักษะและความรู้ความชำนาญในการคัดแยกผู้ป่วยมีฉุกเฉินแตกต่างกัน	2.1 กำหนดการฝึกอบรม/ทบทวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลเป็นประจำทุกปี	2.1 พัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินร่วมกับแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนอย่างต่อเนื่อง
2.2 ทัศนคติด้านลบต่อการคัดแยกผู้ป่วย	2.2 สร้างแรงจูงใจและทัศนคติทางบวกด้านการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแก่พยาบาลผ	2.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน
3. ด้านผลลัพธ์	**3. ด้านผลลัพธ์**	**3. ด้านผลลัพธ์**
ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ครอบคลุมต่ำกว่ามาตรฐาน	การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถูกต้อง	ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

จากตารางที่ 1 พบว่า **ปัญหาของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแบบเดิม** มีระบบการคัดแยกที่หลากหลาย ไม่ครอบคลุมคุณลักษณะการเจ็บป่วย ระบบสารสนเทศภายในหน่วยงานไม่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันและบุคคลากรไม่เพียงพอ ตลอดจรทักษะความชำนาญของพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแตกต่างกันและมีทัศนคติด้านลบในการคัดแยกผู้ป่วยส่งผลให้มีการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ครอบคลุมต่ำกว่ามาตรฐาน จึงมี **แนวทางในการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน** โดย กำหนดเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหน่วยงาน พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินให้เชื่อมโยงกันและมอบหมายงานพยาบาลที่ทำหน้าที่คักยกผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดเวลาทำการ มีการฝึกอบรม/ทบทวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง และสร้างทัศนคติและแรงจูงใจทางบวกแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ คือการคัดแยกผู้ป้วยฉุกเฉินที่ถูกต้อง โดย **รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น** การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ออกแบบผังการทำงานและพัฒนาอัลกอริทึมของแอปพลิเคชันให้ทำงานร่วมกับพยาบาล โดยการป้อนข้อมูลอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยฉุกเฉินลงในแอปพลิเคชัน ระบบจะประมวลผลแจ้งผลการคัดแยก ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย พร้อมทั้งคำแนะนำสั้นๆเพื่อส่งผู้ป่วยไปยังจุดรักษาที่กำหนดไว้แก่พยาบาล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจให้ลำดับการคัดแยกผู้ป่วยอีกครั้ง แอปพลิเคชันออกแบบให้ติดตั้งบนสมาร์ทโฟน แสดงผลบนหน้าจอที่เหมาะสม ใช้ระบบสีเพื่อแสดงความรุนแรง ถือได้โดยใช้มือข้างเดียว มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลที่ทำงานร่วมกับแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินทำให้การคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน จากสนทนากลุ่มของบุคลากรการแพทย์เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน

แนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน
1. ด้านโครงสร้าง
1.1 เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2556
1.2 แอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนทำงานโดยเชื่อมต่อกับระบบกลาง (เซิร์ฟเวอร์) เพื่อประมวลผลข้อมูลและเก็บข้อมูลผู้ป่วยและเก็บข้อมูลไว้บนคลาวด์
1.3 มีระบบขั้นตอนดำเนินการ (Algorithm) ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้คำแนะนำพยาบาลในการดูแลเบื้องต้นและนำส่งไปยังจุดบริการที่มีความเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย
2. ด้านกระบวนการ
2.1 มีระบบขั้นตอนดำเนินการข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน ง่ายต่อการใช้งานมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. ด้านผลลัพธ์
3.1 ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

จากตารางที่ 2 พบว่า แนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ใช้ระบบคลาวด์ในการเก็บข้อมูลและมีขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน ช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 ขั้นตอนกระบวนการทำงานของแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน มีดังนี้

1. ลงทะเบียนเข้าในผู้ใช้งานและรหัสผ่านของตนเองที่ได้ลงทะเบียนไว้

2. เตรียมความพร้อมในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน โดยประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง และ โรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้

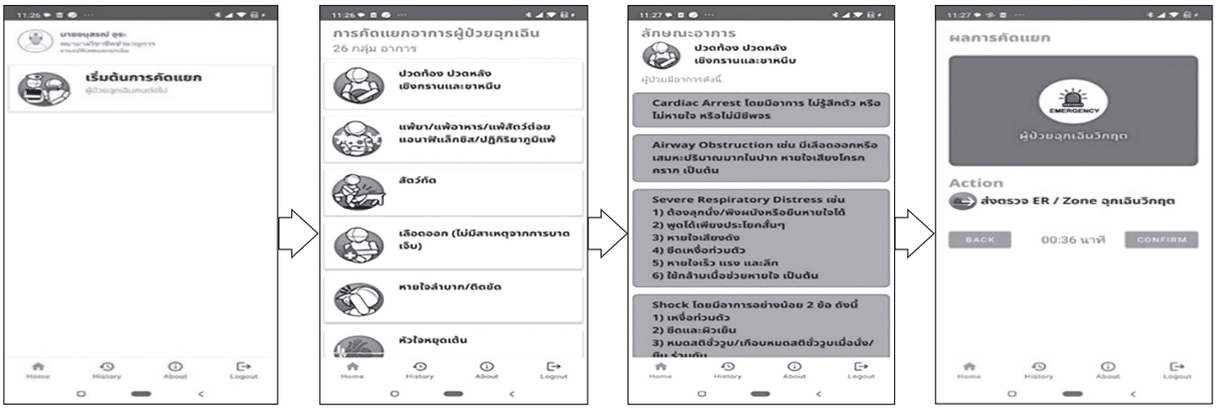
3. การจำแนกคุณลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคุณลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตาม 25 กลุ่มอาการ ตามที่ปรากฏบนหน้าจอสมาร์ทโฟน

4. ประเมินอาการและอาการแสดงผู้ป่วยฉุกเฉิน

5. กำหนดสัญลักษณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้ ดังนี้ 1) กดยืนยันผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากแอปพลิเคชันฯ 2) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้

6. ประวัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ใช้งานสามารถดูข้อมูลย้อนหลัง ภาระงานที่ปฏิบัติในแต่ช่วงเวลาปฏิบัติงาน สามารถแสดงตัวอย่างหน้าจอการแสดงผลจากแอปพลิเคชันฯ ดังนี้

ภาพที่ 1 ขั้นตอนการทำงานของแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน



1. หน้าจอแสดงการเตรียมความพร้อมในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน

2. หน้าจอแสดงการจำแนกคุณลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3. หน้าจอแสดงการประเมินอาการและอาการแสดงผู้ป่วยฉุกเฉิน

4. หน้าจอแสดงการกำหนดสัญลักษณ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้

2.3 ผลการใช้แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 43.8 ปี อาชีพรับจ้าง และมีอาการบาดเจ็บจากสัตว์กัดหรือพลัดตกหกล้ม โดยส่วนใหญ่จะกลับบ้านหลังได้รับการรักษาและใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า การใช้แอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยช่วยให้กระบวนการรวดเร็วขึ้น โดยใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 50.85 วินาทีเท่านั้น

ความถูกต้องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เปรียบเทียบความถูกต้องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธิเดิมกับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ ยูแสดงตามตามรางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ความถูกต้องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

วิธีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผลการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน		Mann Whitney U	P value
	ถูกต้อง (%)	ไม่ถูกต้อง (%)		
การคักแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยวิธีเดิม	82 (86.32)	13 (13.68)	567	.001*
การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปฯ	95 (100.00)	0 (0.00)		

*p=.001

จากตารางที่ 3 การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนมีความถูกต้อง ร้อยละ 100 สูงกว่าวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยวิธีเดิมมีความถูกต้องเพียงร้อยละ 86.32 และมีการคัดแยกที่ไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 13.68 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผลการวิจัย สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สถานการณ์และการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถอภิปรายดังนี้

1.1 สถานการณ์ของรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกต้อง เกิดจากหลายปัจจัย เช่น พยาบาลขาดทักษะและความรู้ ระบบคัดแยกไม่สอดคล้องกัน และภาระงานที่มากเกินไป ส่งผลให้คุณภาพการคัดแยกต่ำ ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาทักษะของพยาบาล ปรับปรุงระบบการคัดแยก และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[2,14,15]

1.2 การการพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการพัฒนาแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนเป็นแนวทางที่ช่วยให้การยกระดับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยอาศัยเทคโนโลยีและหลักฐานทางวิชาการในการพัฒนาแอปพลิเคชันให้มีประสิทธิภาพและใช้งานง่าย เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความรุนแรงของอาการและจัดลำดับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำขึ้น ควบคู่ไปกับการฝึกอบรมพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการใช้งานแอปพลิเคชัน และการปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลให้รองรับการใช้งานแอปพลิเคชันได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ[2,3,14]

2. แอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีการสืบค้นปัญหาและความต้องการจากแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานโดยตรง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ มีจุดเด่น คือ มีโครงสร้างที่ชัดเจน: มีการกำหนดโครงสร้างระบบที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของระบบปฏิบัติการ การประมวลผล และการจัดเก็บข้อมูล มีมาตรฐานโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับ มีระบบ Algorithm ช่วยให้การตัดสินใจของพยาบาลง่ายขึ้นและมีความสม่ำเสมอ ขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน การแสดงผลลัพธ์ของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านหน้าจอสมาร์ทโฟน ทำให้พยาบาลใช้งานง่าย ตัดสินใจให้ลำดับที่สัมพันธ์กับความรุนแรงการเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความถูกต้อง มีความแม่นยำ ครอบคลุมตามมาตรฐานการพคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน[3,6,7,16]

3. ผลการทดลองใช้แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟน

3.1 ระยะเวลาการคัดแยกผู้ป่วยด้วยด้วย

แอปพลิเคชันผ่านสมาร์ทโฟน พบว่า การใช้แอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านสมาร์ทโฟนช่วยให้กระบวนการคัดแยกเร็วขึ้น โดยใช้เวลาเฉลี่ยเพียง 50.85 วินาทีเท่านั้น โดยเร็วสุดที่ 42.35 วินาที และช้าสุดที่ 61.94 วินาที ระบบถูกออกแบบให้ใช้งานง่าย โดยมีขั้นตอนการป้อนข้อมูลที่ชัดเจนและเมื่อป้อนข้อมูลครบถ้วน ระบบจะแสดงผลการคัดแยกและคำแนะนำสำหรับพยาบาลทันที ช่วยให้พยาบาลสามารถจัดส่งผู้ป่วยไปยังจุดบริการที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น[5,7,8,11]

3.2 ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินให้ผลลัพธ์แม่นยำสูงถึงร้อยละ 100 เมื่อเทียบกับวิธีเดิมที่ให้ความถูกต้องเพียงร้อยละ 86.32 เนื่องจากแอปพลิเคชันใช้ขั้นตอนการประมวลผลข้อมูลที่ชัดเจน ทำให้คัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ ลดความผิดพลาดจากการประเมินด้วยประสบการณ์ส่วนบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้การทำงานของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้น[6,7,17,18,19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

แอปพลิเคชันคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินบนสมาร์ทโฟนที่ใช้ AI ช่วยให้การประเมินอาการผู้ป่วยแม่นยำขึ้น เนื่องจาก AI เรียนรู้จากข้อมูลจำนวนมากและวิเคราะห์ได้ละเอียด ทำให้ตัดสินใจได้รวดเร็วและแม่นยำกว่าเดิม ควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์นำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

แอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินออกแบบมาเป็นระบบปฏิบัติการแบบเดี่ยว จึงควรทำการศึกษาการเชื่อมต่อแอปพลิเคชันการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินกับอุปกรณ์การแพทย์ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้ครบถ้วน ลดความผิดพลาด และช่วยให้ตัดสินใจรักษาได้แม่นยำขึ้น

References

1. Larthum K, & Pearkao C. A study of quality of emergency patient triage at Srinagarind Hospital. The National and International Graduate Research Conference 2017; 2017 Mar 10; Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. (in Thai)
2. Intarawichien N. A study of quality of emergency patient triage in Phonphisai Hospital, Nongkhai. Nursing, Health, and Education Journal. 2019;2(2):43-53. (in Thai)
3. Saisit W, Thammasiri D, Hengpraprohm S, Hengpraprohm K, Arahung W, Worathitianan B, etal. Developing Artificial Intelligence for Triage at the Emergency Department, Nakhon Pathom Hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2022;39(3):349-58. (in Thai)
4. Sukwong P, Leekuan P, Jongsirichaikul N, & Chaibarn P. TheTriage Model in the Emergency Department of Nan Hospital. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(4):58–68. (in Thai)
5. The National Institute for Emergency Medicine. Guidelines for following rules, criteria, and procedures for separation Emergency patients. Edition 1. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2013. (in Thai).
6. Dong sl, Bullard MJ, Meurer DP, Colman l, Blitg S, Holroyd BR, et al. Emergency Triage: Comparing a Novel Computer Triage Program with Standard Triage. Academic Emergency Medicine. 2008; 12(6):502-7.
7. Levin S, Toerper M, Hamrock E, Hinson JS, Barnes S, Gardner H, et al. Machine-Learning-Based Electronic Triage More Accurately Differentiates Patients With Respect to Clinical Outcomes Compared With the Emergency Severity Index. Annals of Emergency Medicine. 2018;71(5): 565-74.

8. Oura A., & Srilamai T, editors. Khon Kaen Hospital Branch, Emergency Department. Annual Report 2022. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital Branch; 2022. (in Thai)
9. Khamchan S, & Kullimratchai P. Application of User Interface (UI) and User Experience (UX) in Platform Design. Eastern Asia University Heritage. 2022;16(2):63-71. (in Thai)
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2):175-91.
11. Sookcharoen, W. Dealing with missing data. Romphruek Journal of the Humanities and Social Sciences. 2015;33(2):1-32. (in Thai)
12. Janthachum W. Nursing Research: Sampling and Sample Size Determination. 2nd ed. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2007. (in Thai)
13. Vorakitkasamsakul S. Research methodology in behavioral science and social science. Edition 2. Udonthani: Aksornsilp printing; 2011.(in Thai)
14. Kanchanitanont C, Vipavakarn S, & Prombutr R. The Development of Nursing Care Model for Severe Multiple Injury in Krabi Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2019;20(1), 339-50. (in Thai)
15. Suphunnee H, Sarinrut S, & Wallada C. Factors Predicting the Accuracy of Triage in Elderly Patients at Emergency Department. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):186-94. (in Thai)
16. Imwatanakul N. Effectiveness of Triage Mobile Application Compares with Paper Based. Royal Thai Air Force Medical Gazette. 2019;65(2):1-9. (in Thai)
17. Promdee A, Boonyaphiphatkul P, & Kanokkhanjana P. Factors Influencing Compliance with Triage Protocol in Trauma Patients. Vajira Nursing Journal. 2017;19(1):19-32. (in Thai)
18. Wangsrikhu S. Quality Improvement of Patient Triage at Emergency Departments. Journal of the Medical Association of Thailand. 2018; 45(3):158-69. (in Thai)
19. Sukswang S. Triage Nurse: Beyond Main Process Through Practice. Journal of Health Sciences Scholarship.2018;2(5):2–14. (in Thai)

การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน

The Development of First Line Nurse Manager Competency Scale, Lerdsin Hospital

พิพัฒนานนท์ ทารี*[1] อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2] อารีย์วรรณ อ่วมตานี[1]
Phiphatthananon Tharee*[1] Apiradee Nantsupawat[2] Areewan Oumtanee[1]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10300**
[1]Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330
[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200**
[2]Faculty of Nursing, Chiangmai University, Chiangmai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 2) พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และ 3) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน โดยการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การกำหนดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง กลาง และต้น จำนวน 25 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อกำหนดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะและกำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ในการประเมินสมรรถนะด้วยเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า โดยการนำผลที่ได้จากตอนที่ 1 ไปสร้างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสิน และตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และค่าความเที่ยงของความสอดคล้องจากผู้ประเมิน 4 กลุ่ม ได้แก่ผู้บังคับบัญชาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นเพื่อนร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชา โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและการสุ่มอย่างมีระบบ จำนวน 235 คน และนำผลคะแนนมาคำนวนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานเพื่อดูความสอดคล้องของการประเมินทั้ง 4 กลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสินประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำ มีรายการสมรรถนะย่อย 5 ข้อ 2) การบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล มีรายการสมรรถนะย่อย 6 ข้อ 3) การจัดการทรัพยากร มีรายการสมรรถนะย่อย 5 ข้อ 4) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย มีรายการสมรรถนะย่อย 3 ข้อ และ 5) วิชาการ วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีสารสนเทศ มีรายการสมรรถนะย่อย 3 ข้อ รวมสมรรถนะย่อย 22 ข้อ แต่ละข้อใช้เกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง .60 – 1.0 ความเที่ยงของความสอดคล้องจากผู้ประเมิน 4 กลุ่มได้เท่ากับ .86 ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไปเสนอให้พัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นรูปแบบรูบริค (Rubric score) และจัดทำแบบประเมินในรูปแบบออนไลน์

*Corresponding Author : Email : meenpp2520@gmail.com
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเลิดสิน
งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่รับ (Received) 1ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 28 ต.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accept) 9 พ.ย. 2567

คำสำคัญ: การพัฒนา,แบบประเมินสมรรถนะ, ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น, โรงพยาบาลเลิดสิน

Abstract

This study aimed to: 1) identify key competencies of first-line nurse managers, 2) develop a competency assessment tool for first-line nurse managers, and 3) evaluate the tool's quality at Lerdsin Hospital. The study was conducted in three phases. In Phase 1, competencies were identified through focus group discussions with 25 senior, middle, and junior-level nurse executives. Data from these discussions were analyzed to define essential competencies. Phase 2 involved developing the competency assessment tool and identifying indicative behaviors using a Likert scale. Phase 3 assessed the tool's quality through expert content validity analysis and reliability testing among four assessor groups: supervisors, first-line nurse managers, peers, and subordinates. A total of 235 participants were selected through purposive and systematic sampling. Data from assessments were analyzed for consistency across groups using mean and standard deviation.

The findings identified five key competency dimensions for first-line nurse managers at Lerdsin Hospital: 1) Leadership (five sub-competencies), 2) Management of Nursing Service Quality (six sub-competencies), 3) Resource Management (five sub-competencies), 4) Professional Ethics, Morality, and Law (three sub-competencies), and 5) Academic Knowledge, Research, Innovation, and Information Technology (three sub-competencies), totaling 22 sub-competencies. The Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranged from .60 to 1.0, and inter-rater reliability was .86. Future research should develop a rubric-based competency evaluation tool and an online competency assessment platform.

Keyword : Develop, Competency, First line nurse manager, Lerdsin Hospital

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์ มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการขับเคลื่อนให้องค์การประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจาก “คน” เป็นทรัพยากรที่สำคัญขององค์การที่จะต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้เกิดความรู้ ความสามารถ นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานควบคู่กันไป[1] ด้วยเหตุนี้องค์การต้องมุ่งเน้นพัฒนาบุคลากรให้สามารถแสดงพฤติกรรมในการทำงานได้เต็มสมรรถนะเพื่อให้ได้ผลการทำงานที่ดี สำหรับโรงพยาบาลการที่องค์การพยาบาลจะบรรลุเป้าหมายขององค์การผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นระดับต้นถือว่ามีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้รับนโยบายขององค์การพยาบาลไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในระดับหอผู้ป่วย ด้วยการจัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน เกิดการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล[2,3] ดังนั้นผู้บริหารระดับต้นจึงต้องได้รับการพัฒนาให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์การพยาบาล โดยกระบวนการพัฒนาดังกล่าวต้องเริ่มต้นจากการประเมินสมรรถนะก่อน แล้วจึงนำผลการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาในลำดับต่อไป แต่ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเลิดสินใช้วิธีการประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจากการปฏิบัติงานที่บรรลุตัวชี้วัดผลสำเร็จของงาน (Key performance indicators : KPI) การประเมินดังกล่าวยังไม่สะท้อนถึงสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ซึ่งสภาการพยาบาล[4] ระบุว่าการประเมินสมรรถนะจะเป็นการประเมินว่าผู้บริหารระดับต้นได้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการบูรณาการความรู้ ทักษะ ความสามารถ และคุณลักษณะอื่น ๆ ในการปฏิบัติงานให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และภารกิจขององค์การ กล่าวคือเป็นการประเมินสมรรถนะที่ควรเป็นของตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งผลของการประเมินสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติราชการ ตลอดจนนำไปพัฒนาบุคคล และนำมาพิจารณาความดีความชอบ ส่วนตัวชี้วัดผลสำเร็จของงาน (KPI)

เป็นผลงานของหอผู้ป่วยที่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานร่วมกันสร้างผลงาน ไม่ใช่ผลงานของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นแต่เพียงผู้เดียว

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 35 คน เกี่ยวกับแบบประเมินสมรรถนะที่ใช้ในปัจจุบัน[5] ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นให้ความเห็นว่า ข้อรายการสมรรถนะไม่สะท้อนถึงสมรรถนะการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากมีคะแนน 1-5 โดยไม่ได้ระบุว่า พฤติกรรมแบบใด ควรได้คะแนนใด ทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ประเมินตนเอง และผู้ใต้บังคับบัญชาที่ประเมินผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประเมินตามการรับรู้และความเข้าใจของตนเอง ทำให้ผู้ถูกประเมินไม่แน่ใจในผลการประเมิน เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดข้อรายการสมรรถนะและกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบกับรูปแบบการประมินและผลการประเมินดังกล่าว ซึ่งการขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดสมรรถนะของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสมรรถนะจะทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อระบบสมรรถนะ ไม่เข้าใจและเกิดแรงต้านได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า หากมีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยให้ผู้ถูกประเมินมีส่วนร่วมในการพัฒนาแบบประเมินทั้งในส่วนของการกำหนดรายข้อสมรรถนะ และเกณฑ์ในการประเมินสมรรถนะ จะทำให้ผู้รับการประเมินเข้าใจและยอมรับการประเมินที่นำมาใช้[6]

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงและสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจปัจจุบันของโรงพยาบาลเลิดสิน จึงสนใจพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน โดยเลือกรูปแบบการวัดและการประเมินใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้วัดทักษะการปฏิบัติได้ทั้งในด้านกระบวนการและผลงาน โดยการแสดงรายการพฤติกรรมที่วัดและตัวบ่งชี้คุณภาพของระดับการปฏิบัติซึ่งกำหนดเป็นโครงสร้างและมีช่วงของมาตราส่วนที่มีค่าเป็นตัวเลขหรือระดับของพฤติกรรมให้ผู้ประเมินเลือกตามการตัดสินใจของตนเอง[7] และประเมินด้วยวิธีการประเมินแบบ 360 องศา ซึ่งเป็นการประเมินแบบรอบทิศทาง และเป็นระบบการประเมินที่สร้างความยุติธรรมได้สูง ผู้ประเมินประกอบด้วย ผู้บังคับบัญชาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นเพื่อนร่วมงาน และพยาบาลผู้ใต้บังคับบัญชา โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้หลักการสร้างเครื่องมือที่สามารถวัดและประเมินผลได้ตรงประเด็นถูกต้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือจากวิธีการของ DeVillis[8] ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน แต่ขั้นตอนที่ 8 เป็นขั้นตอนที่ต้องมีการใช้แบบประเมินไประยะเวลาหนึ่ง จึงปรับให้เป็นเครื่องมือฉบับย่อ ในกรณีที่เครื่องมือมีข้อคำถามจำนวนมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ 7 ขั้นตอนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อกำหนดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน 2) เพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน 3) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดสมรรถนะแล้วนำมาบูรณาการ ร่วมกับวิสัยทัศน์ พันธกิจโรงพยาบาลเลิดสิน โดยผู้วิจัยได้นำสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นของสภาการพยาบาล[4] มาเป็นกรอบแนวคิดหลัก และบูรณาการร่วมกับแนวคิดสมรรถนะจากการศึกษาของผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ ได้สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 5 ด้าน ร่วมกับการนำข้อมูลรายการสมรรถนะจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลมาสร้างข้อคำถามเพื่อประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสินโดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินใช้แนวคิดของ DeVillis[8] การกำหนดมาตรวัดใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่า และตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินด้วยวิธีหาค่าเฉลี่ยของการประเมิน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลเลิดสิน 350 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและการสุ่มอย่างมีระบบ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสินมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 4 กลุ่ม ได้แก่ผู้บังคับบัญชาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 25 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 25 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นเพื่อนร่วมงาน จำนวน 25 คน และผู้ใต้บังคับบัญชา จำนวน 160 คน รวม 235 คนสำหรับการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 การกำหนดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยการศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น แล้วบูรณาการร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อจัดทำเป็นร่างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสิน จากนั้นจัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ร่วมกับการสนทนากลุ่มเพื่อกำหนดสมรรถนะ กำหนดพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะย่อย และกำหนดเกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง กลาง และต้น จำนวน 25 คน

ตอนที่ 2 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 มาจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อนำไปศึกษาคุณภาพของแบบประเมินโดยการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือในขั้นตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสิน คือ ร่างสมรรถนะรายด้านและรายการสมรรถนะย่อยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ได้จากตอนที่ 1 และเกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า

ตอนที่ 3 การตรวจคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน ในขั้นตอนนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งประกอบด้วยรายด้านสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น รายการสมรรถนะย่อยพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะและเกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 2) คู่มือการประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ประเมินสามารถใช้แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสินได้อย่างถูกต้อง มีความเข้าใจและมีเกณฑ์การให้คะแนนตรงกัน โดยเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ตอน มีการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาด้านความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมรรถนะทางการพยาบาล การวัดและการประเมินผล จำนวน 5 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ในการวัด (index of item-objective congruence : IOC) และตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน โดยใช้สูตรความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Inter-rater reliability)

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และคู่มือการประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วนำไปเก็บข้อมูลจากตัวอย่างที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเลิดสินจำนวน 235 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 – 30 พฤษภาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อกำหนดเป็นรายด้านสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

2. หลังจากได้รายด้านสมรรถนะและรายการสมรรถนะย่อยของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นแล้ว ดำเนินการสนทนากลุ่มต่อเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มระบุพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์การประเมินสมรรถนะรูปแบบมาตราส่วนประมาณค่า นำมาจัดทำเป็นแบบประเมินสมรรถนะ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

3. ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นดังนี้

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ประเมินข้อมูลตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

3.2 คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อดูความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมินทั้ง 4 กลุ่มโดยการคำนวณค่าเฉลี่ยของสมรรถนะแต่ละรายข้อสมรรถนะและแต่ละรายด้าน

3.3 วิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม

แต่ละข้อกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คนเป็นผู้พิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด

3.4 ผู้วิจัยวิเคราะห์ความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมิน (Inter-rater reliability) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการนำเครื่องมือ ไปเก็บข้อมูลจริงมาวิเคราะห์ความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมิน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลเลิดสิน เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 รหัสโครงการวิจัย LH671012 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่สูญเสียสิทธิใด ๆ ที่พึงมีพึงได้จากการปฏิบัติงาน การนำเสนอข้อมูลจะใช้รหัสที่เป็นการใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ และเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้วเท่านั้น ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัย และทำลายข้อมูลทิ้งหลังเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งมีการป้องกันผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการไม่เปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลการวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการกำหนดสมรรถนะและการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน ประกอบด้วยสมรรถนะที่ได้จากวิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเลิดสิน ดังแสดงในตาราง

รายการสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น	จำนวนข้อที่ใช้ประเมิน		ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน
	รายการสมรรถนะย่อย	พฤติกรรมที่ใช้ประเมิน	
1. ด้านภาวะผู้นำ	5	25	.90
2. ด้านการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล	6	30	.86
3. ด้านการจัดการทรัพยากร	5	25	.79
4. จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และ กฎหมาย	3	15	.80
5. ด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศ	3	15	.77
รวม	22	110	.82

จากตารางอธิบายได้ว่า แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน รายการสมรรถนะย่อย 22 ข้อ และพฤติกรรมที่ใช้ประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์มาตรตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 110 รายการได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) ด้านการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล 3) ด้านการจัดการทรัพยากร 4) ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ และ 5) ด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศ ค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมิน (Internal consistency) เท่ากับ .82

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพ พบว่า แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพเพียงพอในการนำไปประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence : IOC) เท่ากับ .60-1.0 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินรายด้าน คือ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล ด้านการจัดการทรัพยากรด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ และด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีสารสนเทศ เท่ากับ .90 .86 .79 .80 และ .77 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมินเท่ากับ .82 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .86

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสิน ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่กำหนดจากวิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลเลิดสินร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 25 คน พบว่า สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประกอบด้วย 5 ด้าน ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านภาวะผู้นำ

ด้านภาวะผู้นำ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ต้องแสดงความสามารถในด้านภาวะผู้นำ คือการเป็นผู้นำทีมที่มีประสิทธิภาพ การมีวิสัยทัศน์ที่ดีในการทำงาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ และการบริหารความขัดแย้งในหน่วยงาน อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นผู้รับนโยบายขององค์การพยาบาลไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในระดับหอผู้ป่วยด้วยการจัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน เกิดการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง[3] และการบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน โดยการจัดระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ[2] นอกจากนี้ผู้นำต้องมีกลยุทธ์ในการบริหาร มีทัศนคติ และการมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีการจูงใจให้ผู้ร่วมงานปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจและบรรลุเป้าหมายขององค์การ[9] ภาวะผู้นำจึงเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการบริหารงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการบริหารจัดการองค์การอันจะนำไปสู่การให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และผู้นำต้องแสดงความสามารถด้านการสื่อสารโดยการจูงใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายที่ชัดเจน มองเห็นคุณค่าของงานที่ทำและให้ผู้ตามทราบถึงความคาดหวัง ให้ความเชื่อมั่นและการทำงานร่วมกันเป็นทีม[10] นอกจากนี้สมรรถนะย่อยที่ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีคือ การคิดวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีทักษะในการ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เสริมสร้างพลังอำนาจ มีความสามารถในการจูงใจ การเจรจาต่อรอง การจัดการความขัดแย้ง[4]

สมรรถนะที่ 2 ด้านการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องแสดงความสามารถในด้านการบริหารจัดการคุณภาพบริการพยาบาล คือ การประกันคุณภาพบริการพยาบาล การควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อ การบริหารความเสี่ยง การบริการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาล และการจัดการพยาบาลหลากหลายวัฒนธรรม อภิปรายได้ว่า สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในด้านการจัดการคุณภาพบริการพยาบาลถือว่ามีส่วนสำคัญมาก เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีการจัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐานและการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ควบคุมกำกับการปฏิบัติการพยาบาลของบุคลากรในหน่วยงานตามมาตรฐานต่าง ๆ เช่นการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และวางแผนการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนด[4] และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการจัดบริการพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนพันธกิจด้านการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลระดับมาตรฐานสากล

นอกจากการจัดการคุณภาพบริการแล้วจากผลการวิจัยของ จุติมา เบ็ญอ้าดัม[11] พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในตำแหน่งที่รับผิดชอบและเป็นผู้นำของหน่วยงานมีอิทธิพลต่อการจัดการความปลอดภัยจากการจัดองค์การด้วยการจัดโครงสร้างในหน่วยงาน กำหนดวิธีการดำเนินการเป็นแบบอย่างและกำหนดทิศทางในด้านความปลอดภัยของบุคลากร ทำให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัย รวมทั้งการติดตามการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของบุคลากรตามที่กำหนดไว้ แนวคิดการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาล จึงถูกกำหนดขึ้นในหลายโรงพยาบาลเพื่อเป็นกลไกที่ทำให้สถานพยาบาลบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ และในปัจจุบันโรงพยาบาลต้องมีการปรับปรุงระบบบริการให้สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและโลกในยุคศตวรรษที่ 21 กล่าวคือ มีการมารับบริการทางด้านสาธารณสุขของชาวต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะด้านการจัดการพยาบาลหลากหลายวัฒนธรรมของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจึงมีความสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็น

ในการให้การบริการผู้มารับบริการหรือต้องมีความเข้าใจความหลากหลายทางวัฒนธรรม ปฏิบัติการพยาบาลได้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิดความเป็นอยู่ดี สุขภาพดีอันจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความพึงพอใจในบริการ[12]

สมรรถนะที่ 3 ด้านการจัดการทรัพยากร

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลต้องแสดงความสามารถในการจัดการทรัพยากร คือ การบริหารอัตรากำลัง ประเมินผลการปฏิบัติงาน การวางแผนพัฒนาบุคลากร การบริหารจัดการพัสดุ เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ และการบริหารระบบบริการ อภิปรายได้ว่าการจัดการทรัพยากรในหน่วยงานถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากทำให้การปฏิบัติงานบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยต้นทุนต่ำ ซึ่งองค์การพยาบาลมีบุคลากรในทีมสุขภาพจำนวนมากและหลายระดับ การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีการมอบหมายงานอย่างเหมาะสมตรงกับความรู้ ความสามารถ มีการบริหารพัสดุ เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ ตลอดจนการจัดระบบและการพัฒนาการบริการพยาบาล[4] นอกจากนี้กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข[3] ได้ระบุไว้ว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการกำลังคนทางการพยาบาลภายใต้มาตรฐานภาระงานตามขอบเขตอัตรากำลังที่มีและจัดสรรบุคลากรในหน่วยงานให้เหมาะสมและตรงกับคุณสมบัติเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร รวมทั้งการวิเคราะห์ความต้องการพัฒนาความรู้บุคลากร กำหนดแนวทางการพัฒนาและฟื้นฟูความรู้บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับ การปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่ทุกระดับ และการควบคุมกำกับ ดูแล จัดหา วัสดุ ครุภัณฑ์อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานและเพียงพอกับการใช้งานโดยครอบคลุมเกณฑ์คือ มีปริมาณเพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ทันที มีระบบการเก็บรักษา การทำบัญชีสำรวจและควบคุมการใช้งานและการซ่อมแซมแก้ไขให้พร้อมใช้งานหรือจำหน่ายเมื่อไม่สามารถนำใช้งานได้และการจัดหาทดแทน และผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการบริหารบุคลากรและบริหารคุณภาพการบริการเนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีหน้าที่จัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน เกิดการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

สมรรถนะที่ 4 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องแสดงพฤติกรรมการเป็นแบบอย่างของผู้บริหารที่มีคุณธรรมและจริยธรรม การรักษาสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ และการใช้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ อภิปรายได้ว่า หลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพถือเป็นมาตรฐานความประพฤติที่พยาบาลทุกคนพึงปฏิบัติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้พยาบาลปฏิบัติหน้าที่ด้วยความตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีตลอดจนสิทธิมนุษยชนของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ช่วยควบคุมให้พยาบาลทำงาน อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยและผู้ป่วยปลอดภัย ขณะเดียวกันก็ต้องรักษามาตรฐาน ในการประกอบวิชาชีพและดำรงไว้ซึ่งสิทธิอันชอบธรรมในการประกอบวิชาชีพของตน[13] และยังพบว่ามีหลักจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่การพิทักษ์สิทธิหน้าที่แทน (Advocacy) ความรับผิดชอบ (Accountability) ความร่วมมือ (Cooperation) และความเอื้ออาทร (Caring) นอกจากนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจหลักกฎหมายทั่วไป กฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต กฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ กฎหมายที่เกี่ยวข้องขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลและข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ รวมทั้งข้อบังคับของวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสภาการพยาบาล[4] ได้ระบุว่าสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสมรรถนะที่ 4 ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้หลักคุณธรรม ทฤษฎีจริยศาสตร์ วัฒนธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิผู้ป่วย พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หลักกฎหมายทั่วไป พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพและพ.ร.บ. อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล มีคุณธรรมและจริยธรรมของผู้บริหาร และในปัจจุบันพยาบาลผู้เป็นหนึ่งในบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการให้บริการสุขภาพ หากพยาบาลใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยปราศจากการกลั่นกรองที่ดีและไม่เป็นไปตามกรอบ

จริยธรรมและตามที่กฎหมายกำกับไว้อาจกระทบต่อความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้รับบริการส่งผลเสียต่อผู้รับบริการและตัวพยาบาลเอง รวมถึงมีผลกระทบในวงกว้างต่อวิชาชีพพยาบาล เช่น การฟ้องร้องด้านจริยธรรม14

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการ วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีสารสนเทศ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องแสดงความสามารถด้านการพัฒนานวัตกรรมการพัฒนาวิชาการและวิจัยทางการพยาบาล และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการก้าวล้ำด้านเทคโนโลยี ระบบบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต องค์การอนามัยโลกได้กำหนดทิศทางยุทธศาสตร์ เพื่อให้มีการพัฒนาทักษะส่งเสริมเทคโนโลยีที่เป็นนวัตกรรมการใช้สมรรถนะพัฒนาวิชาชีพ กระตุ้นให้ผู้บริหารมีการพัฒนาสิ่งใหม่เพื่อพัฒนาบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประเทศไทยกำลังมุ่งเข้าสู่ยุค Thailand 4.0 วิชาการ วิจัย และนวัตกรรม มีความสำคัญและมีความจำเป็นกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่จำเป็นต้องค้นหาองค์ความรู้ วิธีปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพการบริการการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในองค์การและการนำพาองค์การพยาบาลสู่การบรรลุวิสัยทัศน์[15] ดังนั้นในระบบบริการสุขภาพสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพราะผู้นำด้านนวัตกรรมเป็นผู้สนับสนุนทีมบุคลากรให้มีความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมในองค์การพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเพื่อพัฒนาองค์การวิชาชีพพยาบาลให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง และจากการวิจัยของ พีรนุช ลาเซอ[16] พบว่าการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนของประเทศไทย พยาบาลวิชาชีพต้องสามารถสืบค้น และอ่านบทความทางวิชาการ บทความวิจัยด้านสุขภาพและการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำผลการวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการปรับปรุงการทำงานให้มีประสิทธิภาพและสามารถนำหลักฐานเชิงไปจากมาใช้ในการพัฒนางาน

2. การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในขั้นตอนนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นได้มีการพิจารณากลั่นกรองสมรรถนะด้านต่าง ๆ เพื่อให้ได้พฤติกรรมในการประเมินสมรรถนะที่ผู้ปฏิบัติสามารถตอบได้ว่าสามารถวัดได้หรือไม่ในทางปฏิบัติแล้ว และยังเป็นการทำความเข้าใจการนำแบบประเมินสมรรถนะไปใช้ให้มีความเข้าใจตรงกัน ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ในการสร้างเกณฑ์การประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่ผู้ถูกประเมินควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ก่อนที่จะได้รับการประเมิน และเกณฑ์การประเมินแบบมาตรประมาณค่าสามารถระบุความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติงานในแต่ละระดับได้ ผู้ประเมินไม่ว่าจะเป็นใครสามารถใช้เกณฑ์ดังกล่าวประเมินสมรรถนะได้ตรงกันมากที่สุด[7] และการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่ามีความละเอียดเหมาะสำหรับการประเมินทักษะที่มีรายละเอียดค่อนข้างมากหรือซับซ้อน ช่วยแก้ไขการประเมินทักษะซึ่งมีลักษณะค่อนข้างเป็นอัตนัย (Subjectivity) ช่วยให้เกิดความเที่ยงที่เพิ่มขึ้นในการให้คะแนน[17]

3. การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะโดยหาค่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ .60 – 1.0 ความเที่ยงของความสอดคล้องของการประเมิน (Inter-raters reliability) ของผู้ประเมินแบบ 360 องศาประกอบด้วยผู้ประเมิน 4 กลุ่ม จำนวน 235 คน จากผู้ประเมิน 30 หอผู้ป่วย/หน่วยงาน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของการประเมินโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความสอดคล้องของการประเมินระหว่างผู้ประเมินเฉลี่ยเท่ากับ .82 ค่าความเที่ยงของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .86 แสดงว่าผู้ประเมินทั้ง 4 กลุ่มประเมินได้ตรงกัน มีความเข้าใจเนื้อหาที่ใช้ในการประเมินเหมือนกัน ผลการประเมินระหว่างผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประเมินตนเองกับผู้อื่นประเมินไม่แตกต่างกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยหลายท่านที่พบว่าการประเมินตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับการประเมินโดยผู้อื่นไม่มีความแตกต่างกัน[18,19] จากการศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม นำพาองค์การให้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์การและโรงพยาบาลที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

การนำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการ

พยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเลิดสินไปใช้จริง มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ควรมีการประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการใช้แบบประเมิน และคู่มือแบบประเมินสมรรถนะ 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์ พันธกิจ จะต้องมีการปรับปรุงรายข้อสมรรถนะใหม่ 3) องค์การพยาบาลสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพิจารณาแต่งตั้งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และเป็นแนวทาง ในการฝึกอบรมผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นให้มีสมรรถนะตามที่องค์การต้องการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปเสนอให้พัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นรูปแบบรูบริค (Rubric score) และจัดทำแบบประเมินในรูปแบบออนไลน์

References

1. Promsuthi T, Fuengchan S, Chirinnung P, & Yaemnill S. Development of Human resource competencies to support Thailand 4.0 Era. Journal of Nakorn Lampang buddhist college. 2021; 10(1): 228-43.(in Thai)
2. Jansa-ard K., Chitpakdee B. & Supamanee, T.Development of a competency framework for head nurses, Mccormick Hospital, Chiangmai province. Journal of Nurses association of Thailand Northern Region. 2020; 26(1): 90-9. (in Thai)
3. Nursing Division Ministry of Public Health. Roles and duties of professional nurses; 2018.
4. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competency of nurse administrators. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2013. (in Thai)
5. Interview. Interview with first-line nurse managers about the current competency assessment scale. 2023.
6. Wongsuwan N., & Siriwan I. Participation Management. Mahachula Academic Journal. 2017;4(1): 176-87.(in Thai)
7. Boonchai S. Development and quality testing of research tools: Scientific measurement properties. 1st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2012.
8. DeVillis, R. Scale development : Theory and application. 4th ed. Newbury Park: Sage. 2017.
9. Koonpool P. A study of leadership of head nurse in management for generation y nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurse. 2018; 20(1): 172-80.(in Thai)
10. Harlianto J., & Rudi A d. The role of leaders in stimulating innovative work behavior and its impacts towards job performance. International Journal of Engineering & Technology. 2018; 7(3): 571-4.
11. Benardam J., Chukumnerd P. & Thongsuk P. The relationship between head nurses' leading and registered Nurses' Involvement in personnel safety management in private hospitals, southern thailand. Songklanagarind Journal of Nursing. 2020; 40(2): 35-51.
12. Sirisawat M, Pengsawat W, Wannik C, & Pheasa A. Transcultural nursing competency for nurses. The Journal of Research and Academics. 2023. 4(3): 311-24.
13. Rattikarnsuka J. & Oumtanee A. Nursing management of head nurses receiving the outstanding award. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 179-86.(in Thai)
14. Supamanee T, & Thana K. Social media networking: consideration for nurses. Nursing Journal. 2015; 42(2): 164-8. (in Thai)
15. Laobanthao, M. The development of competency scale for head nurses of Surin hospital study (dissertation). Chulalongkorn University. 2017. (in Thai)
16. Chawaphant S., LeSeur P., Jantaraman S. & Thana K. The readiness of Thai nurses towards the ASEAN economic community. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2016; 32(2): 29-42. (in Thai)

17. Phasripon P. Measurement and Evaluation of Learning Outcomes. Bangkok: Chulalongkorn University. 2016.
18. Therdudomtham Y. Development of a competency assessment form for head nurses at Banphaeo hospital (Public Organization) (dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai)
19. Raemathuraphong J. Development of a competency assessment form for entry-level nursing administrators at Samutprakan Hospital (dissertation). Bangkok: Chulalongkorn university; 2016. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

Effects of a Health Behavior Promotion Program on Foot Complications in Type 2 Diabetic Patients Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospital, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province

ยุพารัตน์ ก่ำจำปา* ณัฐพร นิจธรรมสกุล เจนจิรา แก่นท้าว วิษณุ เมืองบาล
Yuparat Khamjumpa* Nuttaporn Nidthumsakul Chenchira Kaenthao Widsanu Muangban
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย 47120
Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospitals Sakon Nakhon Province, Thailand, 47120

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้ เป็นการวิจัย1กลุ่มโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยทั้งฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า (CVI) เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.98 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 มีนาคม 2567-30 เมษายน 2567 สถิติที่ใช้ คือสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การศึกษาพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =4.97, 95% CI=4.39-5.54, p<.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.67, 95% CI=10.50-12.82, p<.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินการเผชิญปัญหาหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.90, 95% CI=10.87-12.92, p<.001) และพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.23, 95% CI=10.07-12.39, p<.001)

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า, ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was quasi-experimental research using a one-group pretest and posttest design. The One Group Pretest Posttest Design aimed to study effects of a health behavior promotion program on foot complications in type 2 diabetic patients Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospital, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. The sample groups 30 selected was carers for type 2 diabetic patients by purposive sampling. The research instrument was a questionnaire The entire questionnaire underwent content

Corresponding Author: *Email: gumjumpa2@gmail.com

วันที่รับ (Received) 1 ก.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 ส.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 9 ก.ย. 2567

validity verification by 3 experts, yielding a Content Validity Index (CVI) of 1, and demonstrated reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were collected from 1st March, 2024 to 30th April 2024. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and paired samples t-test, with a statistical significance level of 0.05. The results showed that the mean scores of after is higher than before used effects of a health behavior promotion program on foot complications in type 2 diabetic patients Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospital, Wanonniwat District, Sakon Nakhon Province. For knowledge after participating in the program (Mean Difference = 4.97, 95% CI = 4.39-5.54, p<.001), mean scores for health risk assessment after program participation (Mean Difference = 11.67, 95% CI = 10.50-12.82, p<.001), mean scores for problem-facing assessment after program participation (Mean Difference = 11.90, 95% CI = 10.87-12.92, p<.001), and mean scores for preventive behavior practices after program participation (Mean Difference = 14.13, 95% CI = 12.07-16.19, p<.001).

Keywords: Health Behavior Promotion, Foot Complications, Type 2 Diabetic Patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและมีความสำคัญมากอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื่อรัง (Non-Communication Diseases, NCDs) ที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศหรือของโลก จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยครั้งที่ 6 ระหว่างปี พ.ศ. 2562–พ.ศ. 2563 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานวัดโดยประวัติและ fasting plasma glucose (FPG) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.5 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557–พ.ศ. 2558 มีความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม ส่วนกลุ่มภาวะบกพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose, IFG) หมายถึง ผู้ที่ผลตรวจเลือด FPG มีค่าระหว่าง 100 ถึง น้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (มก./ดล.) และไม่ได้กินยารักษาเบาหวานอยู่หรือกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า มีความชุกโดยรวม ร้อยละ 10.7 ภาวะนี้บ่งชี้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต[1] แผลเบาหวานที่เท้า (Diabetic Foot Ulcer, DFU) จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ที่เป็นเบาหวาน ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดแผลเบาหวานที่เท้าคือผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดโรคระบบประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน (diabetic peripheral neuropathy, DPN) หรือ การสูญเสียความรู้สึกที่บริเวณเท้า ข้อเท้า และขา ส่วนล่าง มักเกิดขึ้นหลังจากเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประมาณ 8-12 ปี หากแผลเกิดการติดเชื้อรุนแรงเข้าสู่ กระแสเลือด (septicemia) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้[2]

สถานการณ์โรคเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบจังหวัดสกลนครมีผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งหมด 72,417 คน ที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 50,522 คน คิดเป็นร้อยละ 69.77 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 18,457 คน คิดเป็นร้อยละ 25.49 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จำนวน 32,065 คน คิดเป็นร้อยละ 44.28[3] การที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงสูง ต่อการถูกทำลายระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดมมีผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน 71 คน จากข้อมูลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ปีงบประมาณ 2566 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 28คน คิดเป็นร้อยละ 40 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 60 พบมีแผลที่เท้าและความผิดปกติชาที่เท้า 1 จุดขึ้นไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ในจำนวนนี้ถูกตัดอวัยวะ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.4 ซึ่งพื้นที่ตำบลศรีวิชัยมีผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 448 คน ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ประจำปีงบประมาณ 2566 จำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8[3] พบมีแผลที่เท้าและความผิดปกติชาที่เท้า 1 จุดขึ้นไป จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ในจำนวนนี้ถูกตัดอวัยวะ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 แต่เสียชีวิตไปแล้ว 2 ราย จากสถิติพบว่าการที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

สูงเป็นเวลานาน ส่งผลต่อการถูกทำลายระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกส่งกลับไปที่โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง ในเรื่องต่อไปนี้

1.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

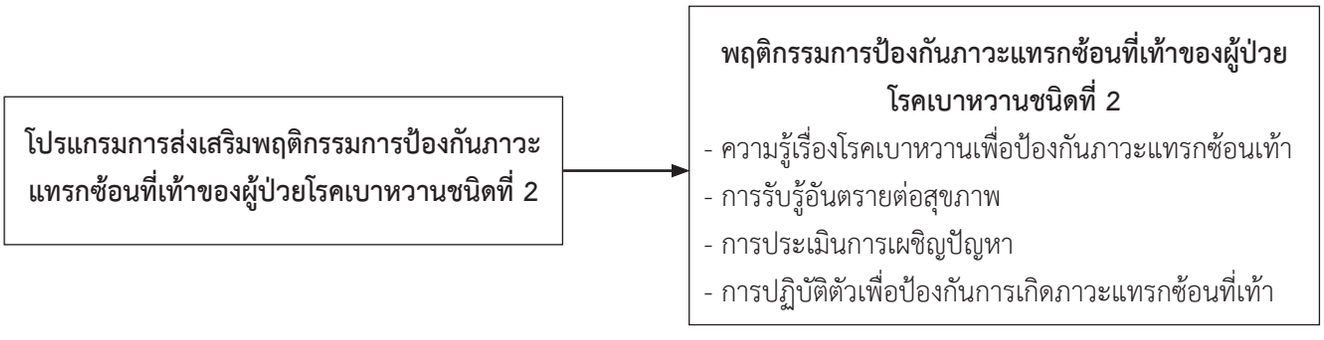
1.2 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

1.3 การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

1.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค4 มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ทำการวัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน ทั้งหมด 71 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงในการศึกษา 1 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest design) โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ[4] เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.056 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.85 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุระหว่าง 30 - 59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรักษาประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนอุดม ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร มานานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) มีระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชม. มากกว่า 130 ml/dl 3) การตรวจประเมินเท้าภายนอกปกติ ประกอบด้วย ไม่มีแผลที่เท้า ไม่มีเท้าผิดรูป และชีพจรที่เท้าปกติ 4) สูญเสียความรู้สึกที่ปลายเท้าอย่างน้อย 1 จุด 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยได้ต่อเนื่อง 10 สัปดาห์ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) 1) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย อัมพฤกษ์ อัมพาต ขาพิการ 2) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี 3) ไม่สามารถเข้าร่วมหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567 เลขที่ SKN REC 2024-044 ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2567

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการส่งแสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีการจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

1) การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2) กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจริงที่มีแผลที่เท้า

3) กิจกรรมกลุ่มบอกความรู้สึกของตนเองต่อโรคเบาหวานโดยการเขียนบัตรคำ

4) แจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลเท้า และนวัตกรรมนวดเท้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับนำไปปฏิบัติ ด้วยตนเองที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1) การบรรยายประกอบสื่อให้ความรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

2) การสาธิตตัวอย่างอาหารที่มีน้ำตาลสูง (โมเดลอาหาร)

3) กิจกรรมกลุ่มแสดงบทบาทสมมุติการจำลองสถานการณ์จริงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เช่น การเดินขาเดียว

4) กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเล่าความรู้สึกจากบทบาทสมมุติ

กิจกรรมที่ 3 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า

2) กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบจริงที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

3) สรุปผลโดยเน้นผลดีในการปฏิบัติ ตัวและ

ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

กิจกรรมที่ 4 สร้างความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1) กิจกรรมประเมินเผชิญปัญหา โดยการอภิปรายกลุ่มให้แต่ละกลุ่มเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า

2) กิจกรรมความคาดหวังของฉัน โดยให้แต่ละคนเขียนบัตรคำความคาดหวังของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

กิจกรรมที่ 5 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1) การสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วย “นวัตกรรมนวดเท้า” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) กิจกรรมกลุ่มทบทวนการปฏิบัติตัวในการดูแลเท้าโดยกลุ่มที่ 1 สาธิตการบริหารเท้า กลุ่มที่ 2 สาธิตการตรวจและการทำความสะอาดเท้า กลุ่มที่ 3 สาธิตการนวดเท้าด้วยนวัตกรรมนวดเท้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (3) แบบประเมินการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพจากภาวะแทรกซ้อนที่เท้า (4) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเท้า และ (5) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ 0.97 แบบสอบถามการรับรู้อันตราย 0.97 แบบสอบถามการประเมินเผชิญปัญหา 0.98 แบบสอบถามการปฏิบัติตัว 0.95 และแบบสอบถามทั้งชุด 0.98

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การมีแผลที่เท้าและโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีจำนวน 15 ข้อ 15 คะแนน วัดผลตามเกณฑ์การประเมินความรู้จากการเรียนรู้[5] โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60-79.99 (9-11 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ คะแนน ร้อยละ 0-59.99 (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale)[6] โดยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วย ให้คะแนน = 3 คะแนน	= 1 คะแนน
ไม่แน่ใจ ให้คะแนน = 2 คะแนน	= 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน = 1 คะแนน	= 3 คะแนน

การแปรความหมายค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน[7] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน 24-30 คะแนน ระดับปานกลางหมายถึง ได้คะแนน 17-23 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 10-16 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดเห็น สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยประยุกต์วิธีการสร้างตามแบบ[6] (Likert’s scale) โดยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ซึ่งลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับส่วนที่ 3

การแปรความหมายค่าคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหา มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้วิจัยได้

ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ7 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน 24-30 คะแนน ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน 17-23 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 10-16 คะแนน

ส่วนที่ 5 การปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เป็นแบบสอบถามในการวัดพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการดูแลเท้า ลักษณะของคำถามเป็นการประยุกต์การวัดตามแบบของ6 เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์)
ไม่ปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลย)

ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ให้คะแนน = 3 คะแนน	= 1 คะแนน
ให้คะแนน = 2 คะแนน	= 2 คะแนน
ให้คะแนน = 1 คะแนน	= 3 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติ Paired t-test และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.0 ปี (S.D.=4.9 ปี) อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.3 เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 63.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 56.7 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 3,001- 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4,823.3 บาท (S.D.=3,000.1 บาท) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 12,000 บาท ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานอยู่ระหว่าง 11 – 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 ปี (S.D. =6.9 ปี) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 27 ปี ไม่มีแผลเบาหวานที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 100

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา (n=30)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (12 - 15 คะแนน)	2	6.7	22	73.3
ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	7	23.3	8	26.7
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	21	70.0	0	0

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ระดับต่ำ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 และความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และพบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และความรู้ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1

3. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา (n=30)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (24 - 30 คะแนน)	0	0.0	26	86.7
ระดับปานกลาง (17 - 23 คะแนน)	6	20.0	4	13.3
ระดับต่ำ (10-16 คะแนน)	24	80.0	0	0.0

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าคะแนนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับต่ำ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และพบว่าคะแนนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพหลังการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

4. การประเมินการเผชิญปัญหา

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยการประเมินเผชิญปัญหาก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา (n=30)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (24 - 30 คะแนน)	0	0.0	26	86.7
ระดับปานกลาง (17 - 23 คะแนน)	5	16.7	4	13.3
ระดับต่ำ (10-16 คะแนน)	25	83.3	0	0.0

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่าคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหาก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และระดับปานกลางจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบว่าคะแนนการประเมินการเผชิญปัญหาหลังการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับสูง จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และระดับปานกลาง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

5. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบร้อยละคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา (n=30)

ระดับคะแนนความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (24 - 30 คะแนน)	0	0.0	24	80.0
ระดับปานกลาง (17 - 23 คะแนน)	5	16.7	6	20.0
ระดับต่ำ (10-16คะแนน)	25	83.3	0	0.0

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับต่ำ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 และพบว่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหลังการใช้โปรแกรม อยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อน	หลัง	Mean Difference	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	(95% CI)	
1. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	7.83 (1.93)	12.80 (2.15)	4.97 (4.39-5.54)	<.001
2. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ	14.56 (2.37)	26.23 (1.75)	11.67 (10.50-12.82)	<.001
3. การประเมินการเผชิญปัญหา	14.20 (2.04)	26.10 (1.62)	11.90 (10.87-12.92)	<.001
4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า	14.13 (2.08)	25.36 (1.99)	11.23 (10.07-12.39)	<.001

ผลการวิจัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมการใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =4.97, 95% CI=4.39-5.54, p<.001) คะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินอันตรายต่อสุขภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.67, 95% CI=10.50-12.82, p<.001) และคะแนนค่าเฉลี่ยการประเมินเผชิญปัญหาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.90, 95% CI=10.87-12.92, p<.001) และพบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =11.23, 95% CI=10.07-12.39, p<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า การตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาบาดแผลเล็ก ๆ ที่เท้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและการเกิดแผลเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้วพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้ามีการปฏิบัติตนที่ดีขึ้นและลดอัตราการเกิดแผลที่เท้าได้อย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน[8-9] การมีความรู้เรื่องการดูแลเท้าและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องไม่เพียงแต่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเท่านั้น แต่ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมาก ดังนั้นการพัฒนาและส่งเสริมโปรแกรมการให้ความรู้และการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการนำแนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินในเรื่องการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อแก้ปัญหาในสิ่ง

ที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคามจะรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล[10] จึงได้นำมาทำเป็นกระบวนการเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจากกระบวนการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ทั้ง 2 นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม มีโอกาสเป็นไปได้ที่การรับรู้อาจทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว[11] เพื่อให้เกิดการประเมินอันตรายต่อสุขภาพและการประเมินการเผชิญปัญหาที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[12] นอกจากนี้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เป็นการที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคได้ โดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารในรูปแบบของการปรับ หรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือความสามารถของตนเอง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย[13-15] ดังนั้นการรักษามีความคาดหวังที่จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิผลต้องประกอบด้วยการให้ความรู้ การส่งเสริมการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรดำเนินการติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เพื่อหาแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

References

1. Thaneerat J. Health literacy and 3E2S health behaviors in diabetes risk groups among Patum Thani hospital staff. 2022.
2. Khanyuk P, Porndamrassamee A, & Keerirat S. Development of a nursing care model for diabetic foot patients at Trang Hospital. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2022. 17;6(11):1-23. (in Thai).
3. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. Health data report from HDC program, fiscal year 2023.
4. Sanitlue N, Sartpetch W, & Napha-arak Y. Sample size calculation using the G*POWER software. Academic Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology. 2019;5(1):496-506.
5. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective, Hand book 1: Cognitive Domain. New York: David McKay; 1971.
6. Likert R. The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill; 1967.
7. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
8. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. Social psychology: A source book. 1983:153-76. (in Thai).
9. Prachanno W, Aramsilp R, & Kasudom P. The effect of a foot self-care promotion program among diabetic patients in Ban Klong Lek Bon community, Tha Mai district, Chanthaburi province. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2015;32(2):126-34. (in Thai).

10. Thangtham W, Makkapalanon K, Phavo P, & Phunphon W. The effect of a disease prevention promotion program applying the protection motivation theory on preventive behaviors in people at risk for diabetes: A case study. Journal of Roi Kaensarn Academi. 2023;8(7):211-25. (in Thai).
11. Vorasrihirun N, Khamsorn S, & Jariya W. The effect of a motivation enhancement program combined with social support on periodontal disease prevention behaviors in diabetic patients in Wang Thong district, Phitsanulok province. Journal of Health Science of Thailand. 2022 Oct 25;31(5):883-95. (in Thai).
12. Watcharaprakotphon P, Suwannanaka Y, Chairit A, Sosom B, Sithan S, Soisriwasit M, et al. Self-management, symptom perception, risk perception of complications, and complication management in chronic disease patients (diabetes and hypertension) in Saraburi province. Health Systems Research Institute; 2015. (in Thai).
13. Sukphen A, & Phoam A. Relationship between health perception and blood sugar control behaviors among type 2 diabetic patients at Ban Najan sub-district health promotion hospital, Nong Ka Thao sub-district, Nakhon Thai district, Phitsanulok province. Northern Science and Technology Journal. 2024 Jun 12;5(2):185-95. (in Thai).
14. Ucharattana P, Pansakd W, & Posre C. The effectiveness of the empowerment program on development of self-care competency in community-dwelling elders. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):216-24. (in Thai).
15. Robrujen S, Thongkwan W, Vutiso P. The Effects of Community Participation Empowerment Program on the Self-Care Abilities in Fall Prevention among the Elderly in Na Fai Sub-district, Muang District, Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;23(3):99-109. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Effect of Capacity Development Program on Health Literacy to Prevent COVID-19 amongst Public Health Volunteers in Bangkok

โชติรส จันทร์สมบัติ นฤมล เอื้อมณีกูล* สุนีย์ ละกำปั่น
Chotirot Chansombut Naruemon Auemaneekul* Sunee Lagampan
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 40 คน ระยะเวลาศึกษา 4 สัปดาห์ และติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square, Independent t-test และ Two-way Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่าหลังได้รับโปรแกรม อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ผลการวิจัยนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ด้านการควบคุม ป้องกัน การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดต่ออื่นๆ ข้อเสนอแนะควรมีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในเรื่องอื่นๆ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร, ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest and follow-up design aimed at exploring the effects of a capacity development program on health literacy to prevent COVID-19 amongst public health volunteers in Bangkok. The sample group consisted of 40 public health volunteers in Bangkok. The study period was 4 weeks and followed up for 4 weeks. The experimental group received the program to

Corresponding Author: *E-mail: naruemon.aue@mahidol.edu

วันที่รับ (Received) 12 พ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ก.ค. 2567

develop cognitive skills, access skills, communication skills, media literacy skills, decision-making skills, and self-management skills. To promote health literacy and behavior to prevent COVID-19. Data were collected by answering questionnaires. Analyze the data as well. Frequency distribution, Average percentage, Standard Deviation, Chi-Square, Independent t-test, and Two-way Repeated Measures ANOVA. The research results found that after receiving the program, the health literacy and behaviors to prevent COVID-19 of the experimental group were better than before receiving the program and better than the control group to a statistically significant degree at p-value < .05. The results of this research are a guideline for developing the potential of public health volunteers in Bangkok. Control and prevention of the outbreak of COVID-19 and other infectious diseases. It is recommended that research on health literacy for public health volunteers in Bangkok be developed. In other matters such as chronic non-communicable diseases, cancer, and caring for dependent patients. To be consistent with current health problems.

Keywords: Bangkok public health volunteers, Health literacy to prevent COVID-19, Behavior to prevent COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง และเกิดเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) มีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จำนวนมาก ถึงแม้ปัจจุบันจะผ่านสถานการณ์ในระยะระบาดหนักของโรคนี้ไปแล้ว แต่ยังต้องมีการเฝ้าระวังโรคต่อไป เนื่องจากยังมีรายงานผู้ป่วยหนักที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และยังมีรายงานผู้เสียชีวิต นอกจากนี้ประชาชนยังปฏิบัติตามมาตรการป้องกันลดลง ประชาชนบางส่วนไม่ได้รับการฉีดวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีปอดบวมหรือหายใจลำบาก มีอาการปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจล้มเหลว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย[1] มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง และป้องกันควบคุมการระบาดของโรค โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ปฏิบัติงาน และยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญช่วยทำหน้าที่ในพื้นที่[2,3,4]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึงทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ[5,6] ในบทบาทการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญในการช่วยควบคุมและป้องกันการระบาด รวมถึงช่วยลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่จากการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรค ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล ไม่รู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนหลงเชื่อและส่งต่อข้อมูลตามแหล่งข่าวปลอม ที่ได้รับผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่ออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร โดยพัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[7] เน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าก่อนทดลอง

2. ภายหลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตามผลอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)

1.1 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยอบรมให้ความรู้ และบรรยายประกอบสื่อต่างๆ

1.2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ โดยใช้การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ

2. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)

2.1 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ผ่านการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และการเข้าถึงข้อมูล โดยนำเสนอในกลุ่ม

2.2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด

3. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy)

3.1 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ โดยให้สมาชิกกลุ่มกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของตนเอง แล้วนำเสนอ

3.2 กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ให้มีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชน โดยนำเสนอรูปภาพหรือข้อความที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค หลังจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ ว่ารูปภาพหรือข้อความนั้นถูกต้องและน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร แล้วให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอข้อมูล จากการสืบค้นของตนเอง โดยนำเสนอในกลุ่ม



1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม เก็บข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามและใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเครื่องมือในการทดลอง เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 35 – 70 ปี ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร และมีความสามารถในการใช้โทรศัพท์ Smart phone เกณฑ์คัดออกคือ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร มีการเจ็บป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ หรือย้ายที่อยู่

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล โครงการวิจัย MUPH 2022-090 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2565 และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร โครงการวิจัย U009hh/66 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยมีการชี้แจงและขอความยินยอมในการให้ข้อมูลรวมถึงการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมและนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสอบ ถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 22 ข้อ[8] และส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สาธิตวิธีการสืบค้นข้อมูลออนไลน์ การตรวจสอบแหล่งที่มาและความน่าเชื่อถือของสื่อ การสาธิตย้อนกลับ การทบทวนและกระตุ้นความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแอพพลิเคชันไลน์ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย (Content validity และ Reliability)

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง ของแบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.85 และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข 30 คน ปรับปรุงคำถามให้เหมาะสม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.957 และแบบสอบถามวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เท่ากับ 0.877

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วย Chi-Square และ Fisher’s exact test

2. ใช้สถิติ Two-way Repeated Measures ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่ม

3. ใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 57.15 ปี (S.D. = 7.25) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.83 ปี (S.D. = 7.70) กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับ

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 30) กลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปฐมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 22.5) ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองมีอาชีพแม่บ้านหรือพ่อบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 42.5) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง และค้าขายหรือมีธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 35) ทั้งสองกลุ่มมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร อยู่ในช่วง 1-5 ปี

ตารางที่ 1 ค่าความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Two-way Repeated Measures ANOVA) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (Between group)					
กลุ่ม	16401.06	1	16401.06	141.33	< .001*
ความคลาดเคลื่อน (1)	9051.20	78	116.04		
ภายในกลุ่ม (Within group)					
เวลา	7547.70	1.06	7118.47	139.64	< .001*
เวลา*กลุ่ม	10115.73	1.06	9540.46	187.15	< .001*
ความคลาดเคลื่อน (2)	4215.90	82.70	50.97		

* p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (F-test = 141.33, p-value < .05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง แยกตามกลุ่มการทดลอง (Pairwise Comparisons) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		Mean Difference	Std. Error	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	-24.92	1.94	< .001*
ก่อนทดลอง	ติดตามผล	-13.50	2.02	< .001*
หลังทดลอง	ติดตามผล	-1.42	.33	< .001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ตารางที่ 3 ค่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (Two-way Repeated Measures ANOVA) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (Between group)					
กลุ่ม	1430.81	1	1430.81	20.21	< .001*
ความคลาดเคลื่อน (1)	5522.25	78	70.79		
ภายในกลุ่ม (Within group)					
เวลา	276.00	1.142	241.79	7.94	.004*
เวลา*กลุ่ม	2136.13	1.142	1871.19	61.47	< .001*
ความคลาดเคลื่อน (2)	2710.50	89.04	30.44		

* p-value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ (F-test = 61.47, p-value < .05)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง แยกตามกลุ่มการทดลอง (Pairwise Comparisons) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		Mean Difference	Std. Error	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	9.050	1.405	< .001*
ก่อนทดลอง	ติดตามผล	7.825	1.527	< .001*
หลังทดลอง	ติดตามผล	1.225	.335	.002*

* p-value < .05

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		t	df	p-value
	Mean (Md)	S.D.	Mean (Md)	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
ก่อนทดลอง	82.68	13.28	89.78	11.52	-2.55	78	0.013
หลัง-ก่อนทดลอง	24.93[d]	-1.67[d]	0.38[d]	2.84[d]	13.30[d]	78[d]	< .001*
ติดตาม-ก่อนทดลอง	23.50[d]	12.80[d]	-1.30[d]	3.17[d]	11.88[d]	78[d]	< .001*

[d] Mean difference: Md * p-value < .05

จากตารางที่ 5 ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน ดังนั้น จึงใช้ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Mean difference: Md) ในการเปรียบเทียบในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่า ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Independent t-test) กลุ่มทดลอง (n = 40) และกลุ่มควบคุม (n = 40)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
ก่อนทดลอง	49.35	9.418	52.90	7.023	-1.911	78	0.060
หลังทดลอง	58.40	2.110	49.05	5.804	9.575	78	< .001*
ติดตามผล	57.18	2.809	48.33	5.201	9.470	78	< .001*

* p-value < .05

จากตารางที่ 6 ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้[9] และยังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง[10] เมื่อได้รับโปรแกรมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย เห็นภาพและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน เพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำรายบุคคล การให้คำแนะนำรายกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม การพัฒนาทักษะการเข้าถึงและรู้เท่าทันสื่อ การติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงการใช้การสื่อสารหลากหลายประเภท สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขได้[11,12,13,14,15] และเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็จะเพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ยังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย เห็นภาพและวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความมั่นใจ สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมความรู้จนถึงระดับที่เพียงพอต่อความต้องการนำไปใช้ โดยเน้นทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจที่จะปฏิบัติ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ส่งผลให้สุขภาพของตนเองและชุมชนได้รับการพัฒนาไปสู่ระดับที่ดี[16] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การพัฒนาทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนการเสวนาผ่านกลุ่มออนไลน์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และวิเคราะห์ข้อมูล นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[17]

ผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[7] ในโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 7 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีประสิทธิผลในการเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพิ่มคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมด้วยการบรรยายประกอบการนำเสนอ power point ภาพนิ่ง ภาพวิดีโอ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ มีการสาธิต ฝึกปฏิบัติ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่ม และมีการถาม-ตอบคำถาม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[7]

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ด้านการดำเนินงานควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคติดต่ออื่น ๆ ในชุมชน โดยสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ของศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. ควรสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครในเรื่องอื่นๆ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคมะเร็ง หรือการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน

References

1. Ministry of Public Health. Announcement of the Ministry of Public Health on names and important symptoms of dangerous communicable diseases (No. 3) 2020.

2. Pawangkarat S. A Study of the Capability of Village Health Volunteer Leaders in 2019. Journal of Human Society. 2020;10(2): 1–20. (in Thai)
3. Chinnabutr W., & Phakdisorawit N. The Role of Village Health Volunteers (VHVS) in Preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) Outbreak According to Government Policy of Mueang District Suphanburi Province. Journal of Buddhist Anthropology. 2021;6(2): 304-18. (in Thai)
4. Chaobanpho Y. The Role of Village Health Volunteers in Preventing the COVID-19 in Phrapradaeng District, Samutprakarn Province. SSRU Journal of Public Administration. 2020;4(1): 44–58. (in Thai)
5. Ministry of Public Health, Department of Health Service Support, Division of Health Education. Health Literacy Evaluation and Promotion. Bangkok: Printery of Division of Health Education; 2015.
6. World Health Organization. Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Kenya 2009; 27(5): 26-35.
7. Nutbeem D. The evolving concept of Health Literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
8. Sorensen K, Van Den Broucke. S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J. Slonska, Z. et al. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. Bio Med Central Public Health 2012; 12(80): 1-13.
9. Tachavijitjaru C. Health Literacy: A key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement): 1-11. (in Thai)
10. Raethong A. Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs: Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Department of Health Service Support. 2019;15(3): 62–70. (in Thai)
11. Arahung R., Hoontrakul S., & Roojanavech S. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 2018;45(3): 253-64. (in Thai)
12. Lumrod N., Kalampakorn S., & Sillabutra J. Effects of a Capacity building program on Health literacy in Smoking cessation on Village Health Volunteers in Pathum Thani Province. Journal of Health Science Research. 2019;13(1): 84-94. (in Thai)
13. Mongkholmafai J., Arethwetch W., Kankarn W. The Effectiveness of Health Literacy Enhancement Model among Village Health Volunteers on Chronic Kidney Disease Prevention in Lower Northeastern Region. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(3): 70-9. (in Thai)
14. Yaowakul D., Abdullakasim P., & Maharachpong N. Health Literacy on Coronavirus disease 2019 Prevention behaviors of Village Health Volunteers (VHVs) in the Region 6 Health Provider. Research and Development Health System Journal.2022;15(1): 257-72. (in Thai)

15. Worachak L., & Pramuan P. Results of developing health literacy about malaria among village health volunteers in the Thai-Cambodian border area. Sisaket Province. Journal of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University 2020; 3(4): 175-86.
16. Charoensuk K. The Effectiveness of the Development Program on Health Literacy and Behaviors of Village Health Volunteers in Singburi Municipality, Singburi Province. Singburi Hospital Journal. 2021;30(1): 72-90. (in Thai)
17. Choojai R., Boonsiri C., & Patcheep K. Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021;8(1): 250-62. (in Thai)

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน

The Effects of Cognitive Stimulation Program on Cognition and Activities of Daily Living for Older Persons with Chronic Disease and Mild Cognitive Impairment in the Community

วนาลี คินธร สุทธินันท์ สุบินดี*
Wanalee Kinton Suttinan Subindee*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40000
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Thailand 40000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 48 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ทำกิจกรรมครั้งละ 3 ชั่วโมง ขณะที่กลุ่มควบคุมดำเนินวิถีชีวิตตามปกติ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบประเมิน Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) และแบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย 8.1 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, Paired t-test, Wilcoxon signed-ranks test และ Analysis of Covariance (ANCOVA)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.239$)

คำสำคัญ: โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด, การรู้คิด, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุ, ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

Abstract

This quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of a cognitive stimulation program on cognition and activities of daily living for older persons with chronic disease and mild cognitive impairment in the community. The samples were 48 older persons aged 60 years and over with chronic disease and mild cognitive impairment living in a community. They were

Corresponding author: *E-mail: ssuttin@kkumail.com

วันที่ได้รับ (received) 31 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 3 ก.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 ก.ย. 2567

consecutive sampling was selected according to inclusion criteria assigned to the experimental group and the control group of 24 people each. The experimental group received a cognitive stimulation program. Consisting of a total of 6 activities, taking a total of 6 weeks, with 1 activity per week, 3 hours per activity while the control group lived a normal life. The data collection tools included Barthel ADL Index, Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Thai Version 8.1). The data analyzed using descriptive statistics, Paired t-test, Wilcoxon signed-ranks test, and Analysis of Covariance (ANCOVA).

The research findings were as follows. After the experiment, the mean score of cognition and Instrumental Activities of Daily Living of the experimental group receiving the cognitive stimulation program was significantly higher than the control group at the .05 level ($p<.001$). However, the mean scores of activities of daily living were not significantly different at the .05 level ($p=.239$).

Keywords: Cognitive stimulation program, Cognitive function, Activities of daily Living, Older persons, Mild cognitive impairment

บทนำ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการรู้คิดปกติในผู้สูงอายุ (Normal aging) กับภาวะสมองเสื่อม (Dementia) พบมีความชุกในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12-18[1] ความชุกของ MCI ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 19.7 นอกจากนี้ยังพบภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในชุมชนทั่วโลก ร้อยละ 15.56 โดยเป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดมีความบกพร่องด้านความจำเป็นหลัก (Amnestic MCI) ร้อยละ 10.03 และชนิดที่ไม่ใช่ความบกพร่องด้านความจำเป็นหลัก (Non-amnestic MCI) ร้อยละ 8.72 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและความชุกลดลงตามระดับการศึกษา[2] พบว่าผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนลดลง เนื่องจากมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการคิดด้านความจำ ความใส่ใจเชิงซ้อน การบริหารจัดการ ภาษา และมิติสัมพันธ์ ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำและงานมีหลายขั้นตอนได้[3] ซึ่งผู้ที่มี Amnestic MCI เป็นชนิดที่จะพัฒนาไปสู่โรคอัลไซเมอร์ได้[1] จึงถือได้ว่าเป็นภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยภายใน 3 ปี พบว่าร้อยละ 33.6 มีการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมและร้อยละ 12.2 สามารถกลับสู่การรู้คิดปกติ[4]

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ (เพศหญิง) ประวัติการรู้คิดบกพร่องในครอบครัว การมียีน Apolipoprotein E (APOE) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงหรือรักษาได้ ได้แก่ การมีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การได้รับยาหลายชนิด ภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยทางด้านเมตาบอลิซึม การขาดวิตามินบี12 การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ ภาวะน้ำเกินในโพรงสมอง[5] สำหรับประเทศไทยพบว่า 5 ใน 10 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 อ้วน ร้อยละ 38.4 และ อ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5[6] และจากโครงสร้างประชากรไทยที่มีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[7] จึงอาจส่งผลต่อจำนวนของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นการส่งเสริมการรู้คิดหรือการป้องกันสมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยไม่สามารถรักษาโดยการใช้ยาได้[8] แต่พบว่าสามารถป้องกันหรือจัดการโดยไม่ใช้ยาโดยเป็นการจัดการตามปัจจัยเสี่ยง[9-12] ได้แก่ 1) การลดน้ำหนัก 2) การส่งเสริมโภชนาการ 3) กิจกรรมทางกาย 4) โปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด พบว่า การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy; CST) เป็นการกระตุ้นสมองด้วยกิจกรรมที่เน้นการคิด สังคม และการทำงาน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ สามารถนำไปใช้กระตุ้นการรู้คิด

ทั้งในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย โดยใช้เทคนิคการรับรู้ความจริง (Reality orientation) การระลึกความหลัง (Reminiscence) การเชื่อมโยงคำ (Semantic associations) การศึกษาในประเทศไทยมีการนำใช้แนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด[8] โดยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้ซึ่งจัดทำในรูปแบบการบรรยายและแผ่นพับ 2) ฝึกการรับรู้การเคลื่อนไหวด้วยตาราง 9 ช่อง เต้นบาสโลบ 3) กิจกรรมกระตุ้นสมอง ได้แก่ การระลึกถึงเรื่องราวในอดีต จำชื่อและจำใบหน้าคน ทายคำศัพท์ คำสุภาษิต คำพังเพย ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ด้านภาษา การเล่าเรื่องด้านมิติสัมพันธ์ เช่น การวาดแผนที่ เกมต่อบล็อกไม้ ร้องเพลงประกอบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้านการบริหารจัดการ การใช้จ่ายเงิน ด้านความใส่ใจเชิงซ้อน การประดิษฐ์สิ่งของต่าง ๆ และด้านการรับรู้สังคมซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มหรือทีม โดยใช้ความถี่ในการจัดกิจกรรม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาตั้งแต่ 6 ถึง 12 สัปดาห์ และใช้เวลาในการจัดกิจกรรมครั้งละ 45-180 นาที ผลการศึกษาพบว่าสามารถส่งเสริมการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้[13-19] แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ไม่มีการนำวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นมาผสมผสานกับแนวคิด CST และไม่พบการวัดผลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากปรากฏการณ์ของพื้นที่ ตำบลป่าหวายนั่ง มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,928 คน มีปัญหาเกี่ยวกับความจำจำนวน 334 คน (ร้อยละ 21.68) พบโรคเรื้อรังที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.10) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 48.88) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดตามแนวคิด CST ผสมผสานวัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่นในชุมชนมาใช้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและซับซ้อน

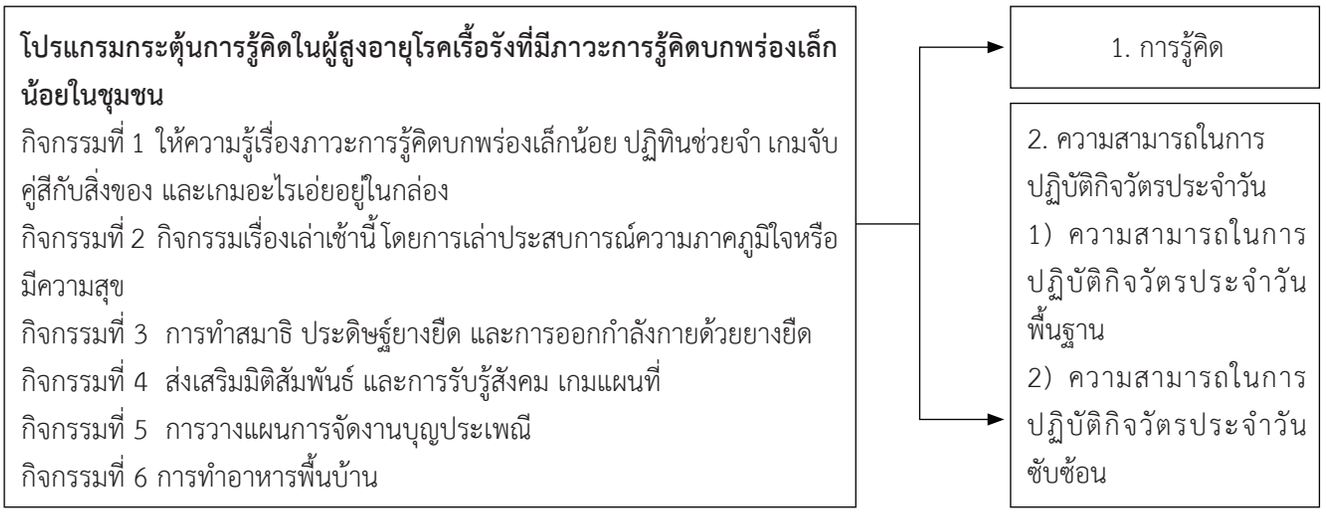
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. คะแนนการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด
4. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลป่าหวายนั่ง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (Consecutive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G-Power 3.1.9.4 จากการศึกษาที่ผ่านมา[20] กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ .80 ทั้ง 2 ตัวแปร และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10[21] ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 24 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเป็นแบบเติมคำและให้เลือกตอบ โดยเป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม 2) แบบประเมินการรู้คิดใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ของ Nasreddine ฉบับภาษาไทย 8.1[22] 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ Mahoney & Barthel แบบประเมินฉบับภาษาไทย[23] (2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อน Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) ของ Lawton & Brody นำมาแปลเป็นภาษาไทย[24] มีค่าความเชื่อมั่น 0.76

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.92 ซึ่งมีสื่อที่ใช้ในการทำกิจกรรมประกอบด้วย ปฏิทินช่วยจำ สื่อวีดิทัศน์การประดิษฐ์ยางยืดออกกำลังกายและสื่อวีดิทัศน์การออกกำลังกายด้วยยางยืด มีค่า CVI เท่ากับ 0.80, 1.00 และ 0.81 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน MoCA ฉบับที่ 8.1 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และ L-IADL จากนั้นหลังเสร็จสิ้นการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย 1) แบบประเมิน MoCA และ 2) แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และ L-IADL อีกครั้ง

2. กลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน MoCA แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และ L-IADL หลังจากนั้นผู้วิจัยให้โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ส่งเสริมความจำและการเรียนรู้ และมิติสัมพันธ์ โดยปฏิทินช่วยจำ เกมจับคู่สีกับสิ่งของ และเกมอะไรเอ่ยอยู่ในกล่อง กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความจำ ภาษา และการรับรู้สังคม เล่าประเพณีฮีต 12 และเล่าประสบการณ์ความภาคภูมิใจหรือเรื่องที่มีความสุข กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมสมาธิ ความใส่ใจเชิงซ้อน และมิติสัมพันธ์ โดยการฝึกสมาธิ การประดิษฐ์ยางยืดออกกำลังกายและการออกกำลังกายด้วยยางยืด กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมด้านมิติสัมพันธ์และการรับรู้สังคม โดยเกมแผนที่ กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการบริหารจัดการ ภาษาและการรับรู้สังคม โดยวางแผนการจัดงานบุญประเพณี และกิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการบริหารจัดการและการรับรู้สังคม โดยการทำอาหารพื้นบ้าน หลังสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยลงพื้นที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลโดยใช้แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน MoCA แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และ L-IADL

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662298 วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-ranks test และ สถิติ Paired t-test

3. การเปรียบเทียบการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA) เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีข้อมูล อายุ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=0.012) ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรร่วม ทำการวิเคราะห์แบบควบคุมตัวแปร (Adjusted Analysis) เพื่อให้ได้ผลการศึกษาอย่างแท้จริง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) อายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย 73.58 ปี (SD=5.50) ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23.00 (ร้อยละ 53.33) เฉลี่ย 23.18 กก./ม2 (SD=3.19) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 85.42) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.25) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 83.33) มีโรคประจำตัว 3 ลำดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 83.33) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 56.25) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 47.92) และไม่มีประวัติในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ100)

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน (P>.05) ซึ่งข้อมูลที่แตกต่างกัน คือ อายุ ที่มีความแตกต่างกัน (p=0.012) ผู้วิจัยจึงนำเป็นตัวแปรควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA

2. ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระหว่างกลุ่มควบคุม (n=24) และกลุ่มทดลอง (n=24) หลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนการรู้คิด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean diff.	95%CI		F	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		Lower	Upper		
การรู้คิด	14.29	3.06	20.83	3.07	6.47	4.56	8.38	46.55	<0.001

*p<.05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรู้คิดโดยใช้สถิติ ANCOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ($\bar{X}$=20.83, SD=3.07) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=14.29, SD=3.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference=6.47, 95%CI=4.56 to 8.38, F=46.55, p<0.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยระหว่างกลุ่มควบคุม (n=24) และกลุ่มทดลอง (n=24) หลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Mean diff.	95%CI		F	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		Lower	Upper		
1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	19.79	0.41	19.75	0.44	-0.14	-0.40	0.10	1.42	0.239
2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อน	5.54	1.06	7.21	0.51	1.58	1.07	2.10	38.38	<0.001

*p<.05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติ ANCOVA พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=19.79,SD=0.41) และกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$=19.75,SD=0.44) ไม่มีความแตกต่างกัน (Mean difference= -0.15, 95%CI= -0.40 to 0.10, F=1.42, p=0.239) แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนของกลุ่มทดลอง($\bar{X}$=7.21,SD=0.51) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$=5.54,SD=1.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference= 1.58, 95%CI= 1.07 to 2.10, F=38.38, p<.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง (n=24) ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนการรู้คิด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	95%CI		t-test	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		Lower	Upper			
การรู้คิด	14.37	3.25	20.83	3.07	6.46	4.70	8.22	7.58	23	<.001

*p<.05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดหลังการทดลอง ($\bar{X}$=20.83,SD=3.07) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=14.37,SD=3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mean Difference = 6.46, 95%CI= 4.70 to 8.22, t=7.58, p<.001)

ตารางที่ 4เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Wilcoxon signed rank test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	19.75	0.44	19.75	0.44	0.000c	1.000
2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อน	5.50	1.06	7.21	0.51	-3.976d	<.001

*p<.05

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($\bar{X}$=19.75,SD=0.44) (Wilcoxon signed rank test= 0.000, p=1.000) และพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อน หลังการทดลอง ($\bar{X}$=7.21,SD=0.51) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$=5.50,SD=1.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Wilcoxon signed rank test= -3.976, p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

การรู้คิดในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.001) ซึ่งเป็นไปตามสมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผู้วิจัยมีการพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิด[8] ซึ่งมีรูปแบบการกระตุ้นการรู้คิดโดยเน้นการคิดสังคม การทำงาน และการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์[17] โดย

การใช้ 3 เทคนิค คือ การรับรู้ความจริง การระลึกความหลัง การเชื่อมโยงระหว่างคำหรือความหมาย[8] ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อให้รูปแบบกิจกรรมมีความหลากหลาย ไม่เน้นการส่งเสริมการรู้คิดด้านใดด้านหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง สามารถกระตุ้นการรู้คิดได้ทั้ง 6 ด้าน มีรูปแบบในการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม นอกจากนี้พบว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดส่งผลให้เซลล์สมองส่วนฮิปโปแคมปัสทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่มีการนำแนวคิดกระตุ้นการรู้คิดมาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าสามารถเพิ่มสมรรถนะสมองของผู้สูงอายุได้[12] ทั้งนี้ผลคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดที่มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของกลุ่มทดลอง สรุปได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ [16,17]

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

จากผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p=.239) สำหรับค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.001) อาจเนื่องมาจากการมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนั้นส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนลดลง แต่ยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ปกติ[1] เป็นผลมาจากการบกพร่องทำหน้าที่ด้านการคิด ด้านความจำ ความใส่ใจเชิงซ้อน การบริหารจัดการ ภาษา และมิติสัมพันธ์ ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ ไม่สามารถทำงานที่มีหลายขั้นตอนได้ เมื่อได้รับการกระตุ้นการรู้คิดด้วยโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด[8] ซึ่งช่วยกระตุ้นให้การรู้คิดดีขึ้นจึงส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนดีขึ้นด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการออกแบบโปรแกรมให้ผสมผสานกับบริบท วัฒนธรรม ศาสนา และประเพณีในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้เหตุการณ์ปัจจุบัน และเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว[8] โดยกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นการกระตุ้นทักษะการรู้คิดทั้ง 6 ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่องระยะยาว นำไปสู่การกระตุ้นการมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถส่งเสริมการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 สามารถนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางสำหรับดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อกระตุ้นการรู้คิดและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซับซ้อนในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในชุมชนระยะยาวหลังได้รับโปรแกรมโดยมีการวัดผลเป็นระยะ 3 6 และ 9 เดือน

2.2 ควรเพิ่มเติมกิจกรรมของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากอาจต้องให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมอาหารและพฤติกรรม

References

1. Petersen RC. Mild cognitive impairment. Continuum (Minneapolis, Minn.). 2016;22(2):404–18.
2. Bai W, Chen P, Cai H, Zhang Q, Su Z, Cheung T, et al. Worldwide prevalence of mild cognitive impairment among community dwellers aged 50 years and older: a meta-analysis and systematic review of epidemiology studies. Age Ageing. 2022;51(8): afac173. doi:10.1093/ageing/afac173.
3. Bruderer-Hofstetter M, Gorus E, Cornelis E, Meichtry A, De Vriendt P. Influencing factors on instrumental activities of daily living functioning in people with mild cognitive disorder-a secondary investigation of cross-sectional data. BioMed Central Geriatrics. 2022;22(1):791.

4. McGirr A, Nathan S, Ghahremani M, Gill S, Smith EE, & Ismail Z. Progression to dementia or reversion to normal cognition in mild cognitive impairment as a function of late-onset neuropsychiatric symptoms. Neurology. 2022;98(21):e2132–9.
5. Hussenoeder FS, & Riedel-Heller SG. Primary prevention of dementia: from modifiable risk factors to a public brain health agenda? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2018;53(12):1289–301.
6. Aekplakorn W. Abstract for executives. In: Report on the Thai people's health survey by physical examination. No 6, 2019-2020. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathivbodi Hospital Mahidol University; 2021.(in Thai)
7. Prasartkul P, & editor. Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2021. p. 4–14. (in Thai)
8. Spector A. Introduction. In: Yates LA, Yates J, Orrell M, Spector A, Woods RT, editors. Cognitive stimulation therapy for dementia: history, evolution and internationalism. Abingdon: Routledge; 2018.
9. Anantadilokrit P. Mild cognitive impairment or mild neurocognitive disorder. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023; 17(1):381–93. (in Thai)
10. Vlachos GS, & Scarmeas N. Dietary interventions in mild cognitive impairment and dementia. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2019; 21(1):69–82.
11. Li H, Su W, Dang H, Han K, Lu H, Yue S, et al. Exercise training for mild cognitive impairment adults older than 60: a systematic review and meta-analysis. Journal of Alzheimer's Disease. 2022;88(4):1263–78.
12. Khotapat P, Theerasilp U, Prasertsong C. The effects of cognitive declining prevention program for the older adults in community, Wat Salut Health Promoting Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1): 470–80. (in Thai)
13. Jewprasertpan R. The effects of cognitive stimulation program in elderly people with mild cognitive impairment. Buddhachinaraj Medical Journal. 2020;37(2):217–25. (in Thai)
14. Wimsakul L, Ketsara T, Puekkong J. The effectiveness of a cognitive stimulation program on the elderly with mild cognitive impairment. Nursing Journal Chiang Mai University. 2018;45(3):58–68. (in Thai)
15. Apichonkit S, Narenpitak A, Mudkong A, Awayra P, Pholprasert P, Pichaipusit A. Effectiveness of a cognitive functions improvement program in elderly MCI patients of primary care unit network of Udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019;27(2):138–49. (in Thai)
16. Kuha O, Vidhyachak C, Phatcharapisitgul P, Kumniyom N, Mungklang P, Wisajun P, et al. Cognitive training for the elderly with Mild Neurocognitive Disorder: utilizing TEAM-V program in urban and rural areas with a six-month follow-up. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2023;68(1):102–14. (in Thai)
17. Chen X. Effectiveness of cognitive stimulation therapy (CST) on cognition, quality of life and neuropsychiatric symptoms for patients living with dementia: a meta-analysis. Geriatric Nursing. 2022;47:201–10.

18. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2003;183:248–54.
19. Werheid K, Schaubs B, Aguirre E, Spector A. Cognitive stimulation therapy: model-based cultural adaptation and manual translation of an evidence-based psychosocial group therapy for people with dementia. Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry. 2021;34(3):117–24.
20. Phuttharod P, Suwanvala S, & Suppasri J. The effects of a cognitive stimulation program on memory and ability to perform the activities of daily living in older adult with mild cognitive impairment. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(1):270–80. (in Thai)
21. Polit DF, & Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
22. Rojanudomsart A, Keawkajee J, & Tantirittisak T. Montreal cognitive assessment (MOCA):Thai version In: Guideline for dementia medicine (complete edition 2020). Bangkok: Neurological institute of Thailand; 2021. (in Thai)
23. Jitaphankul S. Principles of geriatric medicine. 3rd ed. Bangkok: Division of Geriatric Medicine and Phytopathology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2001. (in Thai)
24. Phanasathit M. Validity and Reliability of Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (L-IADL) and Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-Brief): Thai version. Pathum Thani: Thammasat University Hospital; 2017. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Risk Factors for Developing Cardiovascular Disease in The next 10-Years in Type 2 DM

อรวรรณ ประภาศิลป์[1] พรรณิภา บุญเทียร*[2]
Orawan Praphasil[1] Pannipa Boontein*[2]
[1]โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 กาญจนบุรี ประเทศไทย 71110
[1]Somdet Phra Sangharaja 19th Hospital, Kanchanaburi, Thailand, 71110
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700
[2]Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้าของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคอายุรกรรมและคลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาล 2 แห่ง จำนวน 144 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผลตรวจเลือดย้อนหลัง 6 เดือน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ความดันโลหิต และตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติค ผลการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปี ข้างหน้าระดับสูงเมื่อเทียบกับความเสี่ยงระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ความดันซิสทอลิก ระยะเวลาเป็นโรค และ ไขมันโคเลสเตอรรอล มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า อายุมากกว่า 65 ปี (OR=69.71, 95%CI= 7.90, 616.19, $p< .05$) และ ความดันซิสทอลิกที่มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท OR= 8.33, 95%CI= .78, 89.52, $p< .05$) สามารถร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ได้ร้อยละ 75

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง

Abstract

This descriptive correlational study aimed to identify factors that may predict cardiovascular risk over the next decade in 144 individuals with type 2 diabetes attending internal medicine outpatient departments and diabetes clinics at two hospitals. The data collection comprised retrospective blood test results from the preceding six months, along with measurements of body weight, height, waist circumference, and blood pressure. Additionally, responses to questionnaires were gathered, addressing general information, pertinent health history, self-management behaviors for diabetes, and 10-year cardiovascular risk assessment. Descriptive statistics and logistic regression analysis were employed for data analysis

Corresponding Author: *E-mail: pannipa.sue@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 25 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 18 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 24 พ.ค. 2568

The results indicated that the mean 10-year cardiovascular risk was 17.10%, with 33.33% of patients categorized as low risk and 66.67% as high risk. Significant factors associated with elevated 10-year cardiovascular risk, as opposed to low risk ($p < .05$), encompassed age, systolic blood pressure, duration of diabetes, and cholesterol levels. Individuals aged over 65 years (OR = 69.71, 95%CI = 7.90–616.19, $p < .05$) and those with systolic blood pressure exceeding 140 mmHg (OR = 8.33, 95%CI = .78–89.52, $p < .05$) were significant predictors of cardiovascular risk. The model was able to account for 75% of the variance in 10-year cardiovascular risk.

Keywords: cardiovascular risk in the next ten years, type 2 diabetes mellitus, self-management

บทนำ

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาที่สำคัญ โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานเกือบสองเท่า[1] จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้อย่างหลากหลาย การศึกษาหนึ่งที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด คือ Framingham Heart Study Risk Scoring[2] โดยพบความเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ เพศ อายุ ความดันซิสทอลิก ไขมันในเลือด เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูบบุหรี่ สำหรับในประเทศไทย มีการนำแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ข้างหน้า ของFramingham Heart Study Risk Scoring[2] และ Rama- EGAT Heart Score ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย ใน 10 ข้างหน้า (Thai CV risk score)[3]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน[4] สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคร่วม ระดับความดันซิสทอลิก ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ระดับไขมันเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ความเครียด พฤติกรรมการจัดโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดย อายุ ที่เพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้หลอดเลือดแข็ง ขาดความยืดหยุ่นและสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[5] ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน จะเกิดการสูญเสียของ β-cell เพิ่มมากขึ้น ส่งผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก[6] เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็น 3 เท่าของระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี[4] นอกจากนี้การที่เป็นโรคเบาหวานนานจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายที่จะต้องดูแลเอาใจใส่สุขภาพ และมีแนวโน้มการดูแลสุขภาพไปในทางลบ[7] โรคร่วม ระดับความดันซิสทอลิก ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ระดับไขมันเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวนที่มีโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ ตา ระบบประสาท ระบบหัวใจหลอดเลือด ภาวะไตวาย และเสี่ยงต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงทั้งหัวใจและสมองตีบตันหรือแตก[8] การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารนิโคตินและก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ซึ่งสารเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเส้นเลือดที่นำไปสู่การเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบ โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 2.4 เท่า[1] ดัชนีมวลกาย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[9] การออกกำลังกาย มีประโยชน์ทั้งสุขภาพกายและใจและช่วยป้องกันโรคหัวใจ สำหรับบุคคลทั่วไปควรออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย 75 นาที สำหรับระดับความหนักมาก จะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี[8] สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้หญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหวน้อยมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี[4]

นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พบระดับการสร้างสารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ[9] ความเครียด เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ทำให้เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อมีความเครียดจากการทำงานประจำหรือชีวิตประจำวันแบบเรื้อรังก็อาจจะเป็นเหตุให้มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเผาผลาญของร่างกาย ร่วมกับบางคนมีพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาความเครียดโดยการรับประทานเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งต่อไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้[7] พฤติกรรมการจัดโรคเบาหวานด้วยตนเองเป็นแนวคิดและวิธีที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งได้ผลดีในการควบคุมโรค ป้องกันโรคแทรกซ้อน[10] ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการจัดการตนเองสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลพฤติกรรมการจัดการโรค มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดการตนเอง[11,12]

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วงระยะ 10 ปี ที่ผ่านมาศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้สูงอายุ[4,7] แต่ยังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อระบุปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในช่วง 10 ปีข้างหน้า ได้อย่างชัดเจน ได้แก่ ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานเพิ่มเติม

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยทำนายระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพิจารณาทั้งปัจจัยทางคลินิก พฤติกรรม และปัจจัยทางจิตสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความเสี่ยงที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแล ป้องกัน และลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงจุดมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ อายุ ระยะเวลาเป็นโรค โรคร่วม ระดับความดันซิสทอลิก ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล ระดับไขมันเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย ความเครียด พฤติกรรมการจัดโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยตรวจโรคอายุรกรรมและ/หรือคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระดับชุมชน จำนวน 2 แห่ง ประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการได้แก่ ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารมาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เท่ากับหรือมากกว่า 126 มก.ดล หรือ ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (ระดับน้ำตาลสะสม) มากกกว่า 6.5% ในเวชระเบียนระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน นับจากวันที่ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์ตามนัดครั้งสุดท้าย สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและอ่านภาษาไทยได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบสะดวก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power 3.1 ซึ่งใช้วิธีการคำนวณ[13] โดยกำหนดสมมติฐาน ในการวิจัยแบบ 2 ทาง (2-tails) ค่า α err prob. = .05 ค่า Power of Test (1-β prob.) = .9 กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับดัชนีมวลกายและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[2] โดยนำค่า odd ratio เท่ากับ 2.17 ของตัวแปรดัชนีมวลกายที่อยู่ระหว่าง 23-25 kg/m^2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 134 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 144 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด

13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคประจำตัว/โรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ประวัติโรคประจำตัวของญาติสายตรง และระดับความเครียด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Creer[10] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านการตั้งเป้าหมาย ด้านการปฏิบัติพฤติกรรม และด้านการประเมินผลและติดตาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ จนถึงระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแปลว่ามีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานได้ดีกว่า การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนองระดับต่ำ (1- 42.67 คะแนน) มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองระดับปานกลาง (42.68-85.34 คะแนน) มี พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองระดับสูง (85.35-128 คะแนน) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha) เท่ากับ .84

3. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี[2] โดยใช้ข้อมูล 1) เพศ 2) อายุ 3) ค่าความดันความดันซีสโตลิค 4) ระดับไขมันในเลือดโดยรวม (total-cholesterol) 5) การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน 6) ระดับเอชดีแอลโคเลสเตอรอล 7) การรักษาความดันโลหิตสูง โดยรวมเอาคะแนนของแต่ละความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ผลคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-40 คะแนน คิดคะแนนเป็นความเสี่ยงเป็นร้อยละ การแปลผลคะแนนระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คะแนนร้อยละ < 10% หมายถึงมีความเสี่ยงต่ำ 10 -< 20% ความเสี่ยงปานกลาง ความเสี่ยงสูง > 20% ความเสี่ยงสูง[2]

4. แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้วิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ได้แก่ 1) ส่วนสูง 2) น้ำหนัก 3) ดัชนีมวลกาย 4) ค่าความดันโลหิต 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสม เอชดีแอล แอลดีแอล และระดับไขมันโคเลสเตอรอล 6) เส้นรอบเอว 7) ภาวะแทรกซ้อน

5. เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว เครื่องความดันโลหิต และเครื่องชั่งน้ำหนัก ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยเจ้าหน้าที่อุปกรณ์การแพทย์และใช้ชนิดเดียวกันตลอดการวิจัย ส่วนเครื่องวัดส่วนสูงและสายวัดรอบเอว ใช้ชนิดเดียวกันตลอดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการแลขที่ COA. No IRB-NS2020/563.1905 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ และเมื่อได้เข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลลักษณะภาพรวมเท่านั้น ภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อกับพยาบาลประจำหน่วยตรวจ ขออนุญาตติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการเชิญชวน โดยระบุคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานวิจัย และให้ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการแจ้งพยาบาลผู้ประสานงาน ภายหลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและขอเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับจากการวิจัย และคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าโครงการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในหนังสือให้ความยินยอม และขออนุญาตใช้ข้อมูลผลการตรวจเลือดย้อนหลังไม่เกิน 12 เดือนจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ผลตรวจระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสม และผลการตรวจเลือดอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่ แอลดีเอล เอชดีแอล และคอเลสเตอรอล และ

ลงในแบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้วิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งเป็น 6 ส่วน ให้เวลาทำประมาณ 45-60 นาที โดยจะใช้เวลาหลังจากที่ผู้ป่วยรับการตรวจจากแพทย์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22 โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi–square test) และความสัมพันธ์เชิงทำนายโดยใช้สถิติ Binary logistic regression

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.1) อายุเฉลี่ย 62.48 (range 31-92; SD = 10.91) สมรส ร้อยละ 65.3 ประกอบอาชีพส่วนตัวและ/หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.4 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 62.5 เป็นโรคเบาหวานนาน เฉลี่ย 9.02 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.4 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 98.6 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 91.7 มีประวัติการใช้ยาสมุนไพรร้อยละ 16.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับเล็กน้อย ร้อยละ 81.9

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า โดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.10 (พิสัย .75-30) เมื่อแบ่งระดับตามความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.3 ความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.1 และความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 30.6 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 80.6 รอบเอวเกิน ร้อยละ 85.4 ระดับไขมันคลอเรสเตอรอลปกติ ร้อยละ 63.2 ส่วนไขมันแอลดีแอลสูงกว่าปกติ (มากกว่า 100 mg/dl) ร้อยละ 51.4 และไขมันเอชดีแอลปกติร้อยละ 77.8 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่าปกติ ร้อยละ 64.9 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลก่อนอดอาหารได้ ร้อยละ 56.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 90.3 มีโรคร่วมร้อยละ 88.9 ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 74.3 มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.4

อายุ ความดันซิสทอลิก ระยะเวลาเป็นโรค และไขมันโคเลสเตอรอล เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า โดยปัจจัยด้านอายุและความดันซิสทอลิกสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ร้อยละของอายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคร่วม ค่าความดันโลหิตซิสโตลิค ค่าไขมันโคเลสเตอรอล ค่าไขมันไขมันเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย ความเครียด และการจัดการตนเอง ต่อค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า (n=144)

ลักษณะทั่วไป	รวมทั้งหมด		CVD Low risk (<10%)		CVD Moderate & High (≥10%)		χ^2	p
	n	(%)	n	%	n	%		
รวมทั้งหมด	144		48	33.3	96	66.7		
อายุ (ปี)							38.53	.000*
< 65	90		47	52.2	43	47.8		
> 65	54		1	1.9	53	98.1		
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)							3.81	.050*
< 10	53		23	43.4	30	56.6		
> 10	91		25	27.5	66	72.5		
โรคร่วม							.14	.780
ไม่มี	16		6	37.5	10	62.5		
มี	128		42	32.8	86	67.2		

ตารางที่ 1 ร้อยละของอายุ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย โรคร่วม ค่าความดันโลหิตซิสโตลิค ค่าไขมันโคเลสเตอรอล ค่าไขมันไขมันเอชดีแอล ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย ความเครียด และการจัดการตนเอง ต่อค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า (n=144) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	รวมทั้งหมด		CVD Low risk (<10%)		CVD Moderate & High (≥10%)		χ^2	p
	n	(%)	n	%	n	%		
ค่าความดันซิสทอลิก (มม.ปรอท)							4.75	.029*
≤ 140	130		47	36.2	86	63.8		
> 140	14		1	7.1	13	92.9		
โคเลสเตอร์รอล(มก/ดล)							3.81	.050*
≤ 200	91		25	27.5	66	72.5		
> 200	53		23	43.4	30	56.6		
ไขมันเอชดีแอล(มก/ดล)							2.41	.140
≥40 ชาย, ≥50 หญิง	112		41	36.6	71	2.41		
≤40 ชาย, ≤50 หญิง	32		7	21.9	25	78.1		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก/ดล)							.50	.480
≤ 130	63		23	36.5	40	63.5		
> 130	81		25	30.9	56	69.1		
ค่าดัชนีมวลกาย (กก/ม2)							.09	.760
ปกติ (18 - 22.9)	28		10	35.7	18	64.3		
อ้วน (≥ 23)	116		38	32.8	78	67.2		
การออกกำลังกาย							2.89	.680
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์	37		11	29.7	26	70.3		
< 3 ครั้ง/สัปดาห์	107		37	34.6	70	65.4		
ความเครียด							1.50	.220
ไม่มี/เล็กน้อย	118		42	35.6	76	64.4		
ปานกลาง/รุนแรง	26		6	23.1	20	76.9		
การจัดการตนเอง							1.00	.350
สูง	97		35	36.1	62	63.9		
ปานกลาง	47		13	27.7	34	72.3		

CVD Risk = การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในอีก 10 ข้างหน้า

* significant at $p < .05$

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุ ความดันซิสทอลิก ระยะเวลาเป็นโรค และ ไขมันโคเลสเตอรรอล ที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ χ^2 = 38.53, 4.75, 3.81 และ 3.81, $p < .05$ ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=144)

Factors	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
อายุ (ปี)								
< 65[ref]								
≥65	4.244	1.111	14.595	1	.000*	69.714	7.900	615.194
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)								
< 10[ref]								
> 10	.518	.472	1.208	1	.272	1.679	.666	4.231

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (n=144) (ต่อ)

Factors	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
โรคร่วม								
ไม่มี [ref]								
มี	.799	.746	1.150	1	.284	2.224	.516	9.591
ค่าความดันซิสทอลิก (มม.ปรอท)								
≤ 140 [ref]								
> 140	2.120	1.211	3.063	1	.008*	8.332	.776	89.517
โคเลสเตอร์รอล (mg/dl)								
≤ 200 [ref]								
> 200	-.463	.454	1.039	1	.308	.629	.258	1.533
ไขมันเอชดีแอล(มก/ดล)								
≥40 ชาย,≥50 หญิง [ref]								
≤40 ชาย, ≤50 หญิง	.108	.608	.032	1	.858	1.115	.339	3.666
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก/ดล)								
≤ 130 ref								
> 130	.604	.484	1.558	1	.212	1.830	.708	4.728
ค่าดัชนีมวลกาย(กก/ม2)								
ปกติ (18.22.9) [ref]								
อ้วน (≥ 23)	.384	.579	.441	1	.507	1.468	.472	4.564
การออกกำลังกาย								
≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์ [ref]								
< 3 ครั้ง/สัปดาห์	.353	.581	.370	1	.543	1.424	.456	4.446
ความเครียด								
ไม่เครียด/เล็กน้อย								
ปานกลาง/รุนแรง [ref]	-.373	.691	.291	1	.590	.689	.178	2.668
การจัดการตนเอง								
สูง [ref]								
ปานกลาง	-.889	.550	2.612	1	.106	.411	.140	1.208

Cox & Snell R2 =. 340, Nagelkerke R2 = .473, predictive correct=75.0% Hosmer-Lemeshow test; χ^2 = 9.046 , df =8 p-value= .338 *p < .05

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติคแบบขั้นตอนเดียวพบมีเพียงตัวแปร อายุ และความดันซิสทอลิกที่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 17.10 (range = .75-30) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปอายุ 30-70 ปี ในประเทศไทย พบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า อยู่ในระดับต่ำ (Mean 6.1, SD 5.5)[14] ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 2-4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน[15] ทั้งนี้จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี จึงทำให้มีผลต่อการทำลายของหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ใน 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงเป็นพิเศษ โดยบางรายอาจมีความเสี่ยงมากโดยไม่แสดงอาการ การประเมิน CVD Risk ช่วยระบุว่าผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำ ปานกลาง หรือสูง เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้การประเมิน CVD Risk ในผู้ป่วยเบาหวานแต่ยังเป็นเครื่องมือของพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ที่ช่วยจัดลำดับความสำคัญของการดูแล และ เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาเชิงป้องกัน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพและแม่นยำ

อายุ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า และสามารถทำนายโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าได้ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในอีก 10 ปีข้างหน้าในระดับสูงประมาณ 70 เท่า (OR =69.71, 95%CI =7.9-615.19, p =.05) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุที่สูงขึ้น มีโอกาสทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ข้างหน้า[16,17] ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น หลอดเลือดมีความแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนได้ไม่ดี[4,5] จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ความดันซิสทอลิก มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า และเมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์โลจิสติคพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันซิสทอลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็น 8.33 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันซิสทอลิกปกติ (OR = 8.33, 95%CI = .78-89.52, p < .05) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันซิสทอลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ 3.5 เท่า (OR = 3.537, 95%CI = 2.298-5.445, p < .05) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน[17] ระดับไขมันในเลือด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับไขมันเอชดีแอล และไขมันคลอเลสเตอรอลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 77.78 และ 63.19 ตามลำดับ โดยระดับไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า แต่ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีพบว่าไขมันเอชดีแอลที่ต่ำกว่าปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าระดับสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีไขมันเอชดีแอลสูง (B=-1.466, 95%CI=.23, p < .05)[14] ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.3 มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อย่างไรก็ตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารที่อยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติ ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ[17] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเป็นการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในขณะหนึ่ง ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลาหนึ่งของการควบคุมโรคเบาหวานได้ ระยะเวลาเป็นโรค ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี พบว่ามีโอกาสที่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าเป็น 20.2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี (OR= 20.30, 95%CI = .99-4.12, p < .05) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์โลจิสติคพบว่า ระยะเวลาเป็นโรคที่ต่างกันไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โรคร่วม กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 มีโรคร่วม (ร้อยละ 88.3) ซึ่งโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้พบว่าโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างแม้ว่าจะมีโรคร่วมอื่นๆ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติ (ร้อยละ 90.28) และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 63.19 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอ้วนลงพุงที่มีโรคร่วม ได้แก่ ผู้โรคเบาหวาน โรคดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว 5.34, 5.65, 1.74 เท่า (95%CI = 3.74-7.62, 3.90-8.18, 1.20-2.40) ตามลำดับ[16] การสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.6) ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และ ไม่บุหรี่จึงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่จึงไม่ได้นำเข้าร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ดัชนีมวลกาย ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองดี ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกิน แต่ก็สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ดี จึงส่งผลให้ดัชนีมวลกายเกินไม่สามารถทำนายโอกาสเกิดความเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัย

ที่พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด[18] การออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างวัย 30-70 ปี ที่ออกกำลังกายครั้งละมากกว่า 30 นาทีต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถเข้าร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีได้[14] ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมทางกายในแต่ละบุคคลอาจจะไม่มีความแตกต่างกัน ความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับความเครียดที่อยู่ในระดับปกติและสูงกว่าปกติ ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดเพียงเล็กน้อย เมื่อมีปัญหาต่างๆ สามารถปรึกษาผู้ที่ไว้ใจได้ และมีจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานที่วางแผนการจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี[8] พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ไม่มีอิทธิพลต่อโอกาสเกิดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้า (OR= .411, 95% CI =.140-1.208, p > .05) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง มีการตั้งเป้าหมายใน ผู้ที่มีพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ มาตรวจตามแพทย์นัด และใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดตามคำสั่งของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้พฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานในระดับปานกลางและสูง ไม่มีอิทธิในการทำนายความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปี ข้างหน้า

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ใน ระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันซิสความดันซิสทอลิกมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปี ข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง และจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและความเสี่ยงสูงและวางแผนให้การช่วยเหลือตามความเร่งด่วนเหมาะสม นอกจากนี้ควรพิจารณาถึงการควบคุมโรคเบาหวานและการจัดการโรคร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจใน 10 ปีข้างหน้าและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความแตกต่างของความเสี่ยงในกลุ่มอายุที่ต่างกัน หรือกลุ่มที่มีระดับการควบคุมเบาหวานที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้น

References

1. World Health Organization. Implementation roadmap 2023–2030 for the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023.
2. Tsao CW, & Vasan RS. Cohort Profile: The framingham heart study (FHS): overview of milestones in cardiovascular epidemiology. International journal of epidemiology. 2015; 44(6):1800-13. doi:10.1093/ije/dyv337
3. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Thai CV Risk Score.2015.
4. Fan W. Epidemiology in diabetes mellitus and cardiovascular disease. Cardiovascular endocrinology. 2017;6(1):8-16. doi:10.1097/XCE.0000000000000116
5. Lacolley P, Regnault V, & Avolio AP. Smooth muscle cell and arterial aging: basic and clinical aspects. Cardiovascular research. 2018;114(4):513-28. doi:10.1093/cvr/cvy009
6. Yang HH, Li FR, Chen ZK, Liu YH, Wang XL, Zhao D, et al. M. Duration of diabetes, glycemic control, and risk of heart failure among adults with diabetes: a cohort study. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2023 ;108(5):1166-72. doi:10.1210/clinem/dgac642

7. Kalra S, Jena BN, & Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. Indian journal of endocrinology and metabolism. 2018;22(5):696-704. doi:10.4103/ijem.IJEM_579_17
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45(Suppl 1):S17-S38. doi:10.2337/dc22-S002
9. Díez-Villanueva P, Jiménez-Méndez C, Bonanad C, Núñez J, Sanchis J, Vidán MT, et al. Risk factors and cardiovascular disease in the elderly. Reviews in Cardiovascular Medicine. 2022;23(6):1–12. doi:10.31083/j.rcm2306188.
10. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Printrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
11. Eroglu N, & Sabuncu N. The effect of education given to type 2 diabetic individuals on diabetes self-management and self-efficacy: Randomized controlled trial. Primary care diabetes. 2021;15(3):451-58. doi:10.1016/j.pcd.2021.02.011
12. Vasuri A, Wirojratana V, Watanakijkrilert D, & Assantachai P. Effects of self-regulation program on self-management behaviors using telehealth in older adults with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):82-90. (inThai).
13. Hsieh FY, Bloch DL, & Larsen MD. A Simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine.1998.
14. Kingkaew N, & Antadech T. Cardiovascular risk factors and 10-year cv risk scores in adults aged 30-70 years old in Amnat Charoen Province, Thailand. Asia-Pacific Journal of Science and Technology. 2019; 24 (4):1-9. (in Thai).
15. Hudspeth B. The burden of cardiovascular disease in patients with diabetes. The American journal of managed care. 2018; 24:S268-S72.
16. Boontein P, Anuritprasert B, & Saneha C. Factors related to metabolic syndrome among patients at out-patient department. Nursing Science Journal of Thailand. 2017;35(4):74-86. (in Thai).
17. Bunyun S. Related factors of coronary artery disease and stroke in diabetes specialty clinic in Phaisali Hospital Phaisali District Nakhon Sawan Province. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2018;6(3): 256-66. (in Thai).
18. Wang C, Ye D, Xie Z, Lu Y, Yang L, Zheng Z, et al. Assessment of cardiovascular risk factors and theirinteractions in the risk of coronary heart disease in patients with type 2 diabetes with different weight levels, 2013–2018. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. 2021; 14:4253–62. doi:10.2147/DMSO.S335017.

การประเมินความต้องการจำเป็นต่อการพัฒนาแฟ้มสะสมงานอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับนักศึกษาวิสัญญีพยาบาล

Needs Assessment of Electronic Portfolio Development for Nurse Anesthetist Students

ปาริชาต อภิเดชากุล ณพิชญกานต์ พันธนันท์โภคิณ นิชาอร รัตนกุล พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล*

Parichad Apidechakul Napichayakarn Phanthananphokhin Nichaon Ruttananukool Phongthara Vichitvejpaisal*

คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700

Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การปรับเปลี่ยนเพื่อนำแฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์มาใช้งานสำหรับนักศึกษาพยาบาลวิสัญญีต้องมีการประเมินความต้องการจำเป็นอย่างเป็นระบบ วัตถุประสงค์ของการวิจัย (1) เพื่อเปรียบเทียบสถานะปัจจุบันและความต้องการสำหรับแฟ้มสะสมผลงาน (2) เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการในการพัฒนา และ (3) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลผู้สอน รูปแบบการวิจัยผสมวิธีถูกนำมาใช้เพื่อการสำรวจความต้องการจำเป็นกับนักศึกษาพยาบาลวิสัญญี 45 คนและอาจารย์ผู้ฝึกสอน 3 คน เพื่อประเมินสภาพปัจจุบันและสภาพที่ต้องการของแฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ทางสถิติด้วย paired-sample t-tests รวมถึงดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น (PNI) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างมุมมองปัจจุบันและมุมมองที่ต้องการของนักศึกษาใน 3 ด้านของแฟ้มสะสมผลงาน: ส่วนประกอบของแฟ้มสะสมผลงาน: M = 3.56, SD = 0.73 (ปัจจุบัน) เทียบกับ M = 4.12, SD = 0.90 (ที่ต้องการ); t(44) = 4.88, p < .001 เทคโนโลยีของแฟ้มสะสมผลงาน: M = 3.25, SD = 1.09 (ปัจจุบัน) เทียบกับ M = 4.35, SD = 0.75 (ที่ต้องการ); t(44) = 5.91, p < .001 ประโยชน์ของแฟ้มสะสมผลงาน: M = 3.71, SD = 0.77 (ปัจจุบัน) เทียบกับ M = 4.18, SD = 0.80 (ที่ต้องการ); t(44) = 5.09, p < .001 นักศึกษาระบุความต้องการจำเป็นที่สำคัญที่สุดในด้านเทคโนโลยี (PNI mod = 0.34) และความต้องการจำเป็นสำคัญน้อยที่สุดในด้านอุปสรรค (PNI mod = 0.12) ผลการศึกษาเน้นย้ำถึงความสำคัญของการแก้ไขช่องว่างเพื่อการพัฒนาระบบที่ใช้งานง่ายและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : วิสัญญีพยาบาล, แฟ้มสะสมผลงานอิเล็กทรอนิกส์, ความต้องการจำเป็น

Abstract

The transition and implementation of electronic portfolios for nurse anesthetist students requires a systematic needs assessment. This research aims to (1) compare the current status and needs for a portfolio, (2) prioritize requirements for development, and (3) gather opinions from anesthesia educators. A mixed-methods research design was used to survey the needs of 45 anesthesia nursing students and three nursing instructors to assess the current and desired state of the portfolio. Statistical analyses were performed using paired-sample t-tests and the Priority Needs Index (PNI). Significant differences were found between the

Corresponding Author: *E-mail: phongthara@gmail.com.

ได้รับทุนวิจัยการศึกษาจากศูนย์ความเป็นเลิศทางการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันที่รับ (received) 14 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ก.ค. 2568

students' current and desired views in three dimensions of the portfolio: portfolio components: M = 3.56, SD = 0.73 (current) vs. M = 4.12, SD = 0.90 (desired); t(44) = 4.88, p < .001; portfolio technology: M = 3.25, SD = 1.09 (current) vs. M = 4.35, SD = 0.75 (desired); t(44) = 5.91, p < .001 Portfolio usefulness: M = 3.71, SD = 0.77 (current) vs. M = 4.18, SD = 0.80 (desired); t(44) = 5.09, p < 0.001 Students identified the most critical needs in technology (PNI mod = 0.34) and the less critical needs in obstacles (PNI mod = 0.12). The results underscore the importance of addressing gaps to develop user-friendly and effective systems.

Keywords: Nurse anesthetists, e-Portfolios, Needs assessment

Introduction

Significant educational reforms have emerged since the passage of the National Education Act of 1999. These reforms encompass curriculum development, teaching methodologies, and assessment practices.[1] Nurse anesthesia trainees in a one-year program must develop complex skills within a short period.[2] To align with the learning styles of digital-native Generation Z, adding electronic portfolios (E-portfolios) to their training can make the experience more engaging and personalized.[3] A portfolio is valuable for nurses as it enables them to reflect on, develop, and assess their clinical competencies.[4] It provides a structured way to demonstrate compliance with professional standards and outlines goals for future growth.[5,6] Allowing nurses to reflect on their practice and compare their skills with well-known standards supports self-assessment, identifies learning needs, and creates targeted learning plans.[7] Portfolios can be in paper or electronic format. Electronic portfolios (e-portfolios) offer several benefits, such as greater accessibility, easier sharing and storage, improved portability, enhanced interactivity, the ability to include multimedia content, and more opportunities for personal expression.[8,9] However, e-portfolios are still emerging in nursing education, requiring further evaluation of their effectiveness in clinical practice.[4] Challenges in implementing e-portfolios include varying levels of computer literacy and accessibility to technology and the Internet.[8,10,11] Therefore, creating a user-friendly platform for e-portfolio design is essential.

The annual report from a nurse anesthesia training center outlines the instructional methods used to educate Thai nurse anesthesia students.[12] They have portfolios, compile work, and show nursing students' cognitive and skill test results recorded on paper. The paper portfolio includes an introduction with a cover, history, learning work areas from all 16 anesthesia service units, case discussions, and an appendix of documents related to the academic year. For over five years, nurse anesthetist staff have systematically managed these portfolios as instructors, the training committee as assessors, and the students as learners. A critical issue is that paper formats are inconvenient, leading to overlapping workloads when duplicating data in other forms. Current portfolios have complicated patient details and lack engagement due to excessive written content. The current portfolio also lacks a vital evaluation section for self-assessment and feedback from instructors and peers, which is essential to the teaching portfolio. Additionally, digital data recording is now more accessible. Some nursing students have suggested incorporating images related to patients to enhance interest. However, paper versions face the risk of getting lost due to portability issues. To avoid evaluation discrepancies, a portfolio with images and animations is needed.

The challenges in nurse anesthesia training regarding portfolio adaptation have not been studied extensively. A key area for improvement is the transition from traditional paper portfolios to electronic formats. Electronic portfolios enable the systematic collection and organization of various media types—text, audio, images, and video—encouraging student engagement and self-reflection. Hyperlinks can enhance these portfolios by connecting works based on criteria, effectively showcasing student development and achievements.[13,14] Currently, nurse anesthesia portfolios may not effectively align with classroom realities or meet the needs of students and instructors. Transitioning to electronic portfolios offers an opportunity to improve the educational experiences for nurse anesthesia students.

Needs assessment in education serves as a systematic approach to identifying and addressing the requirements of both learners and stakeholders.[15] As a foundational framework, it guides the development of targeted strategies aimed at improving educational outcomes by aligning curriculum design, instructional practices, and resource distribution with specific learner needs. The following sections explore the core principles and applications of this approach. At its core, needs assessment involves recognizing gaps between existing conditions and desired educational outcomes.[16] Its primary purpose is to gather data that informs decision-making processes and supports school improvement initiatives. Common methods used in conducting a needs assessment include surveys, focus groups, and qualitative evaluations—each selected based on the context and goals of the assessment.[17] When effectively implemented, needs assessments inform curriculum planning and resource management to better serve diverse student populations. This process integrates both quantitative tools, such as data analysis, and qualitative inputs, including stakeholder perspectives, to support evidence-based decisions in educational programming.[18]

The authors of this work want to study needs assessment. Therefore, information collected from people can support decision-making and planning, leading to improved work development and positive changes. A needs assessment is crucial for developing innovations for the electronic portfolio. A comprehensive needs assessment is divided into three parts: 1) Identifying Needs, which involves figuring out emerging needs; 2) Analyzing Needs[19], which investigates what causes those needs in the first place; 3) Finding a Solution, which involves deciding how to tackle the problems in a way that fits the situation. it is essential to see if the opportunity portfolios currently used for nursing anesthesia students are missing any key elements or processes that could create obstacles in teaching and learning.[16,20] A needs research process can help prioritize these issues. Understanding the differences between current aspects and how they should be It is vital for the existing portfolio. Participants' feedback can help us make better decisions, create plans, and set guidelines for work development, leading to positive and creative changes.

Objective

To compare the current state and desired expectations for portfolios, to prioritize requirements for development, and to gather nurse anesthetist students' opinions on the development of electronic portfolios.

Methodology

This descriptive study involves a mixed-methods approach as a sequential design, combining quantitative data analysis with qualitative insights from nurse anesthetists.

Sample size and calculation

The sample size for a t-test, a statistical test comparing two dependent means (matched pairs), was determined using power analysis. The power analysis was conducted in G*Power[21] using an alpha of 0.05, a power of 0.95, and a medium effect size (0.05); the required sample size was 45. This study involved 45 nurse anesthesia students from a training institute affiliated with the Faculty of Medicine at Siriraj Hospital for the academic years 2022-2024. We used a simple random sampling method. The inclusion criteria were: 1) being a post-graduate nurse anesthesia student enrolled at a Royal College of Anesthesia of Thailand–certified institution; 2) over 6 months of portfolio experience in training. For the qualitative part of the study, totally three nurse anesthesia training committee members were interviewed, who were chosen through purposive sampling based on the following qualifications: 1) at least three years of service as committee members; 2) Expertise in using portfolio methods for measurement and evaluation; and 3) A minimum of three years of experience teaching nurse anesthesia students.

Protection of Research Participants' Rights

The Siriraj Institutional Review Board (SIRB) at the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, approved the research study to collect quantitative and qualitative data (COA no. Si 521/2024) approval date July 4, 2024. All eligible participants consented, understanding they could withdraw at any time. They were assured of data confidentiality and anonymity.

Research Tools and Instrument Quality

This study used the concept of needs assessment to assess the current and desired conditions regarding on the principles of an electronic portfolio.[13,22,23] The adaptations were made from previous questionnaires for the perception of the benefits of using a portfolio, consists of four sections: content, technology, benefits, and obstacles. Therefore, needs assessment questionnaire utilized a five-level rating scale to measure respondents' perceptions in dual responses as current and desired on content, technology, benefits, and obstacles in using portfolio.[24]

Structured interviews were conducted with nurse anesthesia training committee to clarify the content and technology for portfolio. The framework for the electronic portfolio informs the development of research tools aligned with the objectives of the study. Three anesthesiologist experts assessed the content validity of this needs assessment questionnaire and Index of Consistency (IOC), revising for clarity and appropriateness. The IOC questionnaire exhibited a content validity index ranging from 0.67 to 1.0. Finally, the questionnaire was administered to ten anesthetists who had graduated from the nurse anesthesia training program within the past year, confirming the relevance of the sample group. The internal consistency reliability, measured by Cronbach's alpha, was 0.75.

Data Collection

The research aimed to explore nursing anesthesia students' perceptions of electronic portfolios, providing opportunities for enhancement. Questionnaires were distributed to 45 randomly selected students for broad feedback. Additionally, structured interviews with three nursing anesthesia training committee members gathered in-depth perspectives. The data from the questionnaires and interviews helped understand students' experiences and suggestions. The researchers analyzed this data and presented a comprehensive overview of feedback. A comparison was made between the current state of electronic portfolios and students' expectations, identifying areas for improvement and development.

Data Analysis

SPSS software version 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used to thoroughly analyze the collected data. The students' demographic information was presented through descriptive statistics, with categorical variables expressed as counts and corresponding percentages. Mean and standard deviation were employed to evaluate students' attitudes toward using electronic portfolios. A dependent-sample t-test was performed to compare the desired performance with the current performance levels for evaluation of students' needs regarding electronic portfolio assessment. A significance level of .05 was established. In addition, the Priority Needs Index (PNImod) was applied to systematically prioritize teachers' needs related to student portfolio assessment. The PNImod was calculated using the following formula

PNImodified = (I – D) / D

where I represents the importance or desired performance, and D denotes the degree of success or current performance. PNImod values of 0.3 or higher were deemed critical.20

Results

A total of 45 nursing students participated in the study. Most participants were women (75.6%), and their mean age was 28.76 ± 1.84 years.

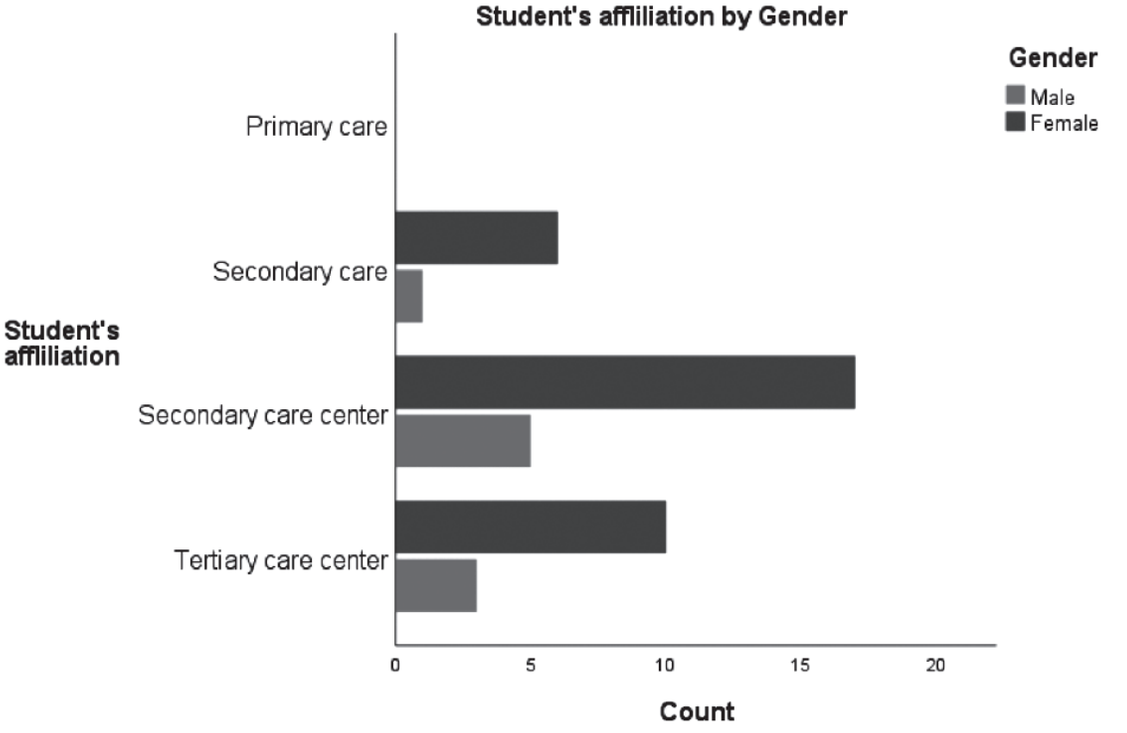


Figure 1. Student affiliation by gender

The double-bar graph in Figure 1 illustrates students and their affiliations in four categories. Seventeen females and five males comprise the majority of students from secondary care centers, while no participants are from primary care units.

Table 1. Mean Students' Ratings on Desired and Current States of Electronic Portfolio for Nurse Anesthetist Students (n=45)

Modalities	Desired (I)		Current (D)		t	p	PNI modified	Ranking
	M	SD	M	SD				
Portfolio content	4.12	0.90	3.56	0.73	4.88	.000	0.16	2
Portfolio technology	4.35	0.75	3.25	1.09	5.91	.000	0.34	1
Portfolio benefits	4.18	0.80	3.71	0.77	5.09	.000	0.13	3
Portfolio obstacles	3.19	1.04	2.86	0.82	2.51	0.016	0.12	4

Overall, the differences in students' desired versus current viewpoints on portfolio modalities (content, technology, benefits, obstacles) were statistically significant ($p < .01$). Current perceptions for portfolio revealed that students rated portfolio benefits the highest (M = 3.71, SD = 0.77), followed by contents (M = 3.56, SD = 0.73), technology (M = 3.25, SD = 1.90), and obstacles (M = 2.86, SD = 0.82). For desired perceptions, students rated technology as the most desired modality (M = 4.35, SD = 0.75), followed by benefits (M = 4.18, SD = 0.80), content (M = 4.12, SD = 0.90), and obstacles (M = 3.19, SD = 1.04).

Additionally, students' needs regarding portfolio modalities were prioritized using the Modified Priority Needs Index (PNImod), as shown in Table 1. Students identified the most critical needs in technology (PNI mod = 0.34), followed by content (PNI mod = 0.16), benefits (PNI mod = 0.13), and obstacles (PNI mod = 0.12).

Structured interviews revealed key aspects of the portfolio in its current (D) and desired (I) states, as reported by the nurse anesthesia training committee. Participants noted overlap with lecture material and a need for refinement. One remarked, "The content and topics in the portfolio overlap with lecture teaching. There are too many topics. It should be reduced to only important topics in the discussion content between anesthesia nurses and anesthesia nurse students" (Participant 03). Another added, "The content and topics in the portfolio are well covered, but it should be revised to include only the necessary topics to reduce the discussion period" (Participant 01).

Regarding portfolio technology, both current (D) and desired (I) states were described. Concerns about the limitations of the paper-based format were raised. As one noted, "The adjustment page of the paper-based portfolio to A4 size is still insufficient for recording content. If improved to be electronic, the increase in storage space and engagement may be better" (Participant 01). Another stated, "The current portfolio assesses knowledge in each operational unit. If changed to an electronic backup system, it will be more convenient for storage and retrieval" (Participant 02).

For portfolio management, the committee noted alignment between the current (D) and desired (I) states. Suggestions included more frequent assessments and digital tools to reduce workload and enhance participation. One suggested, "The examination for the completeness and scoring of portfolios should be done three times per academic year. If developed into an electronic system, it will reduce the workload of the examiners" (Participant 02). Another commented, "Management by future

examiners, if further developed using clear portfolio scoring criteria, will help studentscooperate and participate more in collecting their works" (Participant 03).

Summary and Explanation

The research entails revising portfolio components to better align with educational objectives, utilizing advanced technology to enhance usability and accessibility, and ensuring that portfolios offer tangible benefits for both students and practitioners. By addressing these areas, educators can create more effective tools for assessing competencies and fostering professional growth in nursing.

For desired perceptions, students rated technology as the most desired modality, followed by benefits, content, and obstacles. This implies that students prefer transforming a traditional portfolio with technological concern first, followed by their benefits and contents. As the Portfolio Need Index (PNI) ranged from 0.12 to 0.34, indicating a moderate need for development. Students identified the most critical needs in technology. The gap between current and desired portfolio components reveals the need for a comprehensive revision of the evidence and documentation included. This may involve various assessment methods, such as reflective journals, peer evaluations, and patient feedback. Recent research shows the importance of aligning components with professional competencies, with some works highlighting competency-based portfolios in advancing nursing education.[25] E-portfolios promote metacognition by allowing students to document clinical experiences, self-assess, and link theory to practice. Research indicates they improve critical thinking and decision-making in nursing.

The gap between current and desired technology levels highlights the urgency of transitioning to efficient, accessible electronic portfolios integrated with educational and clinical systems. Research shows e-portfolios enhance student engagement and support continuous assessment, emphasizing the need for a robust digital infrastructure.[26] A key consideration for nurse anesthetist students is choosing an appropriate platform. While specialized software exists, research suggests prioritizing accessible, user-friendly options.[27] For programs considering implementation, the platform must allow multimedia uploads for documentation, facilitate feedback between students and preceptors, and integrate with existing learning management systems.

Nurse anesthetist preceptors likewise recommended revising portfolio components before transitioning to electronic formats. The implementation recommendations include prioritizing user-friendly platforms and utilizing free, device-diagnostic tools like Google Docs to minimize technical barriers.28 Structured training programs should provide workshops for students and preceptors to tackle technophobia and incorporate weekly self-assessments and mentor reviews to align with clinical milestones. The suggestion for communication formats that are proper for nurse anesthetist students, the generation Z people are using widely, is informal communication from online media.[29]

Implications for this study

Research shows anesthesia programs must update portfolio systems to meet standards. The gap between student views on current and desired outcomes shows that current systems are inadequate. Therefore, investment in technology and digital literacy is needed. Portfolios should be more user-friendly and student-focused, with proper resources for technology and training. Before shifting to electronic formats, portfolio components should

be revised, as technology can't fix design flaws alone. Programs should verify content validity through audits, remove irrelevant parts, and focus on competency before digitization.

Implications for future study

It is suggested to study in other stakeholder groups, larger sample sizes, a quantitative study design, and at the national policy level.

References

1. Conley D. A new era for educational assessment. Education policy analysis archives. 2015; 23(8): 1-41.
2. Swerdlow B, Osborne-Smith L, Arditti D, & Hatfield LJ. Cognitive Competence and Curriculum Development in Nurse Anesthesia Education: A Pilot Study. Advances in Medical Education and Practice. 2023; 14(1): 627-35.
3. John J, Durward C, Kruger E, Mani SA, & Tennant M. Dental Education Without Borders. In: Handbook of Dental Education Technology. Singapore: Springer Singapore; 2025.
4. Harrington T, & O'Neill S. Adoption of e-portfolios for Registered Nurses & Midwives Professional Registration and Revalidation in Ireland: An Opinion Paper. Irish Journal of Technology Enhanced Learning. 2021; 6(1): 138-53.
5. Michelson E, & Mandell A. Portfolio development and the assessment of prior learning: Perspectives, models and practices. Taylor & Francis; 2023.
6. Bacon CR. Practical portfolio performance measurement and attribution. John Wiley & Sons; 2023.
7. Bryant T, & Posey L. Evaluating transfer of continuing education to nursing practice. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2019; 50(8): 375-80.
8. Chang SL, & Kabilan MK. Using social media as e-Portfolios to support learning in higher education: a literature analysis. Journal of computing in higher education. 2024; 36(1): 1-28.
9. Hamilton B. Integrating technology in the classroom: Tools to meet the needs of every student. International Society for Technology in Education; 2022.
10. Walland E, & Shaw S. E-portfolios in teaching, learning and assessment: tensions in theory and praxis. Technology, Pedagogy and Education. 2022; 31(3): 363-79.
11. Oldfield A. Digital portfolios. Creative Practice in Higher Education: Engaging Adult Learners through Theory and Pedagogy; 2024.
12. Department of Anesthesiology. The annual report on the nurse anesthesia training program 2021. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok: 2021. (in Thai)
13. Barrett HC. Create your own electronic portfolio. Learning and leading with technology. 2000; 27(7): 14-21.
14. Boonvas K, Raksatham S, Kunlaka S, & Khamwong M. Needs Assessment for the Development of Simulation-Based Learning in the Era of the New Normal Society of the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2023; 32(3): 66–79. (in Thai)
15. Turner MW, Bogdewic S, Agha E, Blanchard C, Sturke R, Pettifor A, et al. Learning needs assessment for multi-stakeholder implementation science training in LMIC settings: findings and recommendations. Implementation Science Communications. 2021; 2: 1-27.

16. Kaufman RA, & English FW. Needs assessment: Concept and application. Educational Technology; 1979.
17. Sleezer CM, Russ-Eft DF, & Gupta K. A practical guide to needs assessment. John Wiley & Sons; 2014.
18. Williams CR, Wolcott MD, Minshew LM, Bentley A, & Bell L. A qualitative preceptor development needs assessment to inform program design and effectiveness. American Journal of Pharmaceutical Education. 2021; 85(10): 1037-46.
19. Sleezer CM, Russ-Eft DF, & Gupta K. A practical guide to needs assessment. John Wiley & Sons; 2014.
20. Wongwanich, S. Needs evaluation research (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn Publisher; 2019.
21. Verma JP, & Verma P. Determining sample size and power in research studies. Singapore: Springer Singapore; 2020.
22. Lam R. Understanding the usefulness of e-portfolios: Linking artefacts, reflection, and validation. International Review of Applied Linguistics in Language Teaching. 2024; 62(2): 405-28.
23. Cambridge D, Yancey KB, Cambridge B, & editors. Electronic portfolios 2.0: Emergent research on implementation and impact. Taylor & Francis; 2023.
24. Nantsupawat R, Wonglieukirati V, Thungjaroenkul P , & Chitpakdee B. Outcomes of Using Portfolios in Nursing Leadership and Management Course among Nursing Students, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Journal of Nursing and Education. 2008; 1(3): 37-49. (in Thai)
25. Morris BC. Competency-Based Portfolio for Assessing Clinical Outcomes. Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions; 2024.
26. Yadav S. Designing Effective E-Portfolios for Authentic Assessment: Encouraging Reflection and Promoting Student Ownership. In Cases on Authentic Assessment in Higher Education. IGI Global; 2024.
27. Marty AP, Linsenmeyer M, George B, Young JQ, Breckwoldt J, & Ten Cate O. Mobile technologies to support workplace-based assessment for entrustment decisions: Guidelines for programs and educators: AMEE Guide No. 154. Medical Teacher. 2023 ;45(11):1203-13.
28. Ramamoorthy N. Harnessing Quantitative and Qualitative Data for Digital Health Experience Design. In: Intelligent Systems and IoT Applications in Clinical Health. IGI Global; 2025.
29. Saenung S, & Oumtanee A. How to Communicated in Generation Z Nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(2): 286-94. (in Thai)

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด

Effects of Self–Management Support Program on Preterm Birth Protection Behavior and Preterm Birth among Pregnant Women with High Risk for Preterm Birth

จีรวัฒน์ เขียววิจิตร สุพิศ ศิริรุณรัตน์* ศิริวรรณ แสงอินทร์
Geerawat Kiewvijit Supit Siriarunrat* Siriwan Sangin
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131
Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand, 20131

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566 ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนด วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติทีแบบอิสระ สถิติทีแบบไม่อิสระ และค่า Odds ratio ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean = 19.6 , SD = 1.59; t = 21.35, df = 29, p < .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean = 137.07, SD = 10.23; mean = 119.53, SD = 8.70; t =7.03, df = 58, p < .001) แต่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดไม่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.48 ; 95% CI = 0.04, 5.63)

คำสำคัญ : การสนับสนุนการจัดการตนเอง, การคลอดก่อนกำหนด, ความเสี่ยง, หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a self-management support program on preterm birth protection behaviors and the rate of preterm birth among pregnant women at high risk for preterm birth. The sample group consisted of 60 pregnant women with a high risk for preterm birth who attended the antenatal care clinic at Ratchaburi Hospital from July to October 2023. The participants were selected based on inclusion criteria and decided in 2 groups, that of an experimental group, and a control group, with 30 women in each group. The experimental group received a self-management support program

Corresponding Author: *E-mail: Supits@go.buu.ac.th

วันที่ส่ง (Received) 13 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 ม.ค. 2568

developed from the self-management support, while the control group received standard nursing care. Data were collected by the personal information questionnaire, the preterm birth protection behaviors questionnaire, and the preterm birth rate recording form, and analyzed using the Independent t-test, and the Dependent t-test statistics. Results found that after participating in the self-management support program, the experimental group had significantly increased the mean score of preterm birth protection behaviors (mean = 19.6, SD = 1.59; t = 21.35, df = 29, p < .001), and this mean score was significantly higher than the control group (mean = 137.07, SD = 10.23; mean = 119.53, SD = 8.70; t = 7.03, df = 58, p < .001). However, the risk of preterm birth in the experimental group was not statistical significantly lower than that of the control group (OR = 0.48; 95% CI = 0.04, 5.63)

Keywords : Self-Management Support, Preterm Birth, High Risk, Pregnant Women

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยพบอุบัติการณ์หญิงไทยคลอดก่อนกำหนดย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564-2566 ร้อยละ 12.47 11.61 และ 10.42 ของการเกิดมีชีพทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 9 ของการเกิดมีชีพ มีความสำคัญทางด้านสูติศาสตร์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกแรกเกิดและมารดาตลอดจนครอบครัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านทารก เช่น ภาวการณ์หายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในสมอง และภาวะติดเชื้อในทางเดินอาหาร เป็นต้น และด้านมารดา เช่น ภาวะเครียดวิตกกังวล ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลทารก เป็นต้น[1] การป้องกันไม่ให้มีการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญ ควรมุ่งเน้นในการป้องกันหรือลดสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน แต่พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดหลายปัจจัย[2-5] ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่น้อยกว่า 18 ปีหรือมากกว่า 35 ปี ดัชนีมวลกายต่ำ ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต เช่น ประวัติการแท้งและคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ปัจจุบัน เช่น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง น้ำเดินก่อนกำหนด เป็นต้น ความผิดปกติแต่กำเนิดและรกุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือการดำเนินชีวิต[6-10] ได้แก่ การขาดสารอาหารและภาวะซีดขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ความเครียด คุณภาพการนอนหลับ ลักษณะการทำงาน และการได้รับควันบุหรี่มือสอง จากปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวเป็นปัจจัยที่ป้องกันได้ยาก แต่ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยหญิงตั้งครรภ์

แนวทางการป้องกันหรือลดภาวการณ์คลอดก่อนกำหนดที่มีอยู่ในปัจจุบันเน้นเฉพาะการรักษาในรายที่มีความเสี่ยงของประวัติการคลอด และอาจมีพยาธิสภาพที่ปากมดลูก แต่ปัจจัยการคลอดก่อนกำหนดนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลากหลายดังที่กล่าวข้างต้น และในบางกรณีก็ไม่ทราบปัจจัยที่แท้จริง ดังนั้นการป้องกันการคลอดก่อนหนด โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงซึ่งมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนหนดได้สูง ต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุม รวมทั้งการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตที่ดี ซึ่งจะช่วยส่งเสริมผลการรักษาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น คือลดการคลอดก่อนกำหนดลงได้

การศึกษาย้อนหลังในปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมมีความเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารเพียงพอ รวมทั้งการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิคอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันผลกระทบจากการขาดสารอาหาร การดูแลช่องปากและอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายช่วยป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอและการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจช่วยบรรเทาภาวะเครียด และการหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่มือสองซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นการคลอดก่อนกำหนด[11-15] การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเหล่านี้ จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดได้

แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support)[16,17] เป็นการดูแลที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความจำเพาะ เน้นบุคคลเป็น

ศูนย์กลาง สนับสนุนให้สามารถจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์ มีบทบาทในการช่วยเหลือ หาวิธีการให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย และการหาแหล่งสนับสนุน ให้ผู้ป่วยในการดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย จึงมีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ ใช้เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งยังไม่มีอาการแสดงของการเจ็บครรภ์ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ลดการคลอดก่อนกำหนดได้ อีกทั้งพบหลักฐานสนับสนุนว่ารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้กลุ่มที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นหากนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และช่วยลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนดลงได้

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของกลาสโกว และคณะ ประกอบด้วยขั้นตอน ได้แก่ 1. การประเมิน ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม 2. การให้คำแนะนำที่มีความจำเพาะเจาะจงกับความต้องการของแต่ละบุคคล 3. การยอมรับความคิดเห็นร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. การสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมและการแก้ไขปัญหา 5. การติดตามประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับการใช้บัญชีไลน์ (Line official account) ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีความเหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ในยุคปัจจุบัน สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี และข้อมูลได้สุขภาพ มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และติดตามช่วยเหลือ ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองนี้ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ดีขึ้น และลดโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

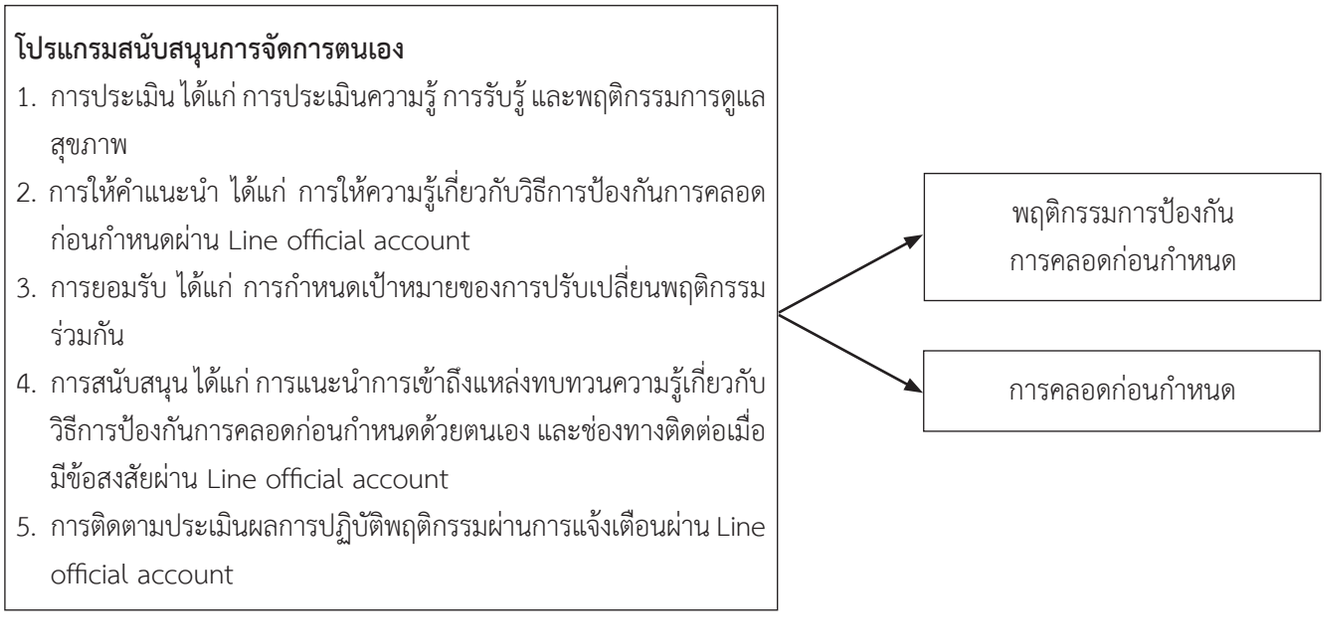
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด

สมมติฐาน

1. ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน
2. หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
4. หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support)[16,17] มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการ ณ ฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกเข้าตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุครรภ์ 26-30 สัปดาห์และมีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด จากการประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของเครซี่และคณะซึ่งมีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน มีการระบุข้อมูลกำหนดคลอด (Corrected EDC) ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ อ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทย มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และสามารถใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ได้ และคัดเลือกออกตามเกณฑ์ ได้แก่ พบความผิดปกติของทารกในครรภ์ภายหลังจากที่เข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพลที่ .80 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย และเพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหาย รวมทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS006/2566(C1) วันที่ 25 เมษายน พ.ศ.2566 และโรงพยาบาลราชบุรี เลขที่ 016/66 วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2566 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ความเสี่ยงต่างๆ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการฝากครรภ์ การเก็บรักษาข้อมูลใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงข้อมูลทั้งเอกสารและในระบบคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บอย่างมิดชิด ปลอดภัย และบังคับระบุรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล รายงานผลการวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบบันทึกสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support)

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาล

วิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียม ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อโรงพยาบาลที่ศึกษาเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

2. ขั้นก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ขั้นดำเนินการ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยส่วนกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง จัดกิจกรรมโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Five A's Model of Self-Management Support) ของกลาสโกวและคณะ ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การประเมินความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 2 การให้คำแนะนำที่มีความจำเพาะเจาะจงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับความคิดเห็นร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมและการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทางบัญชีไลน์ (Line official account)

4. ขั้นประเมินผล นัดหมายประเมินผลพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโครงการวิจัยครบ 4 สัปดาห์ แจ้งผลการประเมิน และติดตามการคลอดก่อนกำหนดไปอีก 4 สัปดาห์

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ค่าที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหารและยา	8 – 40	29.50	4.00	29.13	3.93	0.36	.72
		(Min, Max = 22,34)		(Min, Max = 22,34)			
ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย	7 - 35	28.00	3.70	27.40	3.90	0.61	.54
		(Min, Max = 15, 31)		(Min, Max = 14, 31)			
ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด	4 - 20	14.10	2.63	14.10	2.63	0.00	1.00
		(Min, Max = 9, 16)		(Min, Max = 9, 16)			
ด้านการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง	5 - 25	23.63	3.37	20.27	3.13	4.01	.08
		(Min, Max = 7, 24)		(Min, Max = 7, 24)			
ด้านกิจกรรมทางกาย	6 - 30	25.60	2.70	25.30	2.76	0.43	.67
		(Min, Max = 20, 29)		(Min, Max = 20, 29)			
คะแนนรวม	30–150	117.47	8.78	116.20	8.82	0.56	.58
		(Min, Max = 97,130)		(Min, Max = 97,128)			

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด ด้านการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง ด้านกิจกรรมทางกาย และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับดีปานกลาง เมื่อทดสอบความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีแบบอิสระ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรายด้านทุกด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และคะแนนรวมพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.56$, $df = 58$, $p > .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)	ค่าที่เป็นไปได้	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหารและยา	8 – 40	37.03 (Min, Max = 27, 40)	32.47	32.47 (Min, Max = 26, 37)	3.44	4.89	.000
ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย	7 - 35	31.40 (Min, Max = 17, 35)	3.90	27.40 (Min, Max = 14, 31)	3.90	3.74	.000
ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด	4 - 20	18.10 (Min, Max = 10, 20)	14.10	14.10 (Min, Max = 9, 16)	2.63	5.42	.000
ด้านการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง	5 - 25	23.63 (Min, Max = 9, 25)	3.37	20.27 (Min, Max = 7, 24)	3.13	4.01	.000
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	6 - 30	26.90 (Min, Max = 22, 30)	2.50	25.30 (Min, Max = 19, 29)	2.76	2.36	.02
คะแนนรวม	30–150	137.07 (Min, Max = 112, 148)	10.41	119.53 (Min, Max = 101, 129)	8.85	7.03	.000

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ของกลุ่มทดลองรายด้านทุกด้าน และคะแนนรวมสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และ หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test) ของกลุ่มทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (กลุ่มทดลอง)	ค่าที่เป็นไปได้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)		t	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ด้านการรับประทานอาหารและยา	8 – 40	29.50 (Min, Max = 22, 34)	4.00	37.03 (Min, Max = 27, 40)	3.78	9.38	.000
ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย	7 - 35	28.00 (Min, Max = 15, 31)	3.70	31.40 (Min, Max = 17, 35)	4.37	13.50	.000
ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด	4 - 20	14.10 (Min, Max = 9, 16)	2.63	18.10 (Min, Max = 10, 20)	3.07	17.40	.000
ด้านการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่มือสอง	5 - 25	20.27 (Min, Max = 7, 24)	3.13	23.63 (Min, Max = 9, 25)	3.37	11.47	.000
ด้านการมีกิจกรรมทางกาย	6 - 30	25.60 (Min, Max = 20, 29)	2.70	26.90 (Min, Max = 22, 30)	2.50	4.91	.000
คะแนนรวม	30–150	117.47 (Min, Max = 97, 130)	8.78	137.07 (Min, Max = 112, 148)	10.41	21.35	.000

จากตารางที่ 3 พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 21.35$, $df = 29$, $p < .001$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดกับการได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

การได้รับปัจจัย	คลอดก่อนกำหนด n (%)	คลอดครบกำหนด n (%)	รวม n (%)	OR (95% CI)	p-value
ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง)	1 (3.33%)	29 (96.67%)	30 (100%)	0.48 (0.04, 5.63)	.50
ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มควบคุม)	2 (6.67%)	28 (93.33%)	30 (100%)		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดเป็น 0.48 เท่าของกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม การได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่ได้ลดโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองให้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 0.48; 95% CI = 0.04, 5.63 ; p = .50)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันคลอดก่อนกำหนด

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นตามแนวคิดกลาสโกวและคณะ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 และ 3 ของการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยสนับสนุน ดูแล ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยประเมินข้อมูลภาวะสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด และความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด นำมาวิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนข้อมูลและอภิปรายผล ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักรู้ที่จะดูแลจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยให้คำแนะนำการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดให้สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินในขั้นตอนที่ 1 ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 หญิงตั้งครรภ์และผู้วิจัยร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองและวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและเสริมแรงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมาย สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ขั้นตอนที่ 4 สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงแหล่งทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวได้ด้วยตนเอง และช่องทางการติดต่อสอบถามผ่าน Line official account และขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จากพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ได้กำหนดเป้าหมายไว้ ร่วมกับการพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์จากการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม สอบถามปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ อีกทั้งประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านบัญชีไลน์ (Line official account) ในการสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเหมาะสมในยุคปัจจุบัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี และข้อมูลได้สุขภาพได้ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมพฤติกรรมที่ดีขึ้น และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t= 4.26$, $p < .001$)[18] อีกทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ดีพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ($p < .05$)[19] สรุปผลจากการโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพต่างๆ สามารถควบคุมอาการของโรคหรือภาวะต่าง ๆ เห็นได้จากหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อน

กำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ รายด้านทุกด้าน และคะแนนรวมสูงกว่าของกลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกด้านเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย

2. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการคลอดก่อนกำหนด

ผลการศึกษาต่อการคลอดก่อนกำหนดครั้งนี้ไม่เป็นไปตามตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 4 นั่นคือ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไม่สามารถลดโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองให้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ได้ ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า การคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง[20] หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่มีการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์เมื่อคลอด 36+1 สัปดาห์) นั้น มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยด้านการเจริญพันธุ์ มีประวัติการแท้ง มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ปัจจุบัน มีภาวะโลหิตจางและดัชนีมวลกายต่ำ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม มีลักษณะการยืนทำงานเป็นเวลานาน อีกทั้งมีปัจจัยด้านพฤติกรรมการนอนหลับไม่ดี ไม่เพียงพอ ได้รับมลภาวะทางเสียง แสง และฝุ่นควัน และได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนขนาด 200 มก. ตามแผนการรักษา ดังนั้นถึงแม้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม แต่ก็เป็นเพียงการลดปัจจัยเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดในด้านพฤติกรรมเพียงด้านเดียว ยังคงมีปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่มีผลทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดซึ่งปรับแก้ไขได้ยาก เป็นพยาธิสรีระวิทยาที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของมารดาหรือทารก โดยในหญิงตั้งครรภ์รายนี้มีประวัติแท้ง 1 ครั้ง และประวัติคลอดก่อนกำหนด 1 ครั้ง จึงมีความเป็นไปได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้ แต่ไม่สามารถลดโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและระยะเวลาในการศึกษาของผู้วิจัยมีความจำกัด โดยมีการดำเนินโปรแกรมเพียง 4 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง หญิงตั้งครรภ์มีอายุครรภ์ระหว่าง 30–34 สัปดาห์ ซึ่งอยู่ในช่วงของอายุครรภ์ที่อาจจะเกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ จึงอาจมีผลให้โปรแกรมดังกล่าวไม่สามารถลดโอกาสเกิดการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองให้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมได้ นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เริ่มให้โปรแกรมซึ่งเริ่มเมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ อาจจะช้าเกินไปควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 16–18 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะเริ่มให้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่ 16-18 สัปดาห์ต่อเนื่องไปจนกระทั่งอายุครรภ์ 36 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. สามารถนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีมากขึ้น

2. สามารถวางแผนการจัดบริการแก่หญิงตั้งครรภ์โดยการคัดกรองภาวะเสี่ยง ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสมรรถนะให้บุคลากร ในการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการตนเองผ่านการใช้เทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Line official account ซึ่งสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ มีความเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

นำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง เช่นเดียวกันการศึกษานี้ แต่ปรับระยะเวลา ที่เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ตั้งแต่อายุครรภ์ 16–18 สัปดาห์ และมีการติดตามช่วยเหลือ และประเมินผลการดูแลจนถึงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์

References

1. Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, & Hemmatpour S. Risk factor of preterm labor in the west of iran: a case-control study. Iranian journal of public health. 2014;43(4): 499-506.
2. Jam H, Matin S, Saremi A, & Pooladi A. Maternal Factors of Preterm Labor in Sarem Women's Hospital. Sarem Journal of Reproductive Medicine. 2019;3(4):19-23.

3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Caseg BM, et al. Williams obstetrics. 25ed: New York: Mcgraw-hill NY; 2014.
4. Rahmati S, Azami M, Badfar G, Parizad N, Sayehmiri K. The relationship between maternal anemia during pregnancy with preterm birth: a systematic review and meta-analysis. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2020;33(15):2679-89.
5. Wagura P, Wasunna A, Laving A, & Wamalwa D. Prevalence and factors associated with preterm birth at kenyatta national hospital. BMC pregnancy and childbirth. 2018;18(1):1-8.
6. Lockwood CJ, Moore T, Copel J, Silver RM, & Resnik R. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.
7. Okun ML, Schetter CD & Glynn LM. Poor sleep quality is associated with preterm birth. Sleep. 2011;34(11):1493-8.
8. Kelsey F & Kari B. Occupational Factors and Risk for Preterm Birth.(thesis). Augsburg: Augsburg University; 2021.
9. Rang NN, Hien TQ, Chanh TQ, & Thuyen TK. Preterm birth and secondhand smoking duringpregnancy: A case–control study from Vietnam. PLOS Journals. 2020;15(10):89-96.
10. Badran YA, El-Kashef TA, Abdelaziz AS, & Ali MM. Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. Urology Annals. 2015;7(4):478-81.
11. Saetang K, Suppaseemanont W & Deoisres W. Effect of Preventing Recurrent Urinary Tract Infection Program on Preventive Behavior of Urinary Tract Infection among Pregnant Women. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2020;31(1):81-92. (in Thai)
12. Pinchaleaw D. Nurses and Management of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. Journal of The Police Nurses. 2017;9(2): 195-202. (in Thai)
13. Thaingam S. Maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes. Thai Dental Public Health Journal. 2010;15(1):18-27. (in Thai)
14. Prathumsuwan A, Kalampakorn S & Inthasorn P. Secondhand smoke avoidance behavior in women with smoking family member. Thai Journal of Nursing. 2019;68(2):17-26. (in Thai)
15. Seaharattanapatum B & Tungtrongvisolkit N. The Development of Nursing Model for Promoting Optimal Birth Outcomes in Pregnant Women with Secondhand Smoke Exposure. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1):374-82. (in Thai)
16. Glasgow RE, Emont S & Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006;21(3):245-55.
17. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, & Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. The joint commission journal on quality and safety. 2003;29(11):563-74.
18. Sitkulanan P & Kumtip P. Impact of a Self-Management Programme Monitored through the Application LINE on Eating Behaviour, Arm-Swing Exercise Behaviour, and Blood Glucose Levels in Women with Gestational Diabetes Mellitus. Journal of Thailand Nursing and Midwifery council. 2020;35(2):52-69. (in Thai)
19. Suwannarat K, Tachasuksri T & Siriarunrat S. Effects of a Self-management Support Program on Diabetes Self-management Behavior and Blood Sugar Level in Women with Gestational Diabetes Mellitus. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2019;30(2):1-13. (in Thai)
20. Hisni D, Chinnawong T & Thaniwattananon P. The effect of a cardiovascular self-management support program on preventing cardiovascular complication behaviors and clinical outcomes in the elderly with poorly controlled type 2 diabetes mellitus in Indonesia. Walailak Journal of Science and Technology (WJST). 2019;16(1):9-17. (in Thai)

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล: การศึกษาย้อนหลัง

Prevalence and Factors Associated with Incontinence-Associated Dermatitis in the Isolation Critical Care Units of Vajira Hospital: A Retrospective Study

ชานนท์ ขนานใต้[1] แพรพลอย สันดี*[1] เสาวนีย์ บำรุงวงษ์[1] บวรลักษณ์ ทองทวี[2]
Chanon Khanantai[1] Praeploy Sandee*[1] Sawanee Bumrungwong[1] Borwarnluck Thongthawee[2]
[1]คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ดุสิต, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10300
[1]Faculty of Medicine vajira Hospital, Navamindradhiraj University Dusit, Bangkok, Thailand 10300
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
[2]Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis: IAD) กลุ่มตัวอย่างเลือกจากผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 264 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยสัมพันธ์ด้วย Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude odds ratios และ 95% CI พบความชุกเกิดแผล IAD ร้อยละ 36.70 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD คือ ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ จำนวนการถ่ายอุจจาระ การให้อาหารทางสายยาง ระดับอัลบูมินในเลือด ระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต การใส่ท่อช่วยหายใจ Barden scale SOFA scale และ PAT score ปัจจัยด้านการใช้ยา ได้แก่ 10% Potassium chloride syrup Sodium phosphate Sat magnesium sulfate salt Piperacillin/tazobactam Vancomycin ยาระบาย ยาบีบหลอดเลือด Meropenem และยากล่อมประสาท ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ดังนั้นผลการวิจัยนี้สามารถนำไปสร้างแนวทางการดูแลป้องกันแผล IAD ได้

คำสำคัญ : แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้, ผู้ป่วยวิกฤต, หอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This study is a retrospective chart review aimed at determining the prevalence and associated factors of incontinence-associated dermatitis (IAD). The sample consisted of 264 patients admitted to the isolation intensive care unit at Vajira Hospital. Retrospective data were collected from 1 October 2023 to 31 August 2024. The research instrument was a self-constructed record form with a content validity index (CVI) of 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and simple logistic regression analysis. Associations were

Corresponding Author *E-mail: praeploy@nmu.ac.th

วันที่รับ (Received): 6 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised): 5 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted): 26 เม.ย. 2568

presented as crude odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs). The prevalence of IAD was 36.70%. Clinical factors associated with IAD included bowel movement frequency, enteral feeding, serum albumin levels, Barden scale, SOFA scale, length of hospital stay, PAT score, and endotracheal intubation. Medication factors associated with IAD were 10% potassium chloride syrup, sodium phosphate, magnesium sulfate salt, piperacillin/tazobactam, vancomycin, laxatives, vasopressors, meropenem, and sedatives. Personal factors were not significantly associated with IAD. These findings can contribute to developing guidelines for preventing IAD in critically ill patients.

Keywords: Incontinence Associated-Dermatitis, critically ill patients, Intensive care unit

บทนำ

แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดจากการสัมผัสปัสสาวะและอุจจาระอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผิวหนังเกิดการอักเสบ โดยมีลักษณะเฉพาะ เช่น รอยแดง ผื่น บวม[1] ผิวหนังแสบไหม้ และอาจติดเชื้อบริเวณผิวหนังที่เกิดแผลได้[2]

การศึกษาก่อนหน้าพบว่าการเกิดแผล IAD มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และสะท้อนคุณภาพการดูแล[3] โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผล IAD เฉลี่ย 36,657 ดอลลาร์สหรัฐ[4] หอผู้ป่วยวิกฤตในสหรัฐอเมริกาพบการเกิดแผล IAD ร้อยละ 27[4] และประเทศไทยพบสูงถึงร้อยละ 33.33[5] แต่ข้อมูลที่ได้ไม่กล่าวถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ส่วนโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีเพียงแนวทางป้องกันดูแลแผลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังขาดการเก็บข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผล IAD ที่แน่ชัด

การป้องกันดูแลแผล IAD เป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญ ปัจจุบันโรงพยาบาลวชิรพยาบาลมีจุดเน้นความปลอดภัยในการดูแลไม่ให้เกิดแผลกดทับ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแผล IAD ที่ดูแลไม่มีประสิทธิภาพจะเกิดแผลกดทับระดับสองได้[6] ดังนั้น การจัดการปัจจัยที่ทำให้เกิดแผล IAD จะสามารถลดการเกิดแผลกดทับและผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยที่เข้ารับบริการได้

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เพศ อายุ ความถี่และลักษณะการขับถ่าย โรคเบาหวาน การใช้แผ่นรองซับ ภาวะไข้ การให้อาหารทางสายยาง การใส่ท่อช่วยหายใจ ยาบีบหลอดเลือด/กระตุ้นหัวใจ ความผิดปกติของสติ คะแนน APACHE II, Barden, PAT ระดับอัลบูมิน และการใช้ยาปฏิชีวนะหรือยากล่อมประสาท ล้วนเพิ่มความเสี่ยงเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต[8,9] นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ 10% Potassium chloride syrup Magnesium sulfate salt และ Sodium phosphate มักมีอาการถ่ายเหลว จึงนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดแผล IAD จึงสามารถสรุปได้ 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยด้านการใช้ยา[10]

แม้ปัจจัยดังกล่าวจะสัมพันธ์ชัดเจนกับการเกิดแผล IAD แต่ยังขาดข้อมูลในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตของไทย และบริบทที่ศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะซับซ้อนของการรักษาและพยาธิสภาพของโรค ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จะช่วยวางแผนให้การดูแลป้องกันการเกิดแผล IAD ซึ่งจะช่วยยกระดับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สะท้อนผลลัพธ์การพยาบาลที่เป็นไปตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยการเกิดแผล IAD ของ Coyer และ Campbell[10] ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง[8,9] พบ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และโรคเบาหวาน 2) ปัจจัยทางด้านคลินิก ได้แก่ ภาวะไข้ การใส่ท่อช่วยหายใจ การให้อาหารทางสายยาง จำนวนการขับถ่ายอุจจาระ ระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต ระดับอัลบูมินในเลือดแรกรับ คะแนน SOFA score APACHE II score Braden scale และ PAT score และ 3) ปัจจัยด้านการใช้ยา ได้แก่ ยาระบาย ยาปฏิชีวนะ (Piperacillin/tazobactam,

Meropenem, Vancomycin) ยากล่อมประสาท ยาบีบหลอดเลือด เกลือแร่ชนิดรับประทาน (10% Potassium chloride syrup Sat magnesium sulfate Salt Sodium phosphate)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งหมดช่วง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 สิงหาคม 2567 จำนวน 271 ราย เกณฑ์การคัดเข้า 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 72 ชั่วโมง 3) ไม่มีแผล IAD ก่อนเข้ารักษา เกณฑ์การคัดออก 1) เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ขาดการบันทึกผลลัพธ์ระดับแผล IAD 2) เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ขาดหายของข้อมูลตัวแปรมากกว่าร้อยละ 15 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงเหลือจำนวน 264 ราย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูล จำนวน 23 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ 1 และหาค่า Inter-Rater Reliability โดยนำไปประเมินเวชระเบียนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เท่ากับ 0.90 และใช้เครื่องมือ Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)10 แบ่งความรุนแรงของแผล IAD เป็น 4 ระดับ คือ 1) ระดับเริ่มเกิดแผล (early IAD) 2) ระดับปานกลาง (moderate IAD) 3) ระดับรุนแรง (severe IAD) และ 4) แผลจากการติดเชื้อรา (fungal-appearing rash)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลเพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยเก็บข้อมูลเองโดยใช้แบบบันทึกวิจัยที่สร้างขึ้น ที่หอผู้ป่วยวิกฤตแยกโรค โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (เลขที่ COA 183/2567 วันที่ 10 ตุลาคม 2567) ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ใช้รหัสแทนบุคคล ไม่ระบุชื่อ ข้อมูลที่เก็บเป็นความลับนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดถูกทำลายเมื่อวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ สถิติไคสแควร์ใช้เปรียบเทียบกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผล IAD และใช้สถิติ Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude odds ratios พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% ของ OR (95% Confidence interval of Odds ratio)

ผลการวิจัย

การศึกษาพบความชุกของแผล IAD จำนวน 97 ราย (ร้อยละ 36.70) แบ่งเป็นระดับ Early IAD จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 19.30) กลุ่ม Moderate IAD จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 11.40) กลุ่ม Severe IAD จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.20) และกลุ่ม Fungal-appearing rash จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 1.90)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลและไม่เกิดแผล IAD

กลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด (n = 264) n (%)	กลุ่มที่เกิดแผล IAD (n = 97) n (%)	กลุ่มที่ไม่เกิดแผล IAD (n = 167) n (%)	χ^2 (p-value)
เพศ				7.688
ชาย	141 (53.40)	51 (52.57)	90 (53.89)	(0.038)
หญิง	123 (46.60)	46 (47.43)	77 (46.11)	
อายุ (ปี) (M= 69.73, SD=17.32, Min-Max=16-96 ปี)		0.291		
อายุ ≤ 39 ปี	21 (8.00)	7 (7.20)	14 (8.40)	(0.864)
อายุ ≥ 40 ถึง 59 ปี	41(15.50)	14 (14.40)	27 (16.20)	
อายุ ≥ 60 ปีขึ้นไป	202 (76.50)	76 (78.40)	126 (75.4)	
โรคเบาหวาน				0.000
เป็น	87 (33.00)	32 (33.00)	55 (32.90)	(0.993)
ไม่เป็น	177 (67.00)	65 (67.00)	112 (67.10)	
ดัชนีมวลกาย (กก/ม2) (M= 22.83 SD=5.32, Range 12.19-41.62 กก/ม^2)				3.862
ระดับปกติ	98 (37.10)	40 (41.20)	58 (34.70)	(0.145)
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์	53 (20.10)	23 (23.70)	30 (18.00)	
ระดับสูงกว่าเกณฑ์	113 (48.80)	34 (35.10)	79 (47.30)	

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผล IAD ตัวแปร เพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปรอายุ โรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางด้านคลินิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลและไม่เกิดแผล IAD

กลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด (n = 264) n (%)	กลุ่มที่เกิดแผล IAD (n = 97) n (%)	กลุ่มที่ไม่เกิดแผล IAD (n = 167) n (%)	χ^2 (p-value)
ภาวะไข้ (M= 38.66 SD=0.97, Range 33-41.20 องศาเซลเซียส)				1.464
<38 องศาเซลเซียส	94 (35.60)	30 (30.90)	64 (38.30)	(0.226)
≥ 38 องศาเซลเซียส	170 (64.40)	67 (69.10)	103 (61.70)	
จำนวนการถ่ายอุจจาระ (ครั้ง/วัน) (M = 2.46, S.D.=1.64, Range= 1-9 ครั้ง/วัน)				74.841
1-2 ครั้ง/วัน	156 (59.1)	24 (24.7)	132 (79.00)	(<0.001)
≥ 3 ครั้ง/วัน	108 (40.90)	73 (75.30)	35 (21.00)	
การให้อาหารทางสายยาง				38.884
ไม่ได้รับ	109 (41.28)	16 (16.50)	93 (55.69)	(<0.001)
ได้รับ	155 (58.72)	81 (83.50)	74 (44.31)	
การใส่ท่อช่วยหายใจ				26.202
ไม่ใส่	157 (59.50)	48 (28.70)	119 (71.30)	(<0.001)

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยทางด้านคลินิก ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลและไม่เกิดแผล IAD (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด (n = 264) n (%)	กลุ่มที่เกิดแผล IAD (n = 97) n (%)	กลุ่มที่ไม่เกิดแผล IAD (n = 167) n (%)	χ^2 (p-value)
ใส่	107 (40.50)	59 (60.80)	48 (28.70)	
ระดับอัลบูมินในเลือดแรกรับ (g/dL) (M = 3.04, S.D.=0.72, Range =1.50-4.80 g/dL)				28.305
ระดับปกติ (3.5-5.2 g/dL)	89 (33.70)	13 (13.40)	76 (45.50)	(<0.001)
ระดับต่ำ (< 3.49 g/dL)	175 (66.30)	84 (86.60)	91 (54.50)	
ระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต (M= 6.98 SD=5.38, Range 3-42 วัน)				33.489
3-7 วัน	189 (71.60)	49 (50.50)	140 (83.80)	(<0.001)
มากกว่า 7 วัน	75 (28.40)	48 (49.50)	27 (16.20)	
SOFA score (M= 4.92 SD=3.59, Range 0-24 คะแนน)				6.127
0-12 คะแนน	249 (94.30)	87 (89.70)	162 (97.00)	(0.013)
13-24 คะแนน	15 (5.70)	10 (10.30)	5 (3.00)	
APACHE II score (M= 15.25 SD=7.45, Range 0-44 คะแนน)				0.916
Mortality rate < 55%	235 (89.00)	84 (86.60)	151 (90.40)	(0.338)
Mortality rate ≥ 55%	29 (11.00)	13 (13.40)	16 (9.60)	
Braden Scale (M = 5.97, S.D.=1.75, Range 6-23 คะแนน)				22.573
ไม่มีความเสี่ยง	69 (26.10)	9 (9.30)	60 (35.90)	(<0.001)
มีความเสี่ยง	195 (73.90)	88 (90.70)	107 (64.10)	
PAT score (M = 5.97, S.D.=1.75, Range 4-12 คะแนน)				68.837
ความเสี่ยงต่ำ	177 (67.05)	34 (35.05)	143 (85.63)	(<0.001)
ความเสี่ยงสูง	87 (32.95)	63 (64.95)	24 (14.37)	

ปัจจัยทางด้านคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผล IAD พบว่าตัวแปรจำนวนการถ่ายอุจจาระ การให้อาหารทางสายยาง การใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับอัลบูมินในเลือดแรกรับ ระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต SOFA score APACHE II score Braden Scale และ PAT score มีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนตัวแปรภาวะไข้ และ APACHE II score ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการใช้ยาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลและไม่เกิดแผล IAD

ชนิดยา	ทั้งหมด (n = 264) n (%)	กลุ่มที่เกิดแผล IAD (n = 97) n (%)	กลุ่มที่ไม่เกิดแผล IAD (n = 167) n (%)	χ^2 (p-value)
ยาระบาย	97 (36.70)	52 (53.60)	45 (26.90)	18.767 (<0.001)
ยากล่อมประสาท	114 (43.20)	67 (69.10)	47 (28.10)	41.894 (<0.001)

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านการใช้ยาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เกิดแผลและไม่เกิดแผล IAD (ต่อ)

ชนิดยา	ทั้งหมด (n = 264) n (%)	กลุ่มที่เกิดแผล IAD (n = 97) n (%)	กลุ่มที่ไม่เกิดแผล IAD (n = 167) n (%)	χ^2 (p-value)
ยาบีบหลอดเลือด	72 (27.30)	44 (45.40)	28 (16.80)	25.294 (<0.001)
Piperacillin/tazobactam	101 (38.30)	48 (47.52)	53 (52.48)	8.182 (0.004)
Meropenem	68 (25.80)	42 (43.30)	26 (15.60)	24.673 (<0.001)
Vancomycin	22 (8.30)	13 (13.40)	9 (5.40)	5.157 (0.023)
10% Potassium chloride syrup	133 (50.40)	71 (73.20)	62 (37.10)	31.935 (<0.001)
Sat magnesium sulfate salt	54 (20.50)	30 (55.56)	24 (44.44)	10.338 (<0.001)
Sodium phosphate	71 (26.90)	43 (44.30)	28 (16.80)	23.711 (<0.001)

ปัจจัยด้านการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มที่เกิดและไม่เกิดแผล IAD พบว่าตัวแปรยาระบาย ยากล่อมประสาท ยาบีบหลอดเลือด ยา Piperacillin/tazobactam ยา Meropenem ยา Vancomycin ยา 10% Potassium chloride syrup ยา Sat magnesium sulfate salt และยา Sodium phosphate แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดแผล IAD

ปัจจัย	Reference	OR (95% CI)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศชาย	เพศหญิง	1.02 (0.63-1.74)	0.836
ปัจจัยทางด้านคลินิก			
การถ่ายอุจจาระ ≥ 3 ครั้ง/วัน	การถ่ายอุจจาระ1-2 ครั้ง/วัน	11.47 (6.34-20.75)	<0.001
การให้อาหารทางสายยาง	ไม่ได้ให้อาหารทางสายยาง	6.36 (3.43-11.79)	<0.001
อัลบูมินแรกรับในเลือดต่ำ	อัลบูมินแรกรับในเลือดปกติ	5.39 (3.34-8.49)	<0.001
Braden Scale	-	1.20 (1.12-1.28)	<0.001
SOFA score	-	0.83 (0.77-0.89)	<0.001
ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต	-	0.80 (0.74-0.86)	<0.001
PAT score	-	0.38 (0.29-0.49)	<0.001
การใส่ท่อช่วยหายใจ	ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ	0.26 (0.15-0.44)	<0.001

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเกิดแผล IAD (ต่อ)

ปัจจัย	Reference	OR (95% CI)	p-value
ปัจจัยด้านการใช้ยา			
ยา 10% Potassium chloride syrup	ไม่ใช้ยา	4.62 (2.67 – 8.00)	<0.001
ยา Sodium phosphate	ไม่ใช้ยา	3.95 (2.23-6.99)	<0.001
ยา Sat magnesium sulfate salt	ไม่ใช้ยา	2.66 (1.45-4.91)	0.002
ยา Piperacillin/tazobactam	ไม่ใช้ยา	0.47 (0.28-0.79)	0.005
ยา Vancomycin	ไม่ใช้ยา	0.36 (0.15-0.99)	0.028
ยาระบาย	ไม่ใช้ยา	0.31 (0.19-0.54)	<0.001
ยาบีบหลอดเลือด	ไม่ใช้ยา	0.24 (0.14-0.43)	<0.001
ยา Meropenem	ไม่ใช้ยา	0.24 (0.13-0.43)	<0.001
ยากล่อมประสาท	ไม่ใช้ยา	0.17 (0.10-0.30)	<0.001

OR = Crude odds ratio, CI = Confidence interval

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวกับการเกิดแผล IAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ การถ่ายอุจจาระ ≥ 3 ครั้ง/วัน (OR=11.47, CI=6.34-20.75) การให้อาหารทางสายยาง (OR=6.36, CI=3.43-11.79) อัลบูมินแรกรับในเลือดต่ำ (OR=5.39, CI=3.34-8.49) Braden scale (OR=1.20, CI=1.12-1.28) SOFA score (OR=0.83, CI=0.77-0.89) ระยะวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต (OR=0.80, CI=0.74-0.86) PAT score (OR=0.38, CI=0.29-0.49) และการใส่ท่อช่วยหายใจ (OR=0.26, CI=0.15-0.44) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการใช้ยา ได้แก่ ยา 10% Potassium chloride syrup (OR=4.62, CI=2.64-8.00) ยา Sodium phosphate (OR=3.95, CI=2.23-6.99) ยา Sat magnesium sulfate salt (OR=2.66, CI=1.45-4.91) ยา Piperacillin/tazobactam (OR=0.47, CI=0.28-0.79) ยา Vancomycin (OR=0.36, CI=0.15-0.99) ยาระบาย (OR=0.31, CI=0.19-0.54) ยาบีบหลอดเลือด (OR=0.24, CI=0.14-0.43) ยา Meropenem (OR=0.24, CI=0.13-0.43) และยากล่อมประสาท (OR=0.17, CI=0.10-0.30) ซึ่งพบความสัมพันธ์ตามลำดับ แต่ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ไม่สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD (OR=1.02, CI=0.63-1.74) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดแผล IAD ไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[12,13] การไม่มีความสัมพันธ์อาจสะท้อนถึงความซับซ้อนในการเกิดแผล IAD ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางการแพทย์และการดูแลรักษา[12]

ด้านปัจจัยทางด้านคลินิก พบการถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD เนื่องจากอุจจาระมีเอนไซม์ยูเรียสซึ่งเปลี่ยนยูเรียเป็นแอมโมเนียซึ่งมีฤทธิ์ด่างสูง และเอนไซม์โปรตีเอสและลิเพสจะย่อยโปรตีนและไขมันบนผิวหนัง[1,8,14] การให้อาหารทางสายยางสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD อาหารทางสายยางมีความเหลว โปรตีนที่เข้มข้นหรือไขมันสูงย่อยได้ลำบากทำให้เกิดท้องเสียเพิ่มการระคายเคืองของผิวหนัง[8] นอกจากนี้อัลบูมินในเลือดต่ำยังสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD กลุ่มตัวอย่างมีอัลบูมินเฉลี่ย 3.04 g/dL ต่ำ การศึกษาของ Mohamed[12] พบอัลบูมินมีค่าเฉลี่ย 3.40 g/dL ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่เฉลี่ยเพียง 3.04 g/dL อัลบูมินสร้างความชุ่มชื้น เพิ่มความยืดหยุ่นของผิวหนัง เมื่ออัลบูมินลดลงผิวหนังจะขาดความชุ่มชื้นเสี่ยงเกิดแผล IAD[8,9]

คะแนน Braden scale มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.70 ที่เกิดแผล IAD เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ ซึ่งแบบประเมิน Braden scale

ประกอบด้วยปัจจัยความชื้นและการจำกัดการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน[9,15] นอกจากนี้แรงเสียดสีและแรงเสียดทานที่เพิ่มขึ้นยังสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD[14] รวมถึง SOFA score มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ซึ่ง SOFA score สะท้อนถึงพยาธิสภาพและความผิดปกติของอวัยวะ โดยเฉพาะการไหลเวียนโลหิตที่ลดลงทำให้เลือดไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง การทำงานของไตที่บกพร่อง และภูมิคุ้มกันที่ลดลงเพิ่มการอักเสบและติดเชื้อ[12,16] แม้การศึกษาของ Wang[9] พบว่า APACHE II score มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ตรงข้ามกับผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะ APACHE II score ของกลุ่มตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามควรประเมินผิวหนังอย่างต่อเนื่อง

ระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤตสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เกิดแผล IAD ภายใน 4 วัน ต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปที่ใช้เวลาเฉลี่ย 13 วัน[1] คล้ายกับ Abraham[17] พบว่าระยะวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น 1 วัน จะเพิ่มโอกาสเกิดแผล IAD 1.1 เท่า ส่วน PAT score สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงเกิดแผล IAD ร้อยละ 64.60 นั้นเกิดแผล IAD สะท้อนว่า PAT score ทำนายการเกิดแผล IAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8,9] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD [8,9,10,15] เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.80 ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเกิดแผล IAD ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง เนื้อเยื่อย่อมแข็งแรงน้อยลงและเกิดแผล IAD ง่ายขึ้น[7,15]

ปัจจัยด้านการใช้ยา พบ 10% Potassium chloride syrup ซึ่งมีโซลูบิทอลเป็นส่วนประกอบ และ Sodium phosphate (XUBIL®) ประกอบด้วย Monobasic sodium phosphate และ Dibasic sodium phosphate รวมถึง Sat magnesium sulfate Salt ยาเพิ่มการดึงน้ำกลับลำไส้ ทำให้น้ำในลำไส้เพิ่มเกิดอาการท้องเสียแบบดูดซึม (Osmotic diarrhea)[17] นำไปสู่การเกิดแผล IAD ได้

การศึกษาพบว่ายาปฏิชีวนะ Piperacillin/tazobactam Vancomycin และ Meropenem สัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD สอดคล้องกับ Jiang[8] ยาทำให้เกิดอาการถ่ายเหลว (Antibiotic-associated diarrhea: AAD)[18] และยาระบายยังสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD โดยร้อยละ 53.60 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเกิดแผล IAD ยากระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ถ่ายบ่อยหรือถ่ายเหลวจะยิ่งเพิ่มการระคายเคืองผิวหนังมากขึ้น[19]

ยาบีบหลอดเลือดสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD ซึ่งยาจะเพิ่มการบีบหลอดเลือดที่เลี้ยงชั้นผิวหนังตื้นๆ เป็นผลให้เนื้อเยื่อเกิดการซ่อมแซมและต้านทานการอักเสบได้น้อย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงเกิดแผล IAD[7] การศึกษาพบยากล่อมประสาทสัมพันธ์กับการเกิดแผล IAD โดยร้อยละ 69.10 ของผู้ป่วยที่ใช้ยานี้เกิดแผล IAD ซึ่งยากล่อมประสาทมีผลต่อการรับรู้และการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ทำให้ควบคุมการขับถ่ายได้น้อยลง และการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพทำให้ผิวหนังสัมผัสกับอุจจาระนานเพิ่มการเกิดการระคายเคืองและโอกาสเกิดแผล IAD[8,12,19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการประเมินและติดตามผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล IAD จากปัจจัยด้านคลินิกและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ค้นพบมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลและป้องกันแผล IAD อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา จึงควรศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือหลากหลายสถาบัน และควรศึกษาปัจจัยอื่น เช่น อัตรากำลัง และภาระงานพยาบาล รวมถึงพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันดูแลแผล IAD โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา

References

1. Beeckman D. Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) and Pressure Ulcers: An Overview. In: Romanelli M, Clark M, Gefen A, & Ciprandi G, editors. Science and Practice of Pressure Ulcer Management. London: Springer London; 2018.
2. Bliss DZ, Funk T, Jacobson M, & Savik K. Incidence and characteristics of incontinence-associated dermatitis in community-dwelling persons with fecal incontinence. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2015;42(5):525-30.

3. Koetsawat R, Utthiya P, & Onthai C. The Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevention & Care for Incontinence Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1): 204-11. (in Thai)
4. Koloms K, Murray A, Khawar W, & Gray M. Incontinence and incontinence-associated dermatitis in acute care: A retrospective analysis of total cost of care and patient outcomes from the premier healthcare database. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2021;48(6):545-52.
5. Uppanisakorn S, Somma T, Vattanaprasan P, & Boonyarat J. Prevention and Treatment of Incontinence-Associated Dermatitis (IAD) in critical patients treated in the intensive care unit of a medical ward. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2015;30(2): 86-100. (in Thai)
6. Gray M, & Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure injury: A multisite epidemiologic analysis. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.2018;45(1): 63-7.
7. Van Damme N, Clays E, Verhaeghe S, Van Hecke A, & Beeckman D. Independent risk factors for the development of incontinence-associated dermatitis (category 2) in critically ill patients with fecal incontinence: A cross-sectional observational study in 48 ICU units. International journal of nursing studies. 2018; 81(1):30-9.
8. Jiang H, Shen J, Lin H, Xu Q, Li Y, & Chen L. Risk factors of incontinence-associated dermatitis among critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2023;10(1): 1-7.
9. Wang G, Wang X, Wang H, Wang L, & Li W. Risk factors for incontinence-associated dermatitis in critically Ill patients with incontinence: A systematic review and meta-analysis. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2024; 51(4): 313-23.
10. Coyer F, & Campbell J. Incontinence-associated dermatitis in the critically ill patient: An intensive care perspective. Nursing in critical care. 2018; 23(4): 198-206.
11. Borchert K, Bliss DZ, Savik K, & David M. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: Development and validation. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2010; 37(5): 527-35.
12. Mohamed Elsayed S. Risk determinants of incontinence associated dermatitis among critically Ill patients. Egyptian Journal of Health Care. 2023; 14(1): 155-71.
13. Meirelles LCS, Rocha BP, Wammes AL, Santos DM, Silva DM, & Souza LM. Incidence of incontinence-associated dermatitis among clinical inpatients. Revista Enfermagem UERJ. 2020(1); 28: 1-8.
14. Ma Z-Z, Song J-Y, & Wang M. Investigation and analysis on occurrence of incontinence-associated dermatitis of ICU patients with fecal incontinence. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2017; 10(5): 7443-9.
15. Utthiya P, Koetsawat R, & Nuritanon J. Incidence and Factors Associated with Incontinence Associated Dermatitis in Patient Ward Somdech Phra Debaratana Building Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital: A Retrospective Matched-Paired Case Control Study Design. Journal Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2):290-8. (in Thai)

16. Campbell J, Cook JL, Doubrovsky A, Vann A, McNamara G, & Coyer F. Exploring incontinence-associated dermatitis in a single center intensive care unit: a longitudinal point prevalence survey. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2019; 46(5): 401-7.
17. Abraham BP, & Sellin JH. Drug-induced diarrhea. In: John W. D. McDonald, Brian G. Feagan, Rajiv Jalan, & Peter J. Kahrilas, editors. Evidence-based Gastroenterology and Hepatology. 4e. 2019.
18. Cui Y, Zhou Y, Liu C, Mao Z, & Zhou F. Interpretable machine learning models for predicting the incidence of antibiotic-associated diarrhea in elderly ICU patients. BioMed Central Geriatrics. 2024; 24(1):1-11.
19. Chianca TC, Gonçales PC, Salgado PO, Machado BO, Amorim GL, & Alcoforado CL. Incontinence-associated dermatitis: A cohort study in critically ill patients. Revista gaucha de enfermagem. 2016; 37(1): e68075.

การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

The Development of Child Care Teacher's Self-efficacy in Pediatric First-aid and Basic Life Support Skills in Child Development Center

ศศิธร คำมี วรรณ์วิการ์ ใจกล้า* ปิยธรณ์ เร่งเร็ว ฉัตรสุดา มาทา วิไลวรรณ กลิ่นถาวร
Sasithorn Kummee Wanwika Jaikla* Piyathorn Rengrew Chatsuda Mata Wilaiwan Klintavorn
มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000
Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand, 52000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 34 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 17 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.8-1.0

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้นควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไปใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กต่อไป

คำสำคัญ : สมรรถนะแห่งตน, การปฐมพยาบาลเบื้องต้น, การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน, ครูผู้ดูแลเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This quasi-experimental research was conducted through a two-group pretest-posttest design aimed to investigate the effect of self-efficacy enhancement program on knowledge, perceived self-efficacy and pediatric first-aid & basic life support (FA & BLS) skills among child care teachers. A total of 34 child care teachers were selected through purposive sampling based on inclusion criteria, divided into control and experimental groups of 17 participants each. The research instruments consisted of questionnaires on knowledge, perceived self-efficacy and the skill observation checklist for pediatric FA & BLS. The content validity index of the instruments were 0.8-1.0.

*Corresponding author E-mail: wanwika@g.lpru.ac.th
ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม

วันที่รับ (received) 6 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 มิ.ย. 2568

The results revealed that: 1)The experimental group, after receiving the self-efficacy enhancement program, had the statistically significant higher mean score in knowledge, perceived self-efficacy, and pediatric FA & BLS skills compared to the control group. (p<.001) 2) After attending the program, the experimental group had the statistically significant higher mean score in knowledge, perceived self-efficacy, and pediatric FA & BLS skills compared to before attending the program. (p<.001) Therefore, the self-efficacy enhancement program should be implemented to promote knowledge, perceived self-efficacy and FA & BLS skills in child care teachers.

Keywords: Self-efficacy, First aid, Basic life support, Child care teacher, Child development center

บทนำ

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุในเด็กยังคงเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการบาดเจ็บรวม 10,524 คน เฉลี่ยปีละ 2,105 คน หรือวันละ 6 คน โดยสาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ อุบัติเหตุที่คุกคามระบบหายใจ การสัมผัสกระแสไฟฟ้า รังสี อุณหภูมิและความดันสุดขั้ว และการถูกทำร้าย[1] แม้ประเทศไทยจะให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในเด็กอย่างต่อเนื่องแต่ยังไม่สามารถลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ขณะเดียวกันได้มีการดำเนินงานเชิงรุกผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในหลายกลุ่มเป้าหมาย[4,5,6,7,8] อย่างไรก็ตาม มีเพียงการศึกษาส่วนน้อยที่มุ่งเน้นการอบรมให้ความรู้แก่ครู[9] ทั้งที่ครูโดยเฉพาะครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นบุคลากรสำคัญทางการศึกษาที่ใกล้ชิดและดูแลเด็กปฐมวัยในทุกด้านแทนผู้ปกครอง

ในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้และทักษะของครูในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างแพร่หลาย ทั้งรูปแบบการอบรมปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นในครูอนุบาล การส่งเสริมทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในกลุ่มที่ปรึกษาด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยใช้วิธีบรรยาย ความรู้ ชมวิดีทัศน์ สาธิต และฝึกทักษะ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม[10,11] ในประเทศไทย การส่งเสริมความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน นิยมใช้แนวคิดการการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[6,7,8,9,12] ตามทฤษฎีของ Bandura[13] ซึ่งเชื่อว่าหากบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนและคาดหวังผลลัพธ์ในทางบวก เมื่อประสบความสำเร็จจะเกิดความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมนั้น[14] การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การชักจูงด้วยคำพูด 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของเด็กวัยเรียนต่อความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตเบื้องต้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] และการศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าคะแนนการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] อีกทั้งการศึกษาในครูระดับประถมศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในครูผู้ดูแลเด็กยังมีจำกัด ในขณะเดียวกันแนวปฏิบัติในการช่วยฟื้นคืนชีพเด็กฉบับล่าสุด ปี ค.ศ. 2020 มีการปรับเพิ่มความถี่ของการช่วยหายใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งส่งผลให้อัตราการกลับมามีชีพจรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[16] ทั้งนี้เด็กเล็กมีลักษณะทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ การปฐมพยาบาลและ

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจึงต้องเหมาะสมกับช่วงวัย และเนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีอัตราส่วนครูผู้ดูแลเด็กต่อจำนวนเด็กในความดูแลค่อนข้างสูง ส่งผลให้ครูไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างทั่วถึง[2] จึงเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้บ่อยครั้ง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[3] ร่วมกับการทบทวน โดยจัดกิจกรรมหลักตามแนวทางที่กล่าวไว้ข้างต้น 4 ด้าน เพื่อส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสามารถปฏิบัติทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมมติฐาน

1. ครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ

2. ครูผู้ดูแลเด็กมีคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนพัฒนาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[13] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งอธิบายว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการกระทำนั้น หากกระทำแล้วประสบความสำเร็จและได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจะก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้อง การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การชักจูงด้วยคำพูด เป็นการให้ข้อมูล แนะนำ และเสริมแรงผ่านการพูด เพื่อสร้างความตระหนักและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเรียนรู้และปฏิบัติทักษะได้ 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ โดยสังเกตแบบอย่างที่ประสบความสำเร็จ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เป็นการฝึกฝนและปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กำลังใจ และเสริมแรงเชิงบวก เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวอาจส่งผลให้ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของครูผู้ดูแลเด็กดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 135 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เขตอำเภอเมือง รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567 ใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในการเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครูผู้ดูแลเด็กตามคุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) อายุ 18-60 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพ 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการประเมินทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดช่วงเวลาการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามกำหนดได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดให้เป็นการทดสอบทางเดียว ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร .60[17] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 คิดเป็น 6 คน รวม 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้วิธีการจับคู่ (match-paired) ให้มีลักษณะเหมือนกัน ได้แก่ 1) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน 2) ระยะเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัย แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี แล้วสุ่มเข้ากลุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของครูผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[13] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 คู่มือโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 4 วัน ดังนี้

วันที่ 1: กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการบาดเจ็บในเด็ก สาเหตุ ผลกระทบ การบาดเจ็บที่พบบ่อยในเด็กและการปฐมพยาบาล ได้แก่ เลือดกำเดาไหล บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก บาดแผลเลือดออก แมลงสัตว์กัดต่อย ภาวะชักเกร็งจมน้ำ สำลักสิ่งแปลกปลอม รวมถึงการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก ใช้เวลา 5 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างรับชมวีดิทัศน์พร้อมศึกษาคู่มือการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน จากนั้นวิทยากรสาธิตทักษะ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

วันที่ 2-3: กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-9 คน ฝึกทักษะในฐานการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและฐานการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะตาม checklist และสาธิตย้อนกลับ หากปฏิบัติทักษะไม่ถูกต้องจะได้รับคำแนะนำทันทีจากอาจารย์ประจำกลุ่ม พร้อมส่งเสริมกำลังใจและกระตุ้นอารมณ์เชิงบวกตลอดกิจกรรม ใช้เวลา 2 วัน วันละ 6 ชั่วโมง

วันที่ 4 : กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ พร้อมทบทวนทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอีกครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

1.2 สื่อการสอน ประกอบด้วยวีดิทัศน์ คู่มือการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หุ่นจำลองเด็กเล็กที่สามารถกดหน้าอกและช่วยหายใจได้ และเครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจแบบอัตโนมัติ (AED)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก

2.2 แบบประเมินความรู้ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) การปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ และ 2) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวม 10 คะแนน

2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน13 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมั่นใจมากที่สุด ได้ 4 คะแนน มั่นใจมาก ได้ 3 คะแนน ค่อนข้างมั่นใจได้ 2 คะแนน มั่นใจน้อย ได้ 1 คะแนน ไม่มั่นใจได้ 0 คะแนน รวม 60 คะแนน

2.4 แบบประเมินทักษะ พัฒนาขึ้นตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา[14] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ โดยการกำหนดสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย 1) ทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ ใน 4 กรณี ได้แก่ เลือดกำเดาไหล บาดแผลเลือกออกมาก ชักเกร็ง และสำลักสิ่งแปลกปลอม 2) ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดสถานการณ์ให้ครูพบเด็กนอนหมดสติบนพื้น ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการปฏิบัติเป็นรายบุคคลกับหุ่นจำลองเด็ก ใช้แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยมีผู้วิจัย 2 คน สังเกตและให้คะแนน หากผลการให้คะแนนไม่ตรงกันจะตรวจสอบซ้ำด้วยวีดิทัศน์ที่บันทึกไว้และให้คะแนนใหม่ร่วมกัน หากปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วนได้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วน ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน รวม 50 คะแนน

แบบประเมินทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเด็ก 3 ท่าน และพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.8, 1.0 และ 1.0

ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตรวจสอบโดยทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน พบว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นตามสูตร KR-20 และ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79, 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางตามเอกสารรับรองเลขที่ E2567-021 ลงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกช่วงเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น เอกสารข้อมูลการวิจัยถูกจัดเก็บอย่างมิดชิด เป็นระยะเวลา 3 ปี จึงเข้าสู่ขั้นตอนการทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในสัปดาห์แรก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินก่อนการทดลองด้วยแบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน สัปดาห์ที่ 2 กลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติในรูปแบบบรรยายและสาธิต และประเมินผลหลังการทดลองทันที ทั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ได้รับการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นเวลา 4 วัน (ทุกวันเสาร์และอาทิตย์) ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม จึงดำเนินการประเมินผลหลังการทดลองทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher exact probability test และ Chi-square test

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ The Mann-Whitney U Test และเปรียบเทียบคะแนนในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่าคะแนนความรู้และทักษะมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้สถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test ส่วนคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการแจกแจงปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 47.1 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.2 ตำแหน่งครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 47.1 ประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยเฉลี่ย 16.8 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 58.8 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.2 ตำแหน่งครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 47.1 ประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัยเฉลี่ย 16.9 ปี และส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 58.8 คุณลักษณะของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนำมาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงกันของข้อมูล พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของกลุ่มตัวอย่าง ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 34)

ตัวแปรตาม	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		Mann-Whitney U	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	4.88	1.76	4.35	1.84	.858	.397
หลังการทดลอง	6.29	.85	9.00	.612	1.500	.000*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน						
ก่อนการทดลอง	18.18	6.50	16.82	7.58	.558	.580
หลังการทดลอง	26.24	5.86	43.71	5.38	1.000	.000*
ทักษะ						
ก่อนการทดลอง	7.76	2.66	7.59	4.35	1.082	.287
หลังการทดลอง	20.71	6.62	39.35	3.04	.000	.000*

* p-value < .001

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง (M = 9.00, SD = 0.612) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 6.29, SD = 0.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลองของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง (M = 43.71, SD = 5.38) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 26.24, SD = 5.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000) และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กหลังการทดลองของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง (M = 39.35, SD = 3.040) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 20.71, SD = 6.62)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม(n = 34)

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้	4.35	1.84	9.00	.61	-3.647	.000*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	16.82	7.58	43.71	5.38	-12.195	.000*
ทักษะ	7.59	4.35	39.35	3.04	-3.627	.000*

* p-value < .001

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 9.00, SD = 0.61) สูงกว่าก่อนทดลอง (M = 4.35, SD = 1.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.647, p = .000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 43.71, SD = 5.38) สูงกว่าก่อนทดลอง (M = 16.82, SD = 7.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -12.195, p = .000) และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 39.35, SD = 3.04) สูงกว่าก่อนทดลอง (M = 7.59, SD = 4.35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.627, p = .000)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะดีขึ้นเมื่อครูผู้ดูแลเด็กได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura[13] ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การชักจูงด้วยคำพูด 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่เพิ่มขึ้น น่าจะเป็นผลจากการบรรยายเนื้อหาสำคัญ อาทิ ความสำคัญของการบาดเจ็บในเด็ก สาเหตุ ผลกระทบ หลักการและขั้นตอนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้มีการสาธิตจากผู้สอนซึ่งเป็นตัวแบบที่มีชีวิต และสื่อวิดีทัศน์กับคู่มือซึ่งเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ โดยเนื้อหาอ้างอิงจากแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน[16,19] และปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจขั้นตอนและจดจำพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมถึงการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมคล้ายคลึงกับตัวแบบ[13]

ส่วนการรับรู้สมรรนะแห่งตนและทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่เพิ่มขึ้น น่าจะเป็นผลจากการฝึกฝนทักษะซ้ำ ๆ โดยแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-9 คน ฝึกทักษะในฐานการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและฐานการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีการสาธิตย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับโดยตรงจากผู้สอนทันที ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ทักษะได้อย่างแม่นยำ แม้การปฐมพยาบาลเด็กและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจะเป็นทักษะใหม่และมีความซับซ้อน แต่เมื่อฝึกฝนจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ถือเป็นประสบการณ์ความสำเร็จส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง[14] และสามารถแสดงออกทางทักษะปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์เชิงบวกจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้กำลังใจจากผู้สอนและการชื่นชมความสำเร็จในกลุ่ม ที่ช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ส่งเสริมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติจริง ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนในรูปแบบปกติ เป็นการบรรยายร่วมกับสาธิตโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติจริง พบว่ามีคะแนนทุกด้านต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านการบรรยายสื่อวิดีทัศน์โอ การฝึกกับหุ่นในสถานการณ์จำลอง การให้คำแนะนำรายบุคคล และการสาธิตย้อนกลับ ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลคะแนนความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการปฐมพยาบาลของครูดูแลเด็กกลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุม[20] ซึ่งคล้ายกับการศึกษาผลของการอบรมด้วยวิธีบรรยายความรู้รับชมวีดิทัศน์ สาธิตและฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย สาธิตย้อนกลับและให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้ความรู้และทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูโรงเรียนประถมศึกษาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม[9] และทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม[12]

2. ครูผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามที่เพิ่มขึ้นเป็นจากการที่ครูผู้ดูแลเด็กได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถอภิปรายได้จากการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมอบรมทั้งทฤษฎีและลงมือปฏิบัติจริงผ่านสถานการณ์จำลอง ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น[21] รวมทั้งช่วยเสริมทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน[9] นอกจากนี้การอบรมโดยเน้นการลงมือฝึกปฏิบัติจริงและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น[12] และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน[5,8,22,23] ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ครูผู้ดูแลเด็กได้มีโอกาสฝึกฝนทักษะผ่านสถานการณ์จำลอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

อย่างมีประสิทธิภาพ[24] อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและการติดตามผลตัวแปรตามต่อเนื่อง ซึ่งอาจทำให้คะแนนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าความรู้ด้านการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมีแนวโน้มลดลงภายใน 6 เดือนหลังการอบรม[25]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานให้กับครูผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการนำโปรแกรมไปปรับใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาความรู้ สมรรถนะแห่งตนและทักษะดังกล่าวในครูผู้ดูแลเด็ก ครูระดับชั้นอื่น ๆ หรือผู้ปกครองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนาโปรแกรมโดยการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ความจริงเสมือน (Virtual reality) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

2) ควรติดตามประเมินผลการวิจัยต่อเนื่องเป็นระยะทุก 3-6 เดือน เพื่อนำผลการศึกษามาปรับใช้ในการพัฒนาโปรแกรมอย่างยั่งยืน

3) ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้ปกครอง ครูระดับชั้นอื่น และครูผู้ดูแลเด็กนอกเขตเมือง เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้สามารถใช้งานได้ครอบคลุมมากขึ้น

References

1. Ministry of Public Health. Situation of dead from injury in Thailand's child. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
2. Intraratsamee J. Incidence of accidents in child care centers of the local government organizations in the upper northeast of Thailand. Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2021;9(4):427–38. (in Thai)
3. Chivanon N. Accidents in children: situation and prevention. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;24(3):1–12. (in Thai)
4. Duangpratoom N, Chusakand T, & Prachaiboon T. The effects of the resuscitation training program on knowledge, attitude and resuscitation skills among village health volunteers in Pathum Thani province. Journal of Public Health and Health Sciences. 2022;5(3):51–67. (in Thai)
5. Sasang N, Chusak T, & Samee A. Effect of the resuscitation training program on knowledge and skills and perceived self-efficacy of resuscitation village health volunteers in Khlong Chik subdistrict, Bang Pra in district, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3): 283–93. (in Thai)
6. Rattanakamonkarn C, Samantarath P, Chawsarn O, Posri S, Buala O, Nateetanasombat K, et al. The effects of the program promoting self-efficacy for school age children on knowledge and skills related to first aid and basic life support. Journal of Health Sciences and Wellness. 2023;27(1):135–46. (in Thai)
7. Thongpo P, & Udomchaiku K. Effects of a cardiopulmonary resuscitation training program on knowledge, perceived self-efficacy in cardiopulmonary resuscitation, and chest compression performance among nursing students. Nursing Research and Innovation Journal. 2020;26(1):107–21. (in Thai)
8. Tupamongkol S, & Ua-kit N. The effect of coaching program on basic cardiopulmonary life support practice in mothers of congenital heart disease children. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2015; 27(1):49–59. (in Thai)

9. Phraibueng D, Sriklo M, & Youjaiyen M. The effectiveness of basic life support training program for knowledge and skills of primary school teachers: A quasi-experimental study. The Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2024;28(2):240–51. (in Thai)
10. Abdella NHA, Abu-Elenen NRM, Elkazaz RH, & Moussa MMM. Intervention program for the kindergarten teachers about pediatrics first aids. American Journal of Research Communication. 2015;3(5):178–94.
11. Amoura SB, & Manal AA. Effectiveness of first-aid and basic life support intervention program on school health advisors. Journal of Health, Medicine and Nursing. 2016;24(1):136–44.
12. Moonsan S, Kalampakorn S, & Sillabut J. Effects of self-efficacy enhancement program on home accident prevention and first aid skills for early childhood caregivers. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(2):271–87. (in Thai)
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
14. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 9thed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2019. (in Thai)
15. Rattanakamonkarn C, Samantarath P, Chawsarn O, Posri S, Buala O, Nateetanasombat K, et al. The effects of the program promoting self-efficacy for school age children on knowledge and skills related to first aid and basic life support. Journal of Health Sciences and Wellness. 2023;27(1):135–46. (in Thai)
16. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL, et al. Part 4: Pediatric basic and advanced life support. Circulation. 2020; 142(Suppl 2):S469–S523.
17. Burns N, & Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6thed. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009.
18. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research. 1986;35(6): 382–5.
19. Thai Red Cross Society, & National Institute for Emergency Medicine. Emergency first aid and basic CPR. Bangkok: New Thammada Press (Thailand) Co.; 2020. (in Thai)
20. Lee J, & Oh WO. Effects of a first aid coaching program on first aid knowledge, confidence, and performance of child care teachers. Child Health Nursing Research. 2018;24(3): 310–8.
21. Neyişci N. Emergency response competencies strengthened by sustainable education: first aid training program for teachers. Sustainability. 2024;16(18):8166.
22. Jorge-Soto C, Abilleira-González M, Otero-Agra M, Barcala-Furelos R, Abelairas-Gómez C, Szarpak Ł, et al. Schoolteachers as candidates to be basic life support trainers: A simulation trial. Cardiology Journal. 2019; 26(5):536–42.
23. Rovisco ML, Pais-Ribeiro JL, Martins C, Monteiro C, & Almeida M. Assessment of knowledge and self-efficacy before and after teaching basic life support to schoolchildren. Revista Paulista de Pediatria. 2021;39:e2019143.
24. Ilha AG, Cogo SB, Ramos TK, Andolhe R, Badke MR, & Colussi G. Educational actions on first aid for early childhood education teachers: a quasi-experimental study. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2021;55:e20210025.
25. Monteiro MLRBP, Ferraz AIB, & Rodrigues FMP. Assessment of knowledge and self-efficacy before and after teaching basic life support to school age children. Revista Paulista de Pediatria. 2021;39:e2019143.

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

The Comparative Study of Quality of Life among Nursing Students, Vongchavalitkul University

สุพัฒนา ศักดิษฐานนท์* จริญญา ชาวจันทึก จันทิมา บ่าพิมาย กฤตธีรา จิตรลม รวีพร ข้อนอก
Supattana Sakdisthanont* Charinya Chaochanthuek Junthima Baphimai
Kritteera Jitlom Raveephorn Khonok
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา ประเทศไทย 30000
Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, Thailand 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 282 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.16 ปี (SD=1.47) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปีร้อยละ 62.8 เกือบทั้งหมดเป็นผู้มีสุขภาพปกติร้อยละ 96.5 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 พบว่าบิดามารดาอยู่ด้วยกัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 30.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นักศึกษาได้รับจากครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 42.9 นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 มีคุณภาพชีวิตดีที่สุด (mean=102.75, SD=14.11) รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 (mean=101.49, SD=15.19) และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 (mean=101.02, SD=15.53) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งในภาพรวม (F=.336, p=.715) และรายด้านสุขภาพกาย (F=1.385, p=.252) ด้านสุขภาพจิต (F=.441, p=.644) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (F=.668, p=.514) และด้านสิ่งแวดล้อม (F=1.053, p=.350) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น มีการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกชั้นปี โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 ควรศึกษาวิจัยระยะยาวและเปรียบเทียบครอบคลุมทุกชั้นปี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The descriptive research aimed to compare the quality of life of nursing students in the first, second, and third years, Vongchavalitkul University. A sample group of 282 nursing student was selected by simple random sampling. The research instrument was the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics and one-way analysis of variance.

Corresponding Author: *E-mail: supattana_sak@vu.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 29 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 ส.ค. 2568

The results of the research found that the sample had a mean age of 20.16 years (SD=1.47). Most of them were between 18-20 years old (62.8%). Almost all of them were in good health (96.5%). Their family status had parents living together (72.0%). The average family income was between 10,001-20,000 baht per month, the highest at 30.5%. The average monthly income that students received from their families was ≤ 4,000 baht/ month (42.9%). The first year nursing students had the best quality of life (mean=102.75, SD=14.11), followed by Third-year nursing students (mean=101.49, SD=15.19) and second-year nursing students (mean=101.02, SD=15.53). A study comparing the quality of life between nursing students in different years, it was found that there was no statistically significant difference in overall (F=.336, p=.715), and in terms of physical health (F=1.385, p=.252), mental health (F=.441, p=.644), social relationships (F=.668, p=.514) and environment (F=1.053, p=.350), respectively.

Recommendations, the quality of life of nursing students should be promoted. Activities should be organized to cover all of nursing students, especially for second-year nursing student. Longitudinal studies should be conducted and comparisons should be made covering all years.

Keywords: Quality of Life, Nursing Student

บทนำ

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตดี สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นผู้มีความสุข คุณภาพชีวิตจึงเป็นเสมือนตัวชี้วัดความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและเรียนรู้ที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข องค์การอนามัยโลก[1] ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับการรับรู้ของตนเองภายในบริบทของวัฒนธรรม สังคม และค่านิยมในช่วงเวลานั้น รวมถึงความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 4 มิติ[1] คือ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีย่อมขึ้นอยู่กับมิติต่าง ๆ เหล่านี้

พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพที่มีความเครียดและความกดดันสูง[2] ลักษณะของงานต้องใช้ความอดทนและความรับผิดชอบสูง[3] ส่วนหนึ่งสะท้อนมาจากการสั่งสอนอบรมและหล่อหลอมจากสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่มักมีกฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ แตกต่างจากวิชาชีพอื่น[2] การจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล มีโครงสร้างหลักสูตรตามที่สภาการพยาบาล ประเทศไทย[4] กำหนด เป็นการจัดการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาล ให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อผลิตบัณฑิตให้เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความรู้ความสามารถในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี ตระหนักถึงความปลอดภัยและความพอใจของผู้รับบริการ มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ แม้สถาบันฯจะให้ความสำคัญในการดูแลคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นอย่างดี แต่พบว่ามีนักศึกษาพยาบาลบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการดูแลคุณภาพชีวิตตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล การขึ้นฝึกปฏิบัติงาน[3] ความเครียด[5] การปรับตัวและการสำเร็จการศึกษา[3] ได้

การที่นักศึกษาพยาบาลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรครอบคลุมในมิติทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับการตอบสนองทั่วไปให้ทั้งการอุปโภค บริโภค ถูกสุขลักษณะ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม[6] คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นการที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของชาติให้มีคุณภาพและคุณค่า จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิตคือระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน[7]

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ

นักศึกษาพยาบาล พบว่ามีการศึกษาวิจัยจำนวนมากทั้งในสถาบันของรัฐและเอกชน เช่น คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ[8] วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี[9] มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา[10] มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย[11] มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ[12] สถาบันอุดมศึกษาเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร[13] พยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช[14] สถาบันอุดมศึกษาเอกชนภาคกลาง[15] จากงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็นภาพรวมทุกชั้นปี และส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลในสถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐ องค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันเอกชนยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่แยกเป็นรายชั้นปี ยังไม่พบว่ามีการศึกษาคุณภาพชีวิตและการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีต่าง ๆ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ผลการวิจัยที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่นักศึกษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

สมมติฐานการวิจัย นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่ชั้นปีแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย การวิจัยนี้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก[1] เป็นกรอบการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI[16] เป็นเครื่องมือวิจัย ได้แบ่งคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเป็น 4 มิติ[16] คือ 1) ด้านสุขภาพกาย (physical health) หมายถึง สภาพร่างกายของนักศึกษาพยาบาลที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและทำงานได้อย่างเหมาะสม 2) ด้านสุขภาพจิต (psychological health) นักศึกษาพยาบาลสามารถรับรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนได้ ความมั่นใจในตนเอง การมองโลกในแง่ดี การจัดการความเครียด 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental health) สามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีความมั่นคงปลอดภัย เครื่องมือการวิจัยขององค์การอนามัยโลกมีการนำไปใช้ในงานวิจัยจำนวนมากทั่วโลก[17,18]

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือนักศึกษาพยาบาล ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่กำลังศึกษาชั้นปี 1, 2, 3 ปีการศึกษา 2567 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 จำนวน 129 คน นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 จำนวน 125 คน นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 จำนวน 114 คน รวม 368 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง[19] โดยกำหนดให้ N คือจำนวนประชากร=368, confidence level=95%, ค่าความคลาดเคลื่อน e=.03 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 282 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ดังนี้ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 1 จำนวน 97 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 2 จำนวน 96 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี 3 จำนวน 89 คน รวม 282 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 226/2568 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยได้นำเสนอเป็นภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ที่กรมอนามัยแปลเป็นภาษาไทย[16] โดยมีการปรับภาษาเล็กน้อยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท แบบสอบถามมีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 3 ข้อ คำถามเชิงบวก 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น 4 ด้าน[16] คือ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านสุขภาพจิต 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งฉบับ มีคะแนนระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพ

ชีวิตดี คะแนนน้อยหมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ16 คือ คะแนน 26–60 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนน 61–95 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96–130 หมายถึงมีคุณภาพชีวิตดี

การแปลผล

องค์ประกอบ	มีคุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
คุณภาพชีวิตในภาพรวม	26-60	61-95	96-130
1) ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2) ด้านสุขภาพจิต	6-14	15-22	23-30
3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4) ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งยอมรับได้[20]

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.96 ซึ่งยอมรับได้[20]

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และให้ลงรายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผ่าน Google form เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 ได้แบบสอบถามกลับมาร้อยละ 100 (282 ฉบับ)

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และคะแนนคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีแตกต่างกันด้วยสถิติ One-way ANOVA หลังตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov–Smirnov พบว่ามีการกระจายแบบปกติ (p=.204)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 20.16 ปี (SD=1.47) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-20 ปี ร้อยละ 62.8 เกือบทั้งหมดเป็นผู้มีสุขภาพปกติร้อยละ 96.5 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 72.0 พบว่าบิดามารดาอยู่ด้วยกัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 30.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่นักศึกษาได้รับจากครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 42.9

2. ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปี

ตาราง 1 การแสดงความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา (n=282)

คุณภาพชีวิต	นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 (n=97)			นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 (n=96)			นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 (n=89)		
	mean	SD	การแปลผล	mean	SD	การแปลผล	mean	SD	การแปลผล
คุณภาพชีวิตในภาพรวม	102.75	14.11	ดี	101.02	15.53	ดี	101.49	15.19	ดี
ด้านสุขภาพกาย	27.13	3.76	ดี	26.68	3.92	ดี	27.11	3.83	ดี
ด้านสุขภาพจิต	24.09	3.70	ดี	23.37	4.15	ดี	23.95	4.05	ดี
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	12.01	2.14	ดี	12.02	2.12	ดี	11.87	2.39	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	31.50	5.04	ดี	31.14	5.45	ดี	30.61	5.23	ดี

จากตาราง 1 ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ชั้นปี มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด (mean=102.75, SD=14.11) รองลงมาได้แก่ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 3 (mean=101.49, SD=15.19) และนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 (mean=101.02, SD=15.53) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (mean=27.13, SD=3.76) ด้านสุขภาพจิต (mean=24.09, SD=3.70) และด้านสิ่งแวดล้อม (mean=31.50, SD=5.04) มากกว่าชั้นปีอื่นๆ ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด (mean=12.02, SD=2.12)

3. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปี

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามชั้นปี (n=282)

คุณภาพชีวิต	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F-test	p-value
ด้านสุขภาพกาย	ระหว่างกลุ่ม	1.141	2	.570	1.385	.252
	ภายในกลุ่ม	114.952	279	.412		
	รวม	116.093	281			
ด้านสุขภาพจิต	ระหว่างกลุ่ม	.423	2	.211	.441	.644
	ภายในกลุ่ม	133.580	279	.479		
	รวม	134.003	281			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ระหว่างกลุ่ม	.575	2	.288	.668	.514
	ภายในกลุ่ม	120.082	279	.430		
	รวม	120.657	281			
ด้านสิ่งแวดล้อม	ระหว่างกลุ่ม	.707	2	.354	1.053	.350
	ภายในกลุ่ม	93.695	279	.336		
	รวม	94.402	281			
โดยภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	.221	2	.111	.336	.715
	ภายในกลุ่ม	92.077	279	.330		
	รวม	92.299	281			

จากตาราง 2 พบว่า นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมไม่แตกต่างกัน (F=.336, p=.715) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (F=1.053, p=.350) ด้านร่างกาย (F=1.385, p=.252) ด้านจิตใจ (F=.441, p=.644) และด้านสังคม (F=.668, p=.514) ไม่แตกต่างกัน ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ชั้นปีแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=.336, p=.715) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า แม้โครงสร้างการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของโครงสร้างหลักสูตร กล่าวคือในชั้นปี 1 ส่วนใหญ่เป็นการเรียนในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป เพื่อปรับพื้นฐานของนักศึกษาใหม่ที่มีความรู้และมาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาที่แตกต่างกัน รูปแบบการจัดการเรียนการสอนของชั้นปี 1 ส่วนใหญ่ใช้การเรียนในห้องเรียนร่วมกับการเรียนออนไลน์ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวในการเรียนเพียงบางส่วน มีรูปแบบการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับก่อนเข้าเรียนในมหาวิทยาลัย ยังไม่มีรายวิชาที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานพยาบาล จึงทำให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 มีคุณภาพชีวิตดีกว่าชั้นปีอื่น ๆ เช่น

เดียวกับผลการศึกษา[15] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันอุดมศึกษาเอกชนภาคกลาง สำหรับชั้นปี 2 เป็นการเรียนในรายวิชาศึกษาทั่วไปและเริ่มเข้าสู่รายวิชาเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเรียนการสอนในห้อง simulation nursing lab ร่วมกับการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล ส่วนชั้นปี 3 เป็นชั้นปีที่มีการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลและในชุมชนตลอดปีการศึกษา ตามโครงสร้างหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด[4] แต่เนื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล มีนโยบายในการดูแลและช่วยเหลือนักศึกษาในแต่ละชั้นปีอย่างเป็นระบบ มีอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ประจำชั้นปี คอยดูแลเอาใจใส่นักศึกษาเป็นอย่างดี ปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบช่วยให้นักศึกษาพยาบาลทั้งสามชั้นปี มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนอยู่ในระดับดีทั้งหมด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมทางบวกที่สามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลดีขึ้น[14] จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการวิจัย[12] และผลการวิจัย[9] ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับผลการวิจัย[14] พบว่านักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ[21] ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัย[8] และผลการวิจัย[22] ที่ศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐ และผลการศึกษา[15] ซึ่งศึกษาในสถาบันการศึกษาพยาบาลของเอกชน ต่างพบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของโครงสร้างหลักสูตรและบริบทของสถาบันการศึกษาของภาครัฐและเอกชน

ผลการวิจัยนี้พบว่าคุณภาพชีวิตรายด้านของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1, 2 และ 3 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีและเท่าเทียมทุกชั้นปี มีการตรวจสุขภาพประจำปี การฉีดวัคซีนประจำฤดูการ การสนับสนุนให้ออกกำลังกายทุกวันพุธของทุกสัปดาห์ และเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สร้างภาคีเครือข่ายกับสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน สอดคล้องกับนโยบายองค์การอนามัยโลกที่มุ่งเน้นให้พลเมืองโลกมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมดีแม้มีบริบทแตกต่างกัน[1] ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการวิจัย[14] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มีคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นด้านที่มีระดับคะแนนน้อยกว่าด้านอื่น ๆ อาจเนื่องจากเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ มีชุมชนและการจราจรที่หนาแน่น จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนผลการวิจัย[15] พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 1 และชั้นปี 2 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายแตกต่างจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูงกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลทั้งสามชั้นปีไม่มีความแตกต่างกัน ควรมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่นักศึกษาพยาบาล มีการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมทุกชั้นปี เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปี 2 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตน้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ ควรมีการศึกษาปัจจัย/เงื่อนไขที่ส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าชั้นอื่น ๆ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการขึ้นสู่ชั้นปีต่อ ๆ ไปอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัย/เงื่อนไขที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลระยะยาว (longitudinal study) และควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตนักศึกษาพยาบาลครอบคลุมทุกชั้นปี

References

1. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995; 41(10): 1403–9.
2. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, & Sexton JB. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. Global Qualitative Nursing Research. 2023; 10(9): 1-13.

3. Yotpanya A, Muangphan K, & Saenwiangchan S. Factors associated with stress among nursing students at a private university in Bangkok. Proceeding of The 13th National Academic Conference, Nakhon Pathom Rajabhat University, "Creating Life Balance to Support the New Normal", 8-9 July 2021; 1123-31. (in Thai)
4. Thailand Nursing Council. Nursing Bachelor's Degree Curriculum Standards. Bangkok. 2017. (in Thai)
5. Krueaklat S, Wannapornsiri C, Mahayosanan P, & Pongjit W. Factors Related to Emotional Intelligence of Nursing Students, Pibulsongkram Rajabhat University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(2): 159-67. (in Thai)
6. Moritz AR, Pereira EM, Borba KP, Clapis MJ, Gevert VG, & Mantovani MF. Quality of life of undergraduate nursing students at a Brazilian public university. Investigation Education Enfermeria. 2016; 34(3): 564-72.
7. Grande RAN, Berdida DJE, Maniago JD, Ablao JN, Llaguno MBB, & Manood EG. Predictors of quality of life of nursing internship students from five Saudi universities. Journal of Taibah University of Medical Science. 2021; 16(5): 747-54.
8. Tongsawang K. The Quality of Life of Students at the Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University. Sarakham Journal. 2017; 8(2): 1-14. (in Thai)
9. Khamthana P, Polin S, Klinhom P, & Pandee P. Quality of life among nursing student, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. Journal of Nursing Siam University. 2019; 20(38): 123-33. (in Thai)
10. Mueanwaja O, Romroeng J, & Suksatan W. Factors Related to the Quality of Life of Junior Nursing Students duringtheir Nursing Practical Period. Journal of Health Science: Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2018; 2(1): 13-26. (in Thai)
11. Smithnaraseth A. A Study of Quality of Life among Nursing Students, Eastern Asia University. Christian University Journal. 2018; 24(4): 562-76. (in Thai)
12. Kingkaew J, & Boonmark N. Quality of Life among Nursing Students in Chalermkanchana Si Sa Ket University. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2018; 21(3): 105-17. (in Thai)
13. Lertsakornsiri M, & Narumitlert J. The Study of Quality of Life of Students in Saint Louis College. Journal of health and health management. 2021; 7(2): 30–46. (in Thai)
14. Thamlikitkul S, & Sinudompol S. Factors Predicting Quality of Life of Undergraduate Nursing Students at Kuakarun Faculty of Nursing in Navamindradhiraj University. Kuakarun Journal of Nursing. 2019; 26(1): 55-75. (in Thai)
15. Smithnaraseth A, & Chansakul S. A Study of Quality of Life Among Nursing Students in Private Higher Education Institutions, Central Region. Eastern Asia University Heritage Journal Social Science and Humanities. 2023; 13(2): 77-90. (in Thai)
16. Department of Mental Health. The Thai version of the World Health Organization's abbreviated quality of life indicators (WHOQOL–BREF–THAI). Nonthaburi. 2002. (in Thai)

17. Bratu ML, Sandesc D, Anghel T, Dehelean L, Bondrescu M, Bratosin F, et al. Quality of Life Assessment Using the WHOQOL-BREF Survey in Hospitalized Patients with Alcohol Use Disorder from Romania. Diseases. 2024; 12(7): 1-13.
18. Kangwanrattanakul K., & Kulthanachairojana N. Modern psychometric evaluation of Thai WHOQOL-BREF and its shorter versions in patients undergoing warfarin in Thailand: Rasch analysis. Scientific Reports. 2024; 14(1): 1-13.
19. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis (2nd Ed.). New York: Harper and Row. 1967.
20. Phonphotthanamat W. A Comparative Study of Verifying the Content Validity of a Research Instrument with the IOC, CVR and CVI. Rangsit University Library Journal. 2021; 28(1): 178-82. (in Thai)
21. Cruz JP, Felicilda-Reynaldo RFD, Lam SC, Machuca Contreras FA, John Cecily HS, Papathanasiou IV, et al. Quality of life of nursing students from nine countries: A cross-sectional study. Nurse Education Today. 2018; 66(7): 135-42.
22. Phuangsriken S, Treesorn K, Kucharin P, Suwaphabh D, Charoensaen J, & Posri A. Quality of Life among Nursing Students, Roi Et Rajabhat University. 2020; 14(3): 208-19. (in Thai)

ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

The Effect of Empowerment on Glycemic Control Practices and HbA1c in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ขนิษฐา เจริญนพกิจ*
Khanistha Charoennoppakit*
โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45160
Atsamat Hospital, Roi-et Province, Thailand 45160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 74 คน เป็นกลุ่มทดลอง 37 คน ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน กลุ่มควบคุม 37 คน ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และค่าที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ควรนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This study was two groups pretest-posttest quasi-experimental design aimed to investigate the impact of empowerment on glycemic control practices and HbA1c in patients with type 2 diabetes mellitus. The samples consisted of 74 type 2 diabetes mellitus patients, divided equally into an experimental group and a controlled group through simple random sampling. Gibson's empowerment concept was applied to the experimental group, while the control group received standard care. Research tools included an empowerment

Corresponding Author: *E-mail: Khanisst71@gmail.com

วันที่รับ (Received) 13 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 14 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 เม.ย. 2568

plan for type 2 diabetes mellitus patients, a glycemic control practices (with a content validity of 0.96 and a reliability of 0.80 measured by Cronbach's alpha coefficient). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests and t-tests.

Results showed as follows the study revealed that after the empowerment implementation, glycemic control practices significantly improved in the experimental group compared to before the intervention (p<.05), and this improvement was notably greater than that observed in the control group (p<.05). HbA1c significantly improvement was notably less than that observed in the controlled group (p<.05)

The research indicates that the empowerment can enhance glycemic control practices and HbA1c in patients with type 2 diabetes mellitus. Therefore, empowerment should be applied to develop continuous self-care skills.

Keywords : Empowerment, HbA1c, Diabetes Mellitus Type 2

บทนำ

โรคเบาหวานถือเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง และความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง[1] สถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก 529 ล้านคน[2] ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านเศรษฐกิจและสังคม บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเหนื่อยล้ากับการดูแลตนเองเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง[4] การทบทวนวรรณกรรมมีการนำแนวคิดต่างๆ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดเช่น ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลวังเจ้าพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางรายบุคคลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีค่าเฉลี่ย HbA1c (p=0.043, 95%CI 0.01-0.58) และ LDL (p=0.022, 95%CI 2.05-26.11) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ[5] และผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลแก้งคร้อ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .01) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .00)[6] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเป็นการใช้ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการติดตามให้คำแนะนำแบบเฉพาะรายรวมทั้งการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งควรเพิ่มการสร้างความคาดหวังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป จึงจำเป็นต้องมีแนวคิดที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการคิดและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง สามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติของตนเอง และสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้[7,8] มีหลายการศึกษาได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเช่น ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[9] และประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนพบว่า หลังการ

ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[10] การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าคะแนนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11]

ในต่างประเทศเช่น ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลฮ่องกงพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับ HbA1c น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ[12] จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีการนำมาใช้ทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล การวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[7,8] ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตระหนักถึงปัญหาของตนเองและตัดสินใจแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ

1. คะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. คะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐาน

1. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวเนื่องหลายประการ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องรับประทานยา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเหนื่อยล้ากับการดูแลตนเองเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง การวิจัยนี้จึงใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[7,8] ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้พลังอำนาจในตนเอง และมีกระบวนการซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มเพื่อสร้างการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการเรียนรู้และฝึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทั้งด้านการดูแลรักษา และวิถีชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน อันจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษานี้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design) พื้นที่ศึกษาคือ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive sampling) เลือกจังหวัดร้อยเอ็ด และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาล 1 แห่งเป็นกลุ่มทดลอง และ 1 แห่งเป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ ระดับ HbA1c >7 % อายุ 35 ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ขึ้นไป ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอื่นที่ส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน และกำหนดเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยคือ ระหว่างดำเนินโครงการเกิดการตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ร่วมในการวิจัยตลอดช่วงของการศึกษา

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายและระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[13] ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน[14] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน เพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือออกจากโครงการวิจัย[15] จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 37 คน รวมทั้งหมด 74 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือ[10] ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว และ 2) ข้อมูลสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการมีผู้ดูแลหลัก ชุดที่ 2 เครื่องมือในการตรวจหาค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ได้แก่ เครื่องตรวจทางชีวะเคมีชื่อ Biomagesty BM 6010 น้ำยา Diasys หลักการตรวจ Enzymatic และชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือ[10] ประกอบด้วยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานยา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้เครื่องมือ[10] ตามแนวคิดของกิบสัน[7,8] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การวิจัยนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา ดังนี้ 1) แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัย และ 2) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้นำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index [CVI]) โดยใช้เกณฑ์ CVI ≥ 0.80[16] ในวิจัยนี้ได้ค่าเท่ากับ 0.96

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือที่นำไปหาค่าความเชื่อมั่นมีดังนี้ 1) แบบสอบถามในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตอบแบบสอบถาม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)[16] ในวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.803 2) การประเมินค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดโดยใช้เครื่องตรวจหาค่าระดับ HbA1c ซึ่งมีใบแสดงการตรวจสอบมาตรฐานจากโรงงานผู้ผลิตและมาตรฐานคุณภาพของสมาคมเทคนิคการแพทย์ และตั้งค่ามาตรฐานของเครื่องมือก่อนตรวจทุกครั้ง และ 3) แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เป็นการประเมินความเข้าใจขั้นตอนต่าง ๆ ก่อนนำไปใช้จริง หลังการทดลองใช้มีการปรับแก้

กิจกรรมครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กรณีที่นำไปปฏิบัติแล้วไม่ประสบความสำเร็จ ต้องมีการทบทวน วางแผนการปฏิบัติ ตัดสินใจเลือกวิธีใหม่ ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมิน ถ้ายังไม่สามารถปฏิบัติได้ให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกวิธีการปฏิบัติอื่น ๆ ต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 5 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1, 4, 8, 20 และ 24 โดยเริ่มจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและโทรศัพท์นัดหมายการทำกิจกรรม โดยเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง จัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ กิจกรรมเรื่องราวชีวิต และกิจกรรมให้ความรู้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง หลังเสร็จกิจกรรมผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ จัดกิจกรรมพบปะบุคคลต้นแบบ หลังเสร็จกิจกรรมผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในอีก 4 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) การเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ กำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ การสนับสนุน และให้ใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษารวมทั้งให้ข้อมูลเสริมแรงเชิงบวกเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ โดยจัดกิจกรรมเส้นทางสู่ความสำเร็จใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปอีก 12 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 20) การเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จัดกิจกรรมพันธะสัญญาใจใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อร่วมกิจกรรมอีก 4 สัปดาห์ และกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 24) การยุติกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและให้ตอบแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดโครงการ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้เข้ารับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการแนะนำให้รับบริการตามโปรแกรมปกติคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกลุ่มควบคุม ระยะเวลา 30 นาที ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 24 เพื่อประเมินผลโดยให้ผู้ป่วยเข้ารับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หลังเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน แบบกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0422567 ลงวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนได้ทำการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่กลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดภายในกลุ่มระยะก่อนและหลังการทดลอง ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test สำหรับวิจัยนี้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (p=.859) จึงใช้ Paired sample t-test แต่ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีการกระจายของข้อมูลที่ไม่ปกติ (p=.000) จึงใช้ Wilcoxon Sing Ranks Test สำหรับสถิติที่ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิจัยครั้งนี้มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (p=.708) จึงใช้ Independent sample t-test แต่ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มีการกระจายของข้อมูลที่ไม่ปกติ (p=.022) จึงใช้ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกแต่งกัน (p>.05) กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 32.4 และเพศหญิงร้อยละ 67.6 กลุ่มควบคุมเพศชายร้อยละ 35.1 และเพศหญิงร้อยละ 64.9 กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 61.67 ปี กลุ่มควบคุม 60.16 ปี โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 67.6 และ 56.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.0 และ 75.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 78.4 และ 75.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพร้อยละ 97.3 และ 94.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 1-5 คน ร้อยละ 83.8 และ 100 ตามลำดับ

ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติไม่แตกต่างกัน (p>.05) กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ย 61.08 กิโลกรัม กลุ่มควบคุม 62.99 กิโลกรัม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายในเกณฑ์น้ำหนักเกิน 23.0-24.9 ร้อยละ 45.9 และ 43.2 ตามลำดับ และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 8.73% และ 8.34% ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองเฉลี่ย 11.72 ปี กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 10.48 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 37.9 และ 54.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 73.0 และ 67.6 ตามลำดับ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้ทุกคนร้อยละ 100 และการมีผู้ดูแลหลักพบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 73.0 และ 51.4 ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=74)

ช่วงระยะเวลาที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=37)				กลุ่มควบคุม (n=37)			
	$\bar{X}$	SD	Paired t-test		$\bar{X}$	SD	Paired t-test	
			t	p-value			t	p-value
ก่อนทดลอง	101.56	7.544			102.54	8.149		
หลังทดลอง	110.32	8.300	9.036	<.05	101.70	7.445	1.656	.106

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 101.56 คะแนน (SD 7.544) และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ย 110.32 คะแนน (SD 8.300) ซึ่งมากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 102.54 คะแนน (SD 8.149) และหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 101.70 คะแนน (SD 7.445) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=.106)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=74)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Independent t-test		$\bar{X}$	SD	Independent t-test	
			t	p-value			t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=37)	101.56	7.544			110.32	8.300		
กลุ่มควบคุม (n=37)	102.54	8.149	.533	.596	101.70	7.445	-4.703	<.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 101.56 คะแนน (SD 7.544) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 102.54 คะแนน (SD 8.149) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=.596) และระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 110.32 คะแนน (SD 8.300) ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ย 101.70 คะแนน (SD 7.445) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=74)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	Mann Whitney U Test		$\bar{X}$	SD	Mann Whitney U Test	
			Z	p-value			Z	p-value
กลุ่มทดลอง (n=37)	8.73	1.357			7.48	.737		
กลุ่มควบคุม (n=37)	8.61	1.821	-1.206	.228	8.62	1.811	-3.458	<.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ระยะก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 8.73% (SD 1.357) และกลุ่มควบคุมมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 8.61% (SD 1.821) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p=.228) และระยะหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 7.48% (SD .737) ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย 8.62% (SD 1.811) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานการวิจัยที่ 1 พบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตาราง 1) สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[7,8] เมื่อกลุ่มตัวอย่างผ่านขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้รับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้ จึงทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น ดังการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[9] และประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลบ้านสวน พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)[10] ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและตัดสินใจแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติได้

สมมุติฐานการวิจัยที่ 2 พบว่าหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตาราง 2) ดังการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[9] การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า

คะแนนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[11] แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

สมมุติฐานการวิจัยที่ 3 หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตาราง 3) ดังการศึกษาผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงา พบว่า ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[9] และผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลฮ่องกง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับ HbA1c น้อยกว่ากลุ่มควบคุม[12] จึงควรนำการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลเลือดจนทำให้ค่าเฉลี่ยสะสมของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

2. แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นที่จำเป็นต้องปฏิบัติและควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่จะทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุที่มีปัญหาเรื่องรับรู้ข้อมูล และคำแนะนำต่าง ๆ จึงควรมีผู้ดูแลเพื่อช่วยนำการสื่อสารระหว่างบุคลากรสู่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องชัดเจน

References

1. American Diabetes Association. Standard of Care in diabetes-2023. Diabetes Care 2023. The Journal of Clinical and Applied Research Education. 2023; 46(1): 1-29.
2. Global Burden of Disease. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021; 2021.
3. Department of Disease Control. Preventions complications of diabetes; 2022. (in Thai)
4. The Royal College of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services & National Health Security Office. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. Bangkok: Srimuang Printing; 2024. (in Thai)
5. Limsuwan P. Efficiency of individual versus group care for patients with type 2 diabetes at Wang Chao Hospital. Journal Health Serv Support. 2022; 18(2): 37–46. (in Thai)
6. Lalun A, & Wirunphan B. Effects of a self-management program on HbA1c levels and quality of life among patients with type 2 diabetes in the responsibility area of Kaeng Khro Hospital, Chaiyaphum Province. Rajchawadee Journal Boromarajonani Coll Surin. 2021; 11(1): 66–80. (in Thai)
7. Gibson CH, A study of empowerment in mother of chronically children. Boston College: Unpublished doctoral dissertation; 1993.
8. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing. 1995; 21(6): 1201-10.

9. Kritsampan K. Effects of empowerment on self-care behaviors and blood sugar control among patients with type 2 diabetes at the diabetes clinic, Sam Ngao Hospital, Tak Province. Journal North Health Sci. 2019;6(2): 78–93. (in Thai)
10. Suvarnathong P, Thinsuetrong A, & Teawsiri S. The effectiveness of empowerment program to self behavior of uncontrolled type2 diabetes mellitus patient in Bansuan sub-district health promoting hospital, Mueang, Chonburi. Research and Development Health System Journal. 2024; 17(1): 127-41. (in Thai)
11. Kulnitichai W, & Ratsakulwong K. Effects of empowerment programs on knowledge in glycemic control, and diabetes prevention behaviors of type II pre-diabetes person in urban area, Phayao Province. Journal Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):221-30. (in Thai).
12. Carlos KH., William CW., Cindy LK., Lam YK., Winnie HT., Wong KL., et al. Effect of Patient Empowerment Program (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational match cohort study. Journal of Public Library of Science. 2014; 9(5): 1-10.
13. Namchu P. The Effect of an Empowerment Program on Physical Adaptation Behaviors and HbA1C Levels in Patients with Type 2 Diabetes. Yasothon Medical Journal. 2011; 12(2): 123-34. (in Thai)
14. Jirawatkul A, Statistics for Health Science Research (2nd ed.). Bangkok: Witthayapat; 2010. (in Thai)
15. Polit DF, & Beck CT Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice (8th ed.). Philadelphia: Lippincott; 2008.
16. DeVillis RF, Scale Development: Theory and Application (2rd ed.). Thousand: Oaks CA Sage; 2012.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

Health Literacy Influencing Health Promoting Behaviors of Behaviors of Students in The Three Southern Border Provinces of Thailand

อัสณีย์ พงค์ษา*

Asnee Phongsa*

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ปัตตานี ประเทศไทย 94000

Faculty of Education Prince of Songkla University, Pattani Campus, Pattani, Thailand 94000

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้และระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2) ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ นักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัด ชายแดนภาคใต้ จำนวน 392 คน โดยใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนะเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ = 3.27, S.D. = 0.39) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ดี ($\overline{X}$ = 3.22, S.D.=0.40) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (β = 0.050) ด้านทักษะการสื่อสาร (β = 0.048) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (β = 0.046) และด้านทักษะการจัดการ ตนเอง (β = 0.042) ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ร้อยละ 49

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, นักศึกษา

Abstract

This study is a study on health literacy affecting health promotion behavior of students in the three southern border provinces. The objectives are 1) to study the level of health literacy and health promotion behavior of students in the three southern border provinces, 2) to study the factors of health literacy affecting health promotion behavior of students in the three southern border provinces. The sample group is 392 students in the three southern border provinces using the multi-stage random sampling method. The questionnaire is the research tool. The statistical data analysis is done by finding the frequency. Percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis.

*Corresponding Author: *E-mail: phongsaasnee@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ก.ค. 2568

The results of the study found that the Overall healty literacy scored at very good level ($\overline{X}$ = 3.27, S.D. = 0.39) overall health promotion behavior had an average score at a good level ($\overline{X}$ = 3.22, SD = 0.40). The health literacy factors in terms of media literacy (β = 0.050), communication skills (β = 0.048), access to health information and health services (β = 0.046), and self-management skills (β = 0.042) affected the health promotion behavior of students in the southern border provinces at a statistically significant level of 0.05, and could jointly predict the health promotion behavior of students in the southern border provinces by 49 percent.

Keywords : Health Literacy, Health Behaviors, Students

บทนำ

ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้เจ็บป่วยและเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพอีกทั้งกระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ ตลอดจนสร้างสรรค์งานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ซึ่งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลมีความสนใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง[1,2] โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ไปตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการผิดปกติ ตลอดจนขอคำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีข้อสังเกตหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการทำกิจกรรมโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานรวม ถึงการออกกำลังกายและทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละวัน คำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล เป็นกิจกรรมที่บุคคลแสดงถึงวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคลในภาวะแวดล้อมต่าง ๆ และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นการแสดงความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและมีความพึงพอใจในชีวิต[2,3]

การศึกษาในระดับอุดมศึกษาถือเป็นช่วงชีวิตสำคัญของบุคคลที่มีโอกาสได้ศึกษาในมหาวิทยาลัย นักศึกษาเหล่านี้ถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ เป้าหมายสำคัญตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 6 กล่าวไว้ว่า การศึกษามุ่งเน้นให้ผู้เรียนเป็นคนที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีความรู้คู่คุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ในมาตราที่ 28 กำหนดให้จัดการศึกษาแต่ละระดับ โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลให้เหมาะสมกับวัยและศักยภาพ[1] ซึ่งการที่ผู้เรียนจะสามารถเรียนและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขนั้น ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งก็คือการมีสุขภาพดี เพราะจะส่งผลให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนหรือการทำกิจกรรมอื่น ๆ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี (late adolescence) และในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุประมาณ 21-25 ปี (early adulthood) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นวัยรุ่นและความเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคมและอารมณ์ นอกจากนี้หากต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดหรือกดดันจิตใจ อาจส่งผลทำให้วัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมของตัวเองได้ไม่สามารถเข้าใจหรือมองไม่เห็นผลที่จะเกิดตามมาอีกด้วย จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นไทยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมาพบว่า ผลการวิจัยมีแนวโน้มที่สอดคล้องกันในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่นไทยเพิ่มมากขึ้นในด้าน

ความปลอดภัย การใช้ยานพาหนะ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ด้านเพศสัมพันธ์ ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการมีกิจกรรมทางกาย[2] พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้ง่าย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบประเด็นสำคัญประการหนึ่งซึ่งสอดคล้องกันว่าปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ของบุคคล โดยพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่างๆ จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่เหมาะสมได้ หากขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกิดปัญหาความเจ็บป่วย[2,3]

สถาบันการศึกษานั้นถือเป็นองค์กรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมและพัฒนานักศึกษาระดับต่าง ๆ ให้เจริญเติบโตในทุกด้าน เพื่อให้เป็นประชาชนที่มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยการปลูกฝังให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจนเป็นค่านิยมที่ถูกต้องทางสุขภาพ นอกจากนี้การเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยต้องมีการปรับตัวหลายประการตั้งแต่การรับน้อง รูปแบบการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย และการเปลี่ยนที่อยู่ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดทางอารมณ์ทั้งสิ้น ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า นโยบายการส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น แต่กลับพบว่าพฤติกรรมที่นักศึกษาเข้าใจไม่ถูกต้อง คือเมื่อไม่เจ็บป่วยไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ (89.5%) และพบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า นักศึกษาบางกลุ่มยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 29.2) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 22.6) การดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 61.3) การใช้สารเสพติด (ร้อยละ 1.6) ไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 86.3) และเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 2.9) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษา ได้แก่ การไม่สวมถุงยางอนามัย (ร้อยละ 14.7) มีเพศสัมพันธ์หลังดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 2.4) และไม่ได้ใช้วิธีใด ๆ ในการป้องกันการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 0.8) [4,5]

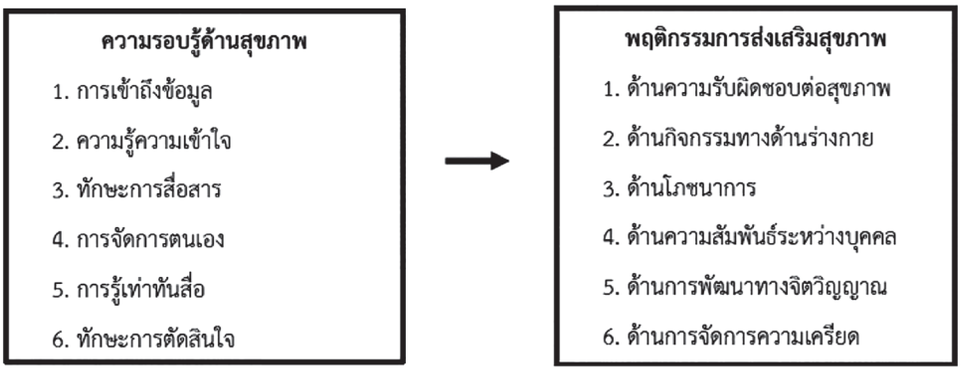
ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพื่อขยายผลไปสู่การดำเนินโครงการการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาตามแนวทางที่ถูกต้อง เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีได้ในที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้
2. ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำมาสร้างกรอบแนวในการวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตเนื้อหา คือ ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และวชิระ เพ็งจันทร์[3] ซึ่งแนวคิดนี้ได้อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางด้านร่างกาย 3) โภชนาการ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการความเครียด

ขอบเขตประชากรศึกษา คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 3 มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา รวมทั้งสิ้นจำนวน 19,800 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูล 2. ความรู้ความเข้าใจ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. การจัดการตนเอง 5. การรู้เท่าทันสื่อ 6. ทักษะการตัดสินใจ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2. ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย 3. ด้านโภชนาการ 4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ 6. ด้านการจัดการความเครียด

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในวิจัยเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยอาศัยเกณฑ์ที่ได้จากกรอบแนวคิด ตามประเด็นของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่ศึกษา แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนาเดิม ชั้นปี มหาวิทยาลัยที่กำลังศึกษา คณะที่กำลังศึกษา รายได้ของนักศึกษาต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และโรคประจำตัว ซึ่งเป็นลักษณะตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 6 ข้อ และทักษะการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ รวม 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี พอใช้ และไม่ดี ซึ่งกำหนดคะแนนของแต่ละข้อคำถามดังนี้

ดีมาก ให้ 4 คะแนน ดี ให้ 3 คะแนน
พอใช้ ให้ 2 คะแนน ไม่ดี ให้ 1 คะแนน

ส่วนข้อคำถามที่ตรงกันข้ามกันจะให้คะแนนกลับกัน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[8] ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 10 ข้อ รวม 60 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาค้นคว้า ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดขอบเขตและแนวทางในการจัดทำแบบสอบถามให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ สร้างแบบสอบถาม โดยอาศัยกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ได้รับการแก้ไขแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเหมาะสม เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ก่อนที่จะนำไปใช้ โดยมีการพิจารณาตรวจสอบและขอคำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้อ่านแล้วมีความเข้าใจง่ายและชัดเจน ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) เป็นเกณฑ์ตรวจสอบ

ผลที่ได้อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

3. ผู้วิจัยทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) เมื่อผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ขั้นตอนต่อไปเป็นการนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผู้ศึกษาได้วัดความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการของ Cronbach คือ การหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ผลการทดสอบความค่าความเที่ยงของเครื่องมือภาพรวมเท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผู้เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างการวิจัย และร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้นักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (3 มหาวิทยาลัย) พร้อมยื่นเอกสารชี้แจงการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนาม โดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านทำความเข้าใจและแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่าสามารถถอนตัวหรืองดการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีการบังคับ

2. ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตอบแล้ว มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด ทำการลงรหัส (Coding) ป้อนข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ psu.pn. 2-052/66 ตั้งแต่วันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2568 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านทำความเข้าใจและแจ้งว่า ข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ เป็นรายบุคคลและไม่มีการแสดงชื่อหรือที่อยู่แต่อย่างใด

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้และระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และ เพื่อศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 59.40 และ เพศชาย จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 40.60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18-20 ปี จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 71.70 รองลงมาอายุ 21-23 ปี จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 26.80 ต่อมาคืออายุ 24-26 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00 ส่วนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด คือ อายุ 27-29 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดปัตตานี จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.70 รองลงมาจังหวัดนราธิวาส จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 ต่อมาคือ จังหวัดยะลา จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 18.90 ส่วนกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดคือ นอกเขต 3 จังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 376 คน คิดเป็นร้อย ละ 95.90 และมีโรคประจำตัว จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.10

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายการ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	3.31	0.47	ดีมาก
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	3.28	0.43	ดีมาก
ด้านทักษะการสื่อสาร	3.23	0.47	ดี
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	3.25	0.52	ดี
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.26	0.47	ดีมาก
ด้านทักษะการตัดสินใจ	3.30	0.50	ดีมาก
รวม	3.27	0.39	ดีมาก

จากตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี มาก ($\overline{X}$ =3.27, S.D. = 0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 3.31) รองลงมาคือ ด้านทักษะการตัดสินใจ ($\overline{X}$ = 3.30) ต่อมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (x = 3.28) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\overline{X}$ = 3.26) ด้าน ทักษะการจัดการตนเอง ($\overline{X}$ =3.25) รองลงมาตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะการสื่อสาร ($\overline{X}$ = 3.23)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

รายการ	$\overline{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.24	0.47	ดี
ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย	3.09	0.58	ดี
ด้านโภชนาการ	3.09	0.49	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.32	0.46	ดีมาก
ด้านการจัดการความเครียด	3.24	0.48	ดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.34	0.43	ดีมาก
รวม	**3.22**	**0.40**	**ดี**

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\overline{x}$ =3.22, S.D. = 0.40) ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{x}$ = 3.34) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\overline{x}$ = 3.32) ต่อมาคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\overline{x}$ = 3.24) รองลงมาตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย และ ด้านโภชนาการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\overline{x}$ = 3.99)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	Y	VIF
X_1	1	.714**	.570**	.539**	.592**	.524**	.538**	2.165
X_2		1	.670**	.625**	.695**	.608**	.573**	3.006
X_3			1	.663**	.653**	.598**	.591**	2.401
X_4				1	.622**	.608**	.605**	2.201
X_5					1	.668**	.605**	2.604
X_6						1	.535**	2.130
Y							1	

X_1 = ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
X_2 = ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
X_3 = ด้านทักษะการสื่อสาร
X_4 = ด้านทักษะการจัดการตนเอง
X_5 = ด้านการรู้เท่าทันสื่อ
X_6 = ด้านทักษะการตัดสินใจ Y = พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ บริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ ด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์0.535, 0.605, 0.605, 0.591, 0.573, และ 0.538 จากตารางตัวแปรอิสระแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันหรือเกิดเป็น Multicollinearity ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ Multicollinearity โดยใช้ค่า Variance Inflation Factor (VIF) ปรากฏว่าค่า Variance Inflation Factor (VIF) ของตัวแปรอิสระ มีค่าตั้งแต่ 2.130 – 3.006 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันน้อยอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[2]

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

ตัวแปร	B	β	SE_b	t	Sig.
ค่าคงที่	.940	.124		7.580	.000
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.116	.046	.137	2.556	.011*
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.041	.059	.043	.687	.493
ด้านทักษะการสื่อสาร	.135	.048	.157	2.788	.006*
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	.182	.042	.234	4.335	.000**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	.172	.050	.202	3.437	.001**
ด้านทักษะการตัดสินใจ	.053	.043	.066	1.244	.214
SE_{est}= ±.292 R = .700, R^2= .490 Adjusted R^2= 0.482, F =61.716					

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่าผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จากตาราง 4 พบว่า ตัวแปรปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ มีจำนวน 4 ตัวแปร เมื่อพิจารณาตัวแปรที่ดีที่สุด คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าสัมประสิทธ์ (β) เท่ากับ 0.050 รองมาคือ ด้านทักษะการสื่อสาร มีค่าสัมประสิทธ์ (β) เท่ากับ 0.048 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธ์ (β) เท่ากับ 0.046 และด้านทักษะการจัดการตนเอง มีค่าสัมประสิทธ์ (β) เท่ากับ 0.042 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ รองมาคือ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ (SEb) เท่ากับ ±.292 มีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.700 และ มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R2) เท่ากับ 0.490 จึงสามารถนำไปเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ คือ

Y^ = 0.940+0.182 (ด้านทักษะการจัดการตนเอง) + 0.172 (ด้านการรู้เท่าทันสื่อ) + 0.135 (ด้านทักษะการสื่อสาร) + 0.116 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

Z^ = 0.050 (ด้านการรู้เท่าทันสื่อ) + 0.048 (ด้านทักษะการสื่อสาร) + 0.046 (ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ) + 0.042 (ด้านทักษะการจัดการตนเอง)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผล ดังนี้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านทักษะการตัดสินใจ ต่อมาคือ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการจัดการตนเอง รองมาตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านทักษะการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ได้ดี แต่ยังขาดทักษะในการแลกเปลี่ยน พูดคุย หรือสอบถามข้อมูลกับผู้ให้บริการสุขภาพอย่างมั่นใจและสม่ำเสมอ การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาร้อยละ 64.30 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับดี และมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ภาพรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ[5,6,7] ศึกษาการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและกิจกรรมทางกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประกันสุขภาพ มีโรคเรื้อรังใช้ยาเป็นประจำ มีปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมีเพียงพอแต่ควรนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในหลักสูตรการพยาบาลเพื่อปรับปรุงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของการพยาบาลดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้นักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพโดยอาจใช้กิจกรรมหรือสื่อที่มีความหลากหลายให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิต จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน สามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในบริบทของชุมชนอย่างเหมาะสมต่อไป7

ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณมีคะแนน

เฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต่อมาคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน รองลงมาตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย และ ด้านโภชนาการ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน 1) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านภาวะโภชนาการ ด้านความ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียดอยู่ใน ระดับสูง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนอยู่ในระดับสูง อิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า บรรทัดฐานของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ตัวแบบของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และอิทธิพลระหว่างบุคคลของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อน และตัวแบบของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับสูง แต่การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 42.80 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลของครอบครัวสามารถทำนายได้สูงสุด[5,6]

ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เน้นการพัฒนาด้านกิจกรรมทางกายและโภชนาการ พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียดอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงบริบทส่วนบุคคล อิทธิพลทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อออกแบบกิจกรรมและนโยบายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของนักศึกษา อันจะช่วยให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และ ด้านทักษะการจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ร้อยละ 49 นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ละมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจีน โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ น้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างชาวอังกฤษ อายุระหว่าง 18-90 ปี (อายุเฉลี่ย 47.6 ปี) พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพในระยะยาวแบบจำลองความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า การที่ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลเพื่อให้เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองทำให้ลดความกังวลลงหลังจากได้ศึกษาข้อมูลได้ [6,7]

ดังนั้น การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ รวมถึงทักษะการจัดการตนเองมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา เนื่องจากการมีความสามารถในการแยกแยะและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้อย่างมั่นใจ การเข้าถึงแหล่งบริการและข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และการนำความรู้ไปปรับใช้ในการดูแลตนเองอย่างมีวินัย ล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า ทักษะการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้น ควรจะมีการจัดสรรบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการสุขภาพที่สามารถเป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งได้ในช่วงที่นักศึกษามีปัญหาสุขภาพ

2. บุคลากรสาธารณสุข ผู้ให้บริการสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่งานบริการสุขภาพในมหาวิทยาลัยควรมีการวางแผนกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะ

การจัดการตนเองและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างต่อเนื่องตลอดจนอำนวยความสะดวกให้สามารถเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลและบริการได้อย่างง่าย

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปยังนักศึกษาในกลุ่มจังหวัดอื่นๆ เพิ่มเติม และในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลการวิจัยด้วยการสัมภาษณ์นักศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เพื่อให้ได้ข้อมูล และความคิดเห็นในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. The World health report: 1998: life in the 21st century: a vision for all: executive summary. Geneva: WHO; 1998.
2. Wayo W, Kadsanit K, Konyai J, Chanhuana S, Phromboot S, & Varaporn Zahuang. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Prevention Behavior of Hypertension among Community–Dwelling Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 4(1):43-52. (in Thai)
3. Chantra R, Heetaksorn C, Kunlaka, S, Sarakshetrin A, & Rongmuang D. Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertension. Nursing Journal of the Ministry of Public Health.2020;30(2):177-89. (in Thai)
4. Waichompu N, Boontud R, & Singweratham N. Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(2):26-38. (in Thai).
5. Wanprasert S, Moolsart S, & Jantacumma N. The effectiveness of a health literacy developmental programina pre-hypertension group with overweight. Journal of Nursing, Public Health, and Education. 2019;20(2): 92-104. (in Thai)
6. Sarakshetrin A, Tongpeth J, & Sriwonsa A. The Effectiveness of Health Literacy Enhancing and Developing Program on A1C Blood Pressure Level Health Literacy and Diabetes and Hypertension Control Behaviors. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1): 333-42. (in Thai)
7. Pender. NJ, & Murdaugh, CL. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.

การศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

A Study of Stroke Patient Caregiver' Competencies During Emergency Situation in Community, Kham Pu Sub-District, Phayakkhaphum Phasai District, Maha Sarakham Province.

ธนนัฐ ภูมินา นิศาชล บุบผา*
Thananut Poomina Nisachon Bubpa*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลหลัก จำนวน 231 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินสมรรถนะ 3 ชุดสำหรับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และภาคประชาชนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละคะแนนด้านความรู้มากที่สุดอยู่ในระดับมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 93.75 กลุ่มที่มีร้อยละคะแนนน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลหลัก เท่ากับ 68.80 ข้อมูลด้านทัศนคติพบว่า กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=1.00, SD=0.00) และน้อยที่สุดคือกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=0.86, SD=0.07) ส่วนด้านการปฏิบัติ กลุ่มเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.88 ,SD=0.14) และน้อยที่สุดอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.55 , SD=0.79) คือกลุ่มญาติผู้ดูแลหลัก สรุปได้ว่า สมรรถนะผู้เกี่ยวข้องโดยรวมอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อย่างไรก็ตามควรเร่งพัฒนาความรู้และทักษะของญาติผู้ดูแลและเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, สมรรถนะผู้ดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ความรู้, ทัศนคติ, ทักษะด้านการปฏิบัติ

Abstract

The descriptive research aimed to study the competency of caregivers of stroke patients with emergency illness in the community. The sample comprised 231 participants: primary care unit personnel, emergency medical services providers, village health volunteers, caregivers of older persons, and primary family caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics.

Corresponding Author: * E-mail : nisachon@kku.ac.th

วันที่ได้รับ (received) 1 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขสำเร็จ (revised) 11 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ส.ค. 2566

Results showed that primary care personnel had the highest knowledge score (criterion-referenced percentage 93.75; high level), while primary family caregivers had the lowest (68.80; moderate level). For attitudes, primary care personnel had the highest mean at a very good level ($\overline{X}$=1.00, SD=0.00), and village health volunteers had the lowest, also at a very good level ($\overline{X}$=0.86, SD=0.07). For practice, primary care personnel had the highest mean at a very good level ($\overline{X}$=4.88, SD=0.14), and primary family caregivers had the lowest, likewise at a very good level ($\overline{X}$=4.55, SD=0.79). In conclusion, overall competencies ranged from good to very good; however, strengthening the knowledge and emergency response skills of family caregivers and community networks is recommended to enhance the quality of community-based stroke care.

Keywords: Stroke, Competencies, Caregivers, Knowledge, Attitude and Practice

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 2 และอันดับ 3 ของความพิการ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[1,2] โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ ทั้งนี้ภายหลัง ออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้ดูแลเนื่องจากยังมีความบกพร่องทั้งทางร่างกายและมีความพิการหลงเหลือ จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแล ในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำกายภาพบำบัดที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและให้สามารถกลับมาดูแลตนเองได้[3] โดยปัจจุบันสถานการณ์กรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทั่วโลกมีความรุนแรงและมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานสรุปการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินรายจังหวัดพบว่า ปี 2562 ทั่วประเทศมีจำนวนเหตุที่รับแจ้งทั้งหมด 1,770,465 เหตุ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,789,878 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ปี 2561 ทีมีจำนวนเหตุที่ได้รับแจ้งทั้งหมด 1,687,636 เหตุ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,704,702 ราย จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งเหตุที่รับแจ้งและจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำได้เพียงฟื้นฟูสภาพให้สามารถดูแลตนเองได้ และเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ง่าย[4] ต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี 2561 จำนวน 21,940 คน อัตราป่วย 483.66 ต่อแสนประชากร จังหวัดมหาสารคาม ปี 2561 จำนวน 3,946 คน อัตราป่วย 409.99 ต่อแสนประชากร[5] อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จำนวน 668 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนติ้ว ตำบลก้ามปู จำนวน 46 คน[6,7] ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่มาก ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาทั้งปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเองและปัญหาของผู้ดูแลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนติ้ว ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย โดยปัญหาหลักของผู้ป่วยพบว่า มีปัญหาทางด้านสุขภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด เกิดแผลกดทับ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้ เช่นการรับยาตามนัดหรือการตรวจ การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ตลอดจนการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (Recurrent stroke) ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ (Stroke fast track) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ คือ ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ทำให้ไม่สามารถที่จะสร้างรายได้หรือประกอบชีพได้ส่งผลให้ ไม่มีรายได้ในการดูแลตนเองและครอบครัว ทำให้ต้องอาศัยกองทุนต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อมาดูแลเช่น กองทุนผู้สูงอายุ กองทุน

ผู้พิการชุมชน ซึ่งสวัสดิการที่ได้รับไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย และปัญหาด้านสุดท้ายคือปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลคือผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หรือเคลื่อนไหวได้ลำบาก ทำให้ไม่สามารถพบปะผู้คนได้น้อยส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลง เกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมาได้ นอกจากปัญหาของผู้ป่วยแล้ว ปัญหาของผู้ดูแลที่ต้องเผชิญก็มีมากมาย เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือจำเป็นต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ศักยภาพชุมชนในการดูแลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีในพื้นที่ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีศักยภาพหลายอย่างที่มีในชุมชนที่ช่วยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน เช่น การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมี care giver มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สิทธิในการรักษาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีหน่วยบริการกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยกู้ภัยอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ทีมกู้ชีพโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย เป็นต้น โดยศักยภาพเหล่านี้เป็นศักยภาพของชุมชนที่เกิดขึ้นมีอยู่ในชุมชน แต่อาจจะไม่มีความพร้อมหรือยังมีปัญหาหลายอย่างในการดูแลช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน แต่ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการพัฒนาในการช่วยเหลือในอนาคตต่อไป

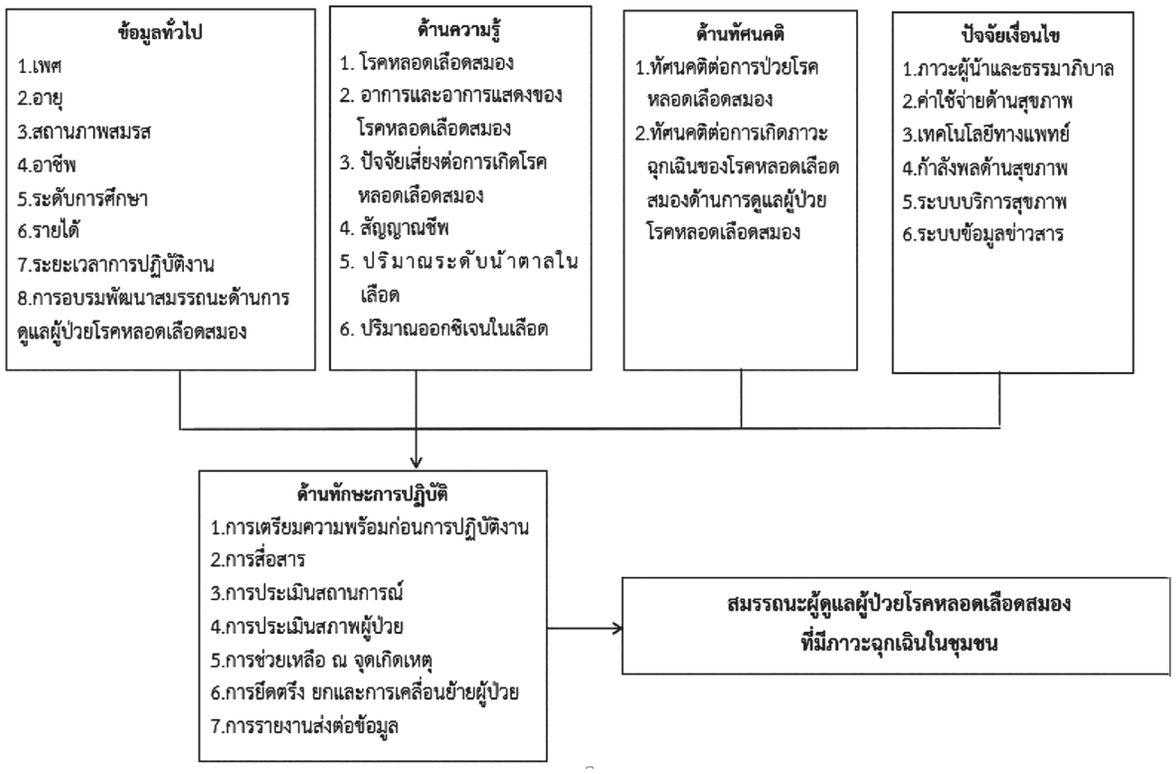
พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนติ้ว ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี แต่การดูแลผู้ป่วยยังไม่มีโครงการหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้าน ตลอดจนองค์การบริหารส่วนตำบลก้ามปู ยังไม่มีโครงการ หรือกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น หน่วยบริการกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นญาติผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่กู้ภัย ยังขาดสมรรถนะทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดภาวะฉุกเฉิน ทำให้การช่วยเหลือได้ล่าช้า และขาดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย และในพื้นที่ตำบลก้ามปู เป็นพื้นที่ที่มีระยะทางระหว่างอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยถึงตำบลเป็นระยะทางประมาณ 5 กิโลเมตร แต่การเข้าถึงการรักษาที่ทันเวลาภายใน 270 นาที เพียงแค่ร้อยละ 11.2 เท่านั้น[8]

จากประสบการณ์และสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ในพื้นที่ ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม นำข้อมูลจากการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลและการพัฒนาการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือความพิการลดการสูญเสียชีวิตจากการเกิดภาวะฉุกเฉินได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่มีการศึกษา ค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ การเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุม ผู้วิจัยได้อาศัยจากแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks)[9] ด้านระบบบริการสุขภาพ และศักยภาพชุมชน[10] มาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนที่ต้องการศึกษา	จำนวนที่สามารถเก็บรวมได้	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถรวบรวมได้
1. หน่วยบริการกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลลานสะแก	13	12	92.31
2. มูลนิธิกู้ภัยพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	6	6	100
3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนติ้ว	4	4	100
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	156	149	95.51
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในโครงการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	21	21	100
6. ญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม	46	39	84.78

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยได้พัฒนาเครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มต่าง ๆ จำนวน 3 ฉบับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนข้อแบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละกลุ่ม

แบบประเมิน	ข้อมูลทั่วไป	ด้านความรู้	ด้านทัศนคติ	ด้านทักษะการปฏิบัติ
1. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล มูลนิธิกู้ภัย)	8 ข้อ	12 ข้อ	5 ข้อ	15 ข้อ
2. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ	8 ข้อ	12 ข้อ	5 ข้อ	17ข้อ
3. แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	8 ข้อ	12 ข้อ	5 ข้อ	12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือจากการศึกษาเอกสารตำรา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชน แล้วกำหนด ขอบเขตโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉิน จากนั้นทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการตรวจสอบทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน โดยพิจารณาด้านความถูกต้องชัดเจน ความตรงด้านเนื้อหาของข้อมูล ที่ครอบคลุมด้านความรู้ ภาษาและสำนวนที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม ตลอดจนสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยได้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามมาปรับปรุง แก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ได้ ดังนี้

1) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล มูลนิธิกู้ภัย) มีค่าเท่ากับ 0.78 (IOC=0.78)

2) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเท่ากับ 0.74 (IOC=0.74)

3) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ะผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเท่ากับ 0.82 (IOC=0.82)

2. การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยได้ทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ข้างเคียงประกอบด้วยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว้าเฒ่า จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 คน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหว้าเฒ่า ตำบลหนองบัว อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม และหน่วยบริการกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเตา ตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพื้นที่ในการทดลองใช้เครื่องมือ อยู่ในพื้นที่อำเภอเดียวกันกับพื้นที่ในการวิจัย และมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกันคือ มีการจัดตั้งหน่วยบริการกู้ชีพพร้อมกันกับพื้นที่วิจัย โดยการใช้วิธี การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbrach's Alpha Coefficient)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ คือสัมประสิทธิ์แอลฟา ไม่ควรน้อยกว่า 0.70 และมีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงของ

ครอนบราคโดยแบบสอบถามผ่านการหาความเที่ยงจากการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า

1) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล มูลนิธิกู้ภัย) มีค่าเท่ากับ 0.74

2) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเท่ากับ ค่าเท่ากับ 0.71

3) แบบประเมินสมรรถนะการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง) ค่าเท่ากับ 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผ่านทาง CITI Program Record ID คือ 40121477 เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2563 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE642209 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2564 และได้คำนึงถึงการคุ้มครองและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยได้ยึดหลักจริยธรรมสำหรับการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 1.) หลักเคารพในบุคคล (Respect for persons) 2.) หลักผลประโยชน์ (Benefit) หรือไม่ก่ออันตราย (Non-maleficence: Do no harm) 3.) หลักยุติธรรม (Justice)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) และอภิปรายผล วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ และการอภิปรายข้อมูล ตามลำดับดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ระดับด้านความรู้การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตำบลก้ามปู อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความรู้ ของกลุ่มผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบล มูลนิธิกู้ภัย) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ญาติผู้ดูแลหลัก และเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยแปลผลตามระดับของความรู้ได้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ วิเคราะห์โดยหาร้อยละคะแนนอิงตามเกณฑ์ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของสมรรถนะด้านความรู้การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (n= 231)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	คะแนนรวม/คะแนนเต็ม	ร้อยละคะแนนรวม	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	4	45/48	93.75	มาก
2. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	18	193/216	89.35	มาก
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	149	1,340/1,788	74.94	ปานกลาง
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	21	179/252	71.03	ปานกลาง
5. ญาติผู้ดูแลหลัก	39	322/468	68.80	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลสมรรถนะด้านความรู้การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำนวนผู้แลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = 231 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ด้านความรู้มากที่สุดอยู่ในระดับ มาก โดยคิดเป็นร้อยละ 93.75 รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างประเภทหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ ด้านความรู้อยู่ในระดับ มาก โดยคิดเป็นร้อยละ 89.35 กลุ่มที่มีร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ ด้านความรู้น้อยที่สุดอยู่ในระดับ ปานกลาง คือ กลุ่มตัวอย่างประเภทญาติผู้ดูแลหลัก พบว่ามี ร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ เท่ากับ 68.80

ตารางที่ 4 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานด้านทัศนคติการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (n= 231)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D)	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	4	1	0.00	ดีมาก
2. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	18	0.96	0.21	ดีมาก
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	149	0.86	0.07	ดีมาก
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	21	0.95	0.78	ดีมาก
5. ญาติผู้ดูแลหลัก	39	0.92	0.07	ดีมาก

จากตารางที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้านทัศนคติในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (n= 231) ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.00 ($\overline{X}$ =1.00, S.D. =0.00) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างประเภทหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดอยู่ในระดับ ดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 0.96 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.21 ($\overline{X}$=0.96, S.D. =0.21) กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติน้อยที่สุดอยู่ในระดับ ดีมาก คือ กลุ่มตัวอย่างประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.86 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.07 ($\overline{X}$=0.86, S.D. =0.07)

ตารางที่ 5 จำนวน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานด้านการปฏิบัติการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (n= 231)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D)	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	4	4.88	0.14	ดีมาก
2. หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	18	4.67	0.19	ดีมาก
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	149	4.71	0.52	ดีมาก
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	21	4.60	0.12	ดีมาก
5. ญาติผู้ดูแลหลัก	39	4.55	0.79	ดีมาก

จากตารางที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการปฏิบัติในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง = 231 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติมากที่สุดอยู่ในระดับ ดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.88 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.14 ($\overline{X}$=4.88, S.D. =0.14) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างประเภทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติมอยู่ในระดับ ดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.71 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.52 ($\overline{X}$=4.71, S.D.=0.52) กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติน้อยที่สุดอยู่ในระดับ ดีมาก คือ กลุ่มตัวอย่างประเภทญาติผู้ดูแลหลัก พบว่ามี ค่าเฉลี่ย 4.55 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.79 ($\overline{X}$=4.55, S.D. =0.79)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาระดับของสมรรถนะในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ด้านความรู้มากที่สุดอยู่ในระดับ มาก โดยคิดเป็นร้อยละ 93.75 เมื่อวิเคราะห์ความรู้รายด้าน พบว่า ด้านความรู้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละคะแนนอิงเกณฑ์ด้านความรู้ ด้านอาการและอาการแสดง และด้านประมาณออกซิเจนในเลือด น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างประเภทหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีจำนวน 1 คนที่ ตอบผิดในส่วนของความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการ

แสดง และประมาณออกซิเจนในเลือด ทำให้อัตราส่วนระหว่างผู้ตอบถูกและผู้ตอบผิดมีค่าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างประเภทหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกลุ่มหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกลุ่มที่ได้รับการอบรม ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอีกทั้งมีการฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงมีความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชน และวิธีการจัดการเบื้องต้นของการดูแลให้ได้รับออกซิเจนทันทีนั้น แต่ยังไม่สามารถทำได้ในชุมชน เนื่องจากในพื้นที่ไม่มีอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแบบพกพา จึงได้มีการแนะนำให้นอนราบและให้มาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด[11,12]

ด้านทัศนคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยด้านทัศนคติมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 1.00 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.00 ($\overline{X}$=1.00, S.D. =0.00) อย่างไรก็ตาม เมื่ออภิปรายรายด้านของทัศนคติ คือทัศนคติต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และทัศนคติต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม มีระดับทัศนติทั้งสองด้านอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอาสาสมัครฉุกเฉินที่มีการปฏิบัติการฉุกเฉินในชุมชนถึงแม้จะมีอาชีพหลักที่ต่างกันแต่ความภาคภูมิใจในตนเอง การมีจิตอาสาและมีความผูกพันต่อชุมชนและการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน[13]

ส่วนสมรรถนะด้านการปฏิบัติในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างประเภทเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มีค่าเฉลี่ยด้านการปฏิบัติมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.88 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 0.14 ($\overline{X}$=4.88, S.D. =0.14) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก ได้แก่สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตราฐานและกฎหมายวิชาชีพ และสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรณยาบรรณวิชาชีพโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน[14] สอดคล้องกับการวิจัยเรื่อง การศึกษาสมรรถนะพยาบาลกู้ชีพ โรงพยาบาลชุมชน ที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลกู้ชีพ ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน คือ (1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (2) สมรรถนะด้านการลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (3) สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำในการทำงานเป็นทีม (4) สมรรถนะด้านการรับแจ้งเหตุ (5) สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงาน (6) สมรรถนะด้านกฎหมาย จริยธรรม และการพัฒนาวิชาชีพ (7) สมรรถนะการจัดการ และกำกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ (8) สมรรถนะด้านการสอน การให้คำปรึกษา วิชาการและการวิจัย ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีบางส่วนเหมือนและแตกต่างจากสมรรถนะผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย[15] อย่างไรก็ตามบทบาทสำคัญของมาตรฐานวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การยกระดับสมรรถนะอย่างตรงจุดควบคู่กับการพัฒนาอุปกรณ์ที่พอเพียง พร้อมใช้ การฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการติดตามผลอย่างเป็นระบบ จะช่วยเสริมความพร้อมของชุมชนในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองและยกระดับผลลัพธ์ของผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืน[16,17,18] ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) คือ SDG 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (เป้าหมาย 3.8) การเสริมคุณภาพและความพร้อมของบริการระดับปฐมภูมิและ EMS ให้ประชาชนเข้าถึงบริการฉุกเฉินที่จำเป็นอย่างทันท่วงที SDG 4 การศึกษาที่มีคุณภาพ (เป้าหมาย 4.4) การเพิ่มทักษะทางเทคนิคและวิชาชีพของผู้ใหญ่ และ SDG 17 หุ้นส่วนเพื่อการพัฒนา (เป้าหมาย 17.17) ความร่วมมือพหุภาคี: การบูรณาการหน่วยบริการปฐมภูมิ งานกู้ภัยฉุกเฉินและชุมชนเพื่อการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยนำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนแต่ละด้านน้อย เพื่อจัดรูปแบบการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม

2. นำส่งต่อข้อมูลวิจัยให้กับหน่วยบริการด้านสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนงานโครงการเพื่อพัฒนา สมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยที่มีการศึกษาแบบ Research and Development เพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือหลักสูตรในอบรม

พัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตแบบส่วนร่วม เพื่อให้ทักษะ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดสถานการณ์จริง

References

1. Phinyo P. Care improvement for patients with stroke through community participation. (thesis) Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. (in Thai)
2. World Stroke Organization. Stroke. Geneva: WSO; 2017.
3. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1991.
4. Doungchan N, Sinprasert P, Throngthieng W, Wanchai A, Sutthilak C, & Banlengchit S. Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):20–8. (in Thai)
5. Division of Non-Communicable Diseases. Annual report 2019. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2020. (in Thai)
6. Phayakkhaphum Phisai Hospital. Stroke patient registration report [unpublished]. Maha Sarakham: The Hospital; 2018. (in Thai)
7. Ban Don Tio Health Promoting Hospital. Stroke patient registration report [unpublished]. Maha Sarakham: The Hospital; 2018. (in Thai)
8. Phayakkhaphum Phisai Hospital. Monthly report of the Emergency Accident and Forensic Division 2021 [unpublished]. Maha Sarakham: The Hospital; 2021. (in Thai)
9. World Health Organization. Health service delivery. In: Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
10. Nuntaboot K, Boonsawasdgulchai P, Bubpa N, & Jaitieng A. Rapid thnographic community assessment process: RECAP. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation, Healthy Community Strengthening Section; 2018. (in Thai)
11. Bangkok Emergency Medical Service Center (Erawan Center). Operational Manual for Emergency Medical Rescuers and Responders in Bangkok Metropolitan Area Bangkok: The Center; 2021. (in Thai)
12. Masingboon B. Development of Service access model, Emergency Medicine for Stroke Patients Nakae District, Nakhon Phanom Province. Journal of Health and Environmental Eucation. 2023;8(1):411–22. (in Thai)
13. Suppanaray N, Phoyen K, Sookanan S, & Wongsawang N. Factors effecting pre-hospital emergency operations among emergency medical responders of Ratchaburi province. Medical Journal of Regions 4-5. 2017;36(3): 118–28. (in Thai)
14. Tumsawad B, Rattanajarana S, & Sakulkoo S. Professional nurses' competencies in caring for patients with chronic illness, general and regional hospitals, Ministry of Public Health. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2013;21(3):36–47. (in Thai)
15. Jannuan A, & Prachusilpa, G. A study of emergency medical services nurses' competency, community hospitals. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2010;11(1): 24–9. (in Thai)
16. National Institute for Emergency Medicine. Competencies of emergency medical practitioners: scope of practice and competency. Nonthaburi: The Institute; 2020. (in Thai)
17. Mingkhwan D, & Nawsuwan K. Factors affecting the competency of emergency medical volunteers in Sadao District, Songkhla province. Journal of Health Innovation and Safety. 2024;1(1):29–39. (in Thai)
18. Tiamkao S. 13 years - learning and development of stroke fast track in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023;17(1):191–9. (in Thai)
19. United Nations. The SDGs: A Guide for the Globat Goals. New York: United Nations Publications; 2017.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

The Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Health Behavior to Slow Progressive Renal Failure in among Hypertension and Diabetes Mellitus Disease

สมพร ชินโนรส[1] อังคนา จงเจริญ*[2] ปริม ศิลปรัตนาภรณ์[3]
Somporn Chinnoros[1] Angkana Chongjarearn*[2] Prim Sinraparattanaporn[3]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120
[1]Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250
[2]Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10250
[3]โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10160
[3]Rajaphibat Hospital, Bangkok, Thailand 10160

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ มีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมานานมากกว่า 1 ปี จำนวน 80 คนแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 40 คนและกลุ่มทดลอง 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลเพื่อพัฒนาและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดโรคไตระยะสุดท้ายได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน

Corresponding author: * E-mail: angkana.c@rumail.ru.ac.th

วันที่รับ (received) 7 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 มิ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 มิ.ย. 2568

Abstract

This quasi-experimental research, two-group pretest-post test design. Aimed to study the effects of a health literacy enhancement program on health literacy and health behavior to slow progressive renal failure among hypertension and diabetes mellitus patients. The participant was purposive sampling from adulthood to elderly patients who had been diagnosed with hypertension and diabetes mellitus for more than one year, 80 participants were divided into a control group (n=40) and an experimental group (n=40). The experimental group received the 8-week health literacy enhancement program. Data collection instruments consisted of a health literacy questionnaire and a health behavior questionnaire related to delaying kidney deterioration. The reliability coefficients of these questionnaires were 0.89 and 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The research results revealed that after the trial, the experimental group had significantly higher mean scores for health literacy related to delaying kidney deterioration compared to the control group ($p<.01$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for health behaviors related to delaying kidney deterioration compared to the control group ($p<.01$). This program can be applied in teaching, nursing practice, and patient care to develop and enhance health literacy among patients with non-communicable diseases (NCDs) who are at risk of developing chronic kidney disease, thus preventing the progression to end-stage renal disease.

Keywords : Health Literacy, Health Behavior, Hypertension, Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ ในระยะเวลานาน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ซึ่งตรวจพบได้จากผลเลือดที่แสดงอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate : eGFR) ค่านี้ระบุระยะของโรคไตเรื้อรังได้ 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 eGFR> ร้อยละ 90 หมายถึง อัตราการกรองของไตปกติ, ระยะที่ 2 eGFR ร้อยละ 60-90 หมายถึง อัตราการกรองของไตลดลง, ระยะที่ 3 eGFR ร้อยละ 30-59 หมายถึง เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้น และอัตราการกรองของไตลดลง หากตรวจเลือดพบ eGFR ต่ำกว่าร้อยละ 60 มิลลิลิตรเป็นเวลา 3 เดือนหรือมากกว่า แสดงถึงภาวะไตเสื่อมเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรัง, ระยะที่ 4 eGFR ร้อยละ 15-30 เป็นระยะที่โรคไตเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น และระยะที่ 5 eGFR น้อยกว่าร้อยละ 15 เป็นระยะที่โรคไตเรื้อรังเข้าสู่โรคไตระยะสุดท้าย หรือ End Stage Renal Disease: ESRD ระยะนี้ ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต อาจเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) หรือการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป[1] ปัญหาไตวายเรื้อรังจัดได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับต้น ๆ ของประเทศ จากสถิติตั้งแต่ปี 2018-2022 พบผู้ป่วย ESRD รายใหม่ที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการทำ Hemodialysis แบบฉุกเฉิน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่สำคัญของการเกิดไตวายระยะสุดท้ายที่พบมากที่สุดคือ สาหตุจากโรคเบาหวาน พบถึงร้อยละ 40.73 รองลงมาคือ สาหตุจากโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 38.83[1,2] ทั้ง 2 โรคเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดปัญหาไตเสื่อมหน้าที่ หากการควบคุมโรคไม่ดี โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรัง (CKD) ดังนั้น การชะลอความเสื่อมของไต จึงมีความสำคัญอย่างมาก ดังคำกล่าวที่ว่า “รอให้ไตวาย ก็สายเสียแล้ว” โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หากมีความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม ควบคุมตนเอง และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี[3]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่ การตัดสินใจที่เหมาะสมเพื่อสุขภาวะที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง[3] โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสม

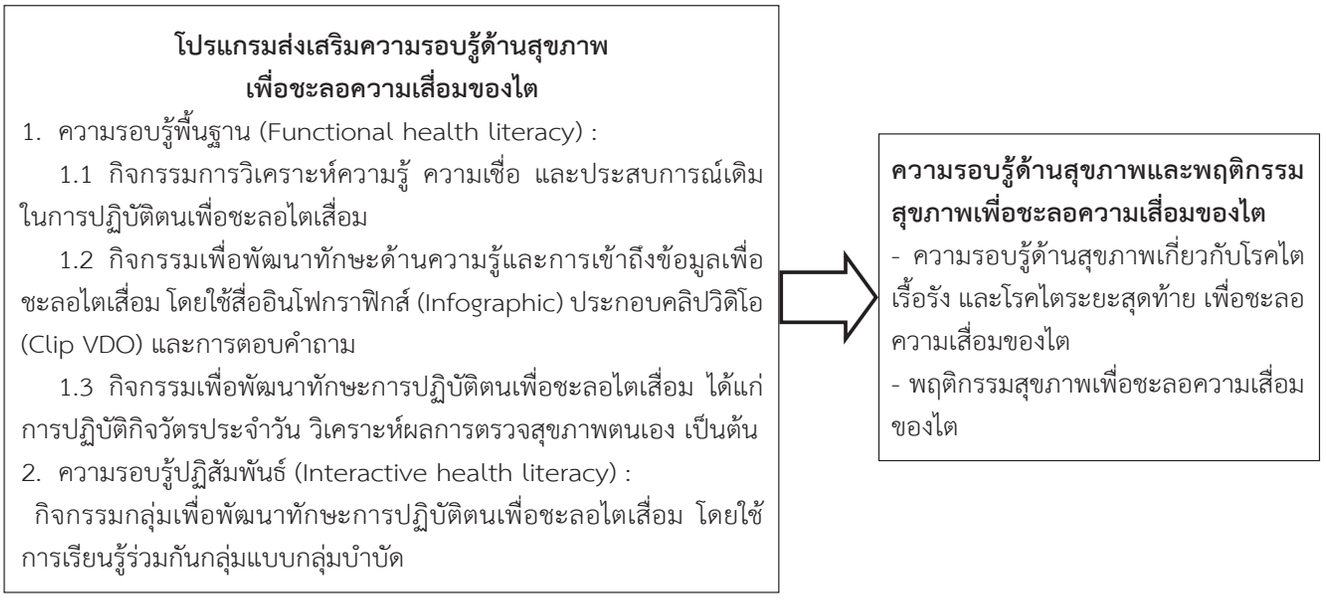
จนมีอาการของโรคเรื้อรัง แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มโรค NCDs มักเป็นการศึกษาเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคใดโรคหนึ่ง จนอาจละเลยเรื่องการเฝ้าระวังภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตหลายราย พบภาวะไตเสื่อมเมื่อเข้าสู่ระยะโรคไตเรื้อรังและระยะสุดท้ายแล้ว ซึ่งเป็นแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ดังนั้น การศึกษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสถิติการเกิดไตเสื่อมได้สูง อย่างในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะช่วยให้ลดอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้ายได้[5] การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สำคัญในการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง ภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย เพื่อให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต ปัญญา สังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นมาตรการแรกที่สำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค/การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเหล่านั้น แล้วนำไปสู่การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ[3] แพทย์และพยาบาลเป็นวิชาชีพ ที่ให้บริการสุขภาพแก่บุคคลตั้งแต่ก่อนเกิดจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต จึงควรมุ่งให้การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยคาดหวังว่า ผลการวิจัยจะช่วยพัฒนาการป้องกัน/ดูแล และส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสื่อมของไต ลดโรคไตระยะสุดท้ายได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Nutbeam ซึ่งเชื่อว่า ทักษะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคม เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการรักษาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี[3] ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดจากการดำเนินงานให้ความรู้ทางสุขภาพ และการทำกิจกรรมการสื่อสาร โดยจุดเน้นแนวคิดนี้ที่สำคัญคือการมุ่งเน้นพัฒนาทักษะและศักยภาพของปัจเจกบุคคลให้สามารถควบคุม ป้องกัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และในทางเดียวกัน หากบุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ แนวคิดนี้ก็จะมุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้นเช่นเดียวกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยโดยทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ระดับความเชื่อมั่น .05 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = .70 อำนาจการทดสอบ = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) และความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่ได้จากโปรแกรมคำนวณ[4] เป็นจำนวน 80 คนแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม 40 คนและกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลหนองตำลึง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี เกณฑ์การคัดเข้า เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 40-70 ปี ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง มานานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย สามารถพูด ฟัง และสื่อสารได้ มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากทฤษฎีแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[3] ที่เชื่อว่า “ทักษะส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการรักษาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี” โดยจัดทำเครื่องมือแบบผสมผสาน Infographic และ Clip VDO ประกอบด้วย 7 ชุดคือ 1) ภาวะไตเสื่อม โรคไตเรื้อรัง และการรักษา 2) ความรู้เรื่องยาและสมุนไพรที่มีผลทำให้ไตเสื่อม 3) อาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม 4) การออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม 5) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดกับการชะลอไตเสื่อม 6) การควบคุมความดันโลหิตกับการชะลอไตเสื่อม และ 7) การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียดเพื่อชะลอไตเสื่อม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา (Content Validity Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้ชำนาญการในหน่วยไตเทียม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 2 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต มีคุณภาพระดับ ดีมากที่สุด (M=4.62, S.D=0.10)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ/แหล่งรายได้ รายได้ ประวัติโรคประจำตัวที่ทำให้ไตเสื่อม การมีความเสี่ยมของไตและเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และโรคไตระยะสุดท้าย และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอไตเสื่อม

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีข้อคำถาม 23 ข้อ ครอบคลุม 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ประเมินความรู้เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต 2) ประเมินความเชื่อเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต และ3) ประเมินจากประสบ การณ์เดิม ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมไตเสื่อม มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และไม่เห็นด้วย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีข้อคำถาม 56 ข้อ ครอบคลุม 9 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านการควบคุมอาหาร 2) ด้านการควบคุมน้ำหนัก 3) ด้านการควบคุมความดันโลหิต 4) ด้านการควบคุมเบาหวาน 5) ด้านการพักผ่อน 6) ด้านการออกกำลังกาย 7) ด้านการรับประทานยา 8) ด้านการจัดการความเครียด และ 9) ด้านการประเมินอาการภาวะแทรกซ้อน มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับตัวเลือก คือ ตรงกับฉันมากที่สุด ตรงกับฉันมาก ตรงกับฉันปานกลาง ตรงกับฉันน้อย และตรงกับฉันน้อยที่สุด

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (The index of item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.89 และ 0.88 จากนั้นนำไป pilot study จำนวน 20 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นจากสูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.98 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล : การเก็บข้อมูลส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้ง 80 คน จากนั้นให้ทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สำหรับกลุ่มควบคุมนั้นในสัปดาห์ที่ 1 และมีการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเพื่อชะลอไตเสื่อมตามปกติ หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยขอเข้าพบอีกครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มควบคุม

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยทำการทดลองในกลุ่มทดลอง : ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ลักษณะ คือ กิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางแอพพลิเคชั่นไลน์ทุกวัน ๆ ละ 30 นาที เป็นเวลา 2-3 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ และกิจกรรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะการปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อม ด้วยการจัดการเรียนรู้ร่วมกันแบบกลุ่มบำบัด (Self Help Group) ที่โรงพยาบาล แบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 ครั้งคือ สัปดาห์ที่ 3 และ 6 ในการจัดกิจกรรมแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับที่ 1 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นลักษณะสนทนากลุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ/หรือกิจกรรมกลุ่มทางแอพพลิเคชั่นไลน์ โดยแบ่งเป็น 3 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) กิจกรรมการวิเคราะห์ความรู้ความเชื่อ และประสบการณ์เดิม ในการปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2) กิจกรรมการพัฒนาทักษะด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลเพื่อชะลอไตเสื่อม จัดกิจกรรมกลุ่มทางแอพพลิเคชั่นไลน์โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิกส์ (Infographic) ภาพเคลื่อนไหวประกอบคลิปวิดีโอ (Clip VDO) ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อมด้วย และ 3) กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อม ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพตนเอง เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 30 นาที พร้อมกับติดตามผลทั้ง 8 สัปดาห์ โดยช่องทางแอพพลิเคชั่นไลน์ การเยี่ยมที่บ้าน และการติดตามที่โรงพยาบาล ระดับที่ 2 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) โดยการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม และเรียนรู้ร่วมกันแบบกลุ่มบำบัด (Self Help Group) เพื่อมุ่งพัฒนาทักษะการปฏิบัติตนเพื่อชะลอไตเสื่อม เน้นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และหาแนวทางร่วมกันในการช่วยเหลือ/แก้ไขปัญหา ใช้เวลาจัดกิจกรรมประมาณ 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ในสัปดาห์ที่ 7 โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต โดยทำการเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หมายเลขรับรอง E. 004/ 2567 มีผลระหว่างวันที่ 10 เมษายน 2567 ถึง 9 เมษายน 2568 จากนั้น ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอเข้าเก็บข้อมูล และเมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตเพื่อเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะให้เอกสารชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุที่อยู่และเบอร์โทรของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกในการติดต่อระหว่างการวิจัย ข้อมูลจากการวิจัยจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ

ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และส่วนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป : คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 40 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน (ร้อยละ 85) และเป็นเพศชาย 12 คน (ร้อยละ 15) อายุเฉลี่ยพบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 66-70 ปี จำนวน 40 คน (ร้อยละ 50) อายุ 61-65 ปี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 37.5) สถานภาพสมรส พบว่า มีคู่/แต่งงานแล้ว จำนวน 45 คน (ร้อยละ 56.25) คุณลักษณะด้านสุขภาพ น้ำหนักตัวเฉลี่ย พบว่ามีน้ำหนัก 61-70 กก. จำนวน 32 คน (ร้อยละ 40) ส่วนสูงโดยเฉลี่ย พบว่า ส่วนสูงระหว่าง 151-160 ซม. จำนวน 39 คน (ร้อยละ 48.75) รอบเอวเฉลี่ย 81-90 ซม. จำนวน 31 คน (ร้อยละ 38.75) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า มีการศึกษาระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 57 คน (ร้อยละ 71.25) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-15,000 บาท จำนวน 44 คน (ร้อยละ 55) จำแนกตามโรคประจำตัวที่ทำให้ไตเสื่อม พบว่า มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว จำนวน 27 คน (ร้อยละ 33.75) มีโรคเบาหวานอย่างเดียว จำนวน 21 คน (ร้อยละ 26.25) มีโรคเบาหวานร่วมกับความดัน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 32.5) มีโรคเบาหวานร่วมกับความดันและมีโรคอื่นร่วมด้วย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 7.5) จำแนกตามความเสื่อมของไตและเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง พบว่า มีอัตราการกรองของไต อยู่ในระยะที่ 1 (eGFR ≥ 90) จำนวน 46 คน (ร้อยละ 57.5) อยู่ในระยะที่ 2 (eGFR 60-90) จำนวน 29 คน (ร้อยละ 36.25) อยู่ในระยะที่ 3 (eGFR 30-59) จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.25)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	2.17	0.28	น้อย	3.23	0..20	ปานกลาง	17.01	.000**
2. ความเชื่อเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	2.39	0.21	น้อย	3.19	0.26	ปานกลาง	16.91	.000**
3. ประสบการณ์เดิม ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	1.89	0.23	น้อย	3.22	0.22	ปานกลาง	33.41	.000**
ภาพรวม	2.14	0.16	น้อย	3.21	0.15	ปานกลาง	30.62	

**p < .01

จากตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มทดลอง ภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (M=2.14, S.D.=0.16) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.21, S.D.=0.15) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

พฤติกรรมสุขภาพก่อนทดลอง	หลังทดลอง			t			p-value	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการควบคุมอาหาร	2.38	0.27	น้อย	4.28	0.74	มาก	16.33	.000**
2. ด้านการควบคุมน้ำหนัก	2.12	0.38	น้อย	3.86	0.61	มาก	13.20	.001*
3. ด้านการควบคุมความดันโลหิต	2.21	0.38	น้อย	4.32	0.62	มาก	23.98	.000**
4. ด้านการควบคุมเบาหวาน	2.12	0.38	น้อย	4.10	0.74	มาก	18.38	.000**
5. ด้านการพักผ่อน	2.15	0.28	น้อย	4.00	0.75	มาก	16.09	.000**
6. ด้านการออกกำลังกาย	2.09	0.28	น้อย	3.77	0.78	มาก	12.87	.000**
7. ด้านการรับประทานยา	2.09	0.39	น้อย	3.58	0.96	มาก	12.07	.000**
8. ด้านการจัดการความเครียด	1.91	0.30	น้อย	3.39	0.45	ปานกลาง	18.71	.003*
9. ด้านการประเมินอาการ/ภาวะแทรกซ้อนของไตเสื่อม	2.11	0.37	น้อย	3.76	1.09	มาก	11.02	.000**
ภาพรวม	2.14	0.17	น้อย	3.88	0.49	มาก	22.51	

จากตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มทดลองภาพรวมก่อนการทดลองอยู่ในระดับน้อย (M=2.14, S.D.=0.17) หลังการทดลองอยู่ในระดับมาก (M=3.88, S.D.=0.49) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าหลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมวิจัย กับกลุ่มควบคุม (n=80)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (40)			กลุ่มควบคุม (40)			t	p-value
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ความรู้เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	3.23	0.20	ปานกลาง	2.23	0.26	น้อย	19.32	.000**
2. ความเชื่อเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	3.19	0.26	ปานกลาง	2.24	0.20	น้อย	20.07	.000**
3. ประสบการณ์เดิม ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	3.22	0.22	ปานกลาง	1.83	0.20	น้อย	29.63	.000**
ภาพรวม	3.21	0.15	ปานกลาง	2.09	0.15	น้อย	33.35	

*p < .01

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.21,S.D.=0.15) กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับน้อย (M=2.09, S.D.=0.15) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมวิจัย กับกลุ่มควบคุม (n=80)

พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลอง (40)	กลุ่มควบคุม (40)			t			p-value	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
1. ด้านการควบคุมอาหาร	4.28	0.74	มาก	2.41	0.30	น้อย	14.77	.000**
2. ด้านการควบคุมน้ำหนัก	3.86	0.61	มาก	2.02	0.31	น้อย	16.98	.000**
3. ด้านการควบคุมความดันโลหิต	4.32	0.62	มาก	2.08	0.27	น้อย	21.02	.000**
4. ด้านการควบคุมเบาหวาน	4.10	0.74	มาก	2.16	0.30	น้อย	15.29	.000**
5. ด้านการพักผ่อน	4.00	0.75	มาก	2.32	0.34	น้อย	12.83	.000**
6. ด้านการออกกำลังกาย	3.77	0.78	มาก	2.26	0.33	น้อย	11.22	.000**
7. ด้านการรับประทานยา	3.58	0.96	มาก	2.08	0.39	น้อย	9.13	.000**
8. ด้านการจัดการความเครียด	3.39	0.45	ปานกลาง	1.71	0.32	น้อย	19.44	.000**
9. ด้านการประเมินอาการ/ภาวะแทรกซ้อนของไตเสื่อม	3.76	1.09	มาก	2.09	0.45	น้อย	8.96	.000**
ภาพรวม	3.88	0.49	มาก	2.12	0.18	น้อย	21.53	

*p < .01

จากตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาพรวม อยู่ในระดับมาก (M=3.88, S.D.=0.49) กลุ่มควบคุม อยู่ในระดับน้อย (M=2.12, S.D.=0.18) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ : จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในด้านความรู้ ประสบการณ์การปฏิบัติตน และความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[5] ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง การให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุทำให้สามารถเข้าใจและเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ[3] ที่ว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายระดับและพัฒนาได้โดยผ่านการให้ความรู้ที่เหมาะสม” เช่นเดียว กับการเพิ่มขึ้นของความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อาจเป็นผลมาจากการใช้วิธีการที่หลากหลาย จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องและชัดเจนเกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม ส่วนการสนับสนุนและการติดตามผล ก็มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างความรอบรู้ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน[6] แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อีกด้วย

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ : จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับมาก และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการควบคุมความดันโลหิตและการควบคุมอาหาร ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันโดยตรง เนื่องจากการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคไตเรื้อรัง เช่น การควบคุมความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค[7,8] นอกจากนี้ ประเด็นที่น่าสนใจคือ แม้คะแนนการจัดการความเครียดจะเพิ่มขึ้นจากระดับน้อย เป็นระดับปานกลาง แต่ยังคงมีคะแนนต่ำกว่าพฤติกรรมด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดการความเครียดเป็นทักษะที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาในการพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ[9]

จากการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทั้งในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษา[10] ที่พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 3 ประการ นี้ด้วย 1) โปรแกรมต้องออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 2) ความต่อเนื่องและความเข้มข้นของการเรียนรู้ในโปรแกรม มีผลต่อการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ3) การติดตามและสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอเป็นองค์ประกอบสำคัญที่แสดงถึงประสบความสำเร็จของโปรแกรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[11,12,13]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผู้ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน การปฏิบัติการพยาบาล และการดูแลเพื่อพัฒนาและเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย NCDs อื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ไปยังกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

2. ควรศึกษาเรื่องการเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียด โดยเพิ่มความเข้มข้นของกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่ม NCDs

3. ควรพัฒนาออกแบบโปรแกรมฯให้เหมาะสมกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา และมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวของโปรแกรมฯ เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีงบประมาณ 2567 ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. National Kidney Foundation. Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR). New York: National Kidney Foundation; 2020.
2. Jirubapa M. The slowly progressive chronic Kidney disease from adult to elder persons. The journal of Boromarajanani College of Nursing, Nakhonratchasima, 2014; 20(2): 5-15. (in Thai)
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000; 15(3): 259-67.
4. Cohen J. Power analysis for the behavioral sciences. New York : New York University; 1988.
5. Shrestha A, Singh SB, Khanal VK, Bhattarai S, Maskey R, & Pokharel PK. Health literacy andknowledge of chronic diseases in Nepal. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2018; 2(4): 221-30.
6. Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant. 2018; 33(9): 1545-58.

7. Wayo W, Konyai J, Intolo S, Methaapinunt K, & Phromboot R. The effectiveness patterns of nursing model to enhancement health literacy for delay renal impairment among patients with Non-Communicable Diseases living in rural community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(1): 278-86. (in Thai)
8. Chen PM, Lai TS, Chen PY, Lai CF, Yang SY, Wu V, et al. Multidisciplinary care program for advanced chronic kidney disease: reduces renal replacement and medical costs. The American journal of medicine. 2015; 128(1): 68-76.
9. Devraj R, Borrego M, Vilay AM, Gordon EJ, Pailden J, & Horowitz B. Relationship between health literacy and kidney function. Nephrology. 2015; 20(5): 360-7. 10. Wu SF, Lee MC, Liang SY, Lu YY, Wang TJ, & Tung HH. Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. Nursing & health sciences. 2011; 13(3): 335-43.
11. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, Eden S, Shintani A, Wallston KA, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. Journal of the American Society of Nephrology. 2010; 21(11): 1979-85.
12. Osborn CY, Paasche-Orlow MK, Bailey SC, & Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. American journal of health behavior. 2011; 35(1): 118-28.
13. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, & Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient education and counseling. 2002; 48(2): 177-87.

การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์

Self-Efficacy Perception, Self-Esteem, Stress, and Anxiety of Nursing Students Before Maternal-Child and Midwifery Nursing Practice

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล* นงนุช บุญมาลา วรนุช ไชยวาน
Soiy Anusornteerakul* Nongnuch Boonmala Woranuch Chaiwan
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000
Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus, Udon Thani, Thailand 41000

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 79 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 74 คน ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96, 0.90, 0.82 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติค่าทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาชั้นปี 3 และชั้นปีที่ 4 มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนความเครียดนักศึกษาชั้นปี 3 อยู่ในระดับปกติ ชั้นปีที่ 4 อยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 แต่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวลต่ำกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สรุปว่านักศึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาแล้ว ช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ดังนั้น จึงควรเตรียมนักศึกษาทุกครั้งก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถตนเอง, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความเครียด, ความวิตกกังวล, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The objective of this comparative descriptive research was to study the level, and to compare the self-efficacy perception, self-esteem, stress, and anxiety of third-year and fourth-year nursing students before the maternal-child, and midwifery nursing practice. The sample consisted of 79 third-year and 74 fourth-year nursing students from a higher education institution. The research instrument was an assessment of self-efficacy perception, self-esteem, stress, and anxiety with a reliability of 0.96, 0.90, 0.82, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

Corresponding author: *E-mail: soianu@kku.ac.th

วันที่รับ (Received) 5 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 21 ก.ย. 2568

The results of the study found that third-year and fourth-year students had moderate levels of self-efficacy and self-esteem. Their anxiety was at a slight level. Third-year students had normal levels of stress while fourth-year students had a slight level. When comparing the mean scores, third-year students had higher self-efficacy than fourth-year students but had significantly lower self-esteem, stress, and anxiety than fourth-year students ($p<.05$). In conclusion, students who had already completed the maternity nursing practice 1 helped them increase self-esteem, but did not reduce stress and anxiety. Therefore, students should be prepared every time before starting nursing practice.

Keywords: Self-efficacy, Self-esteem, Stress, Anxiety, Nursing student

บทนำ

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มนักศึกษาวิชาชีพที่มีระดับความเครียดสูง และสูงกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่น เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ต้องเรียนหนักทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ[1] การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติพยาบาล มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องมีความรับผิดชอบสูง ต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียด ความวิตกกังวล[2] และพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดในระดับรุนแรงถึงร้อยละ 20.10[2] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนักศึกษาที่สำคัญคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง[3,4] เนื่องจากบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเครียดต่ำ จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองในทางบวก ปรับตัวได้ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้[5] นอกจากนั้น การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ นักศึกษาพยาบาลที่รับรู้ความสามารถทางการพยาบาลตนเองต่ำจะส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้น้อย ทำให้เกิดความเครียดและไม่มีความสุขในการฝึกปฏิบัติงาน มีความวิตกกังวล ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ[4,6]

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ (ปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้วิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะแตกต่างจากรายวิชาอื่น ๆ ที่ต้องให้การดูแลมารดา ทารกในครรภ์ ทารกแรกเกิด ทั้ง 2 ชีวิตไปพร้อม ๆ กัน นักศึกษาจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ หญิงคลอดบุตร หญิงหลังคลอดและทารกแรกเกิด ให้ปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจหากรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ โดยเฉพาะนักศึกษาที่ไม่เคยขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ มาก่อน และอยู่ในระหว่างการเตรียมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 อาจจะเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ กลัวการทำผิดพลาด กลัวการประเมินจากอาจารย์และกังวลต่อสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนนักศึกษาที่ผ่านการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาแล้ว และอยู่ในระหว่างการเตรียมขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 จะมีความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ มาแล้ว แต่การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 เป็นรายวิชาใหม่สำหรับนักศึกษาทำให้ยังมีความเครียดความวิตกกังวลมากได้ และอาจมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ เนื่องจาก ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกกดดันเมื่ออาจารย์อยู่ด้วยขณะทำหัตถการ โดยเฉพาะนักศึกษาที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมาก่อน จากการทบทวนงานวิจัยในนักศึกษาพยาบาลสถาบันเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความเครียดน้อยที่สุดและนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความเครียดสูงที่สุด[7] เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึกใหม่ ๆ ต้องปรับตัวต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติงานเป็นครั้งแรก รวมถึงความวิตกกังวลเกี่ยวความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลใหม่ ๆ ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความเครียดน้อยที่สุด เนื่องจากเป็นชั้นปีอยู่ที่สูงขึ้นผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและผ่านการฝึกภาคปฏิบัติมามากจนน่าจะเกิดความมั่นใจมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ แต่อาจมีความเครียดเกิดขึ้นได้จากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่มากขึ้น แม้จะเคยผ่านการฝึกปฏิบัติงานมาแล้วก็ตาม[7] ดังนั้น นักศึกษาที่เตรียมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และนักศึกษาที่เตรียมการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

มารดาฯ 2 จึงน่าจะมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ที่แตกต่างกันได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2568 ที่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ยังไม่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ และผ่านการเตรียมเพื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาแล้วและผ่านการเตรียมเพื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

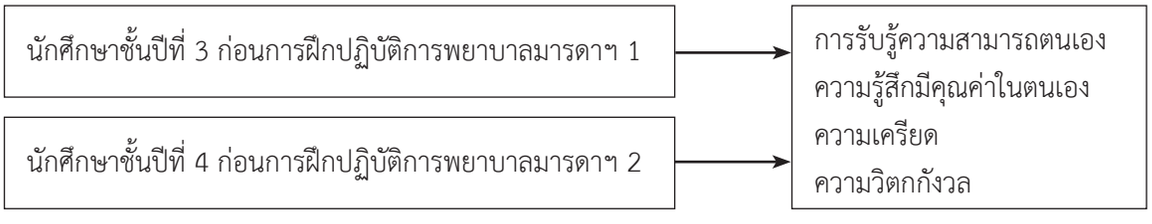
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 ของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวล ของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 และ 2 แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัจจัยด้านจิตใจ จิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์การเรียน และพฤติกรรมของนักศึกษา[3,6,8]



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล และเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ของนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่ง ในปีการศึกษา 2568 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ผ่านการเตรียมเพื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 จำนวน 79 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ผ่านการเตรียมเพื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 จำนวน 74 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการประมาณสัดส่วนประชากรของ Cochrane[9]

$$n = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{NZ^2pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

จากงานวิจัยของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ[2] พบว่าสัดส่วนความเครียดระดับรุนแรงของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 20.10 (p) สัดส่วนประชากรที่มีความเครียดต่ำกว่าระดับรุนแรงร้อยละ 79.90 (q) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.96 (z) และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับกำหนดร้อยละ 0.05 (d) ได้นักศึกษาชั้นปีที่ 3=59.79 เท่ากับ 60 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 4=56.88 เท่ากับ 57 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ให้นักศึกษาตอบแบบประเมินด้วยตนเองใน google form ซึ่งนักศึกษาอาจไม่ตอบหรือตอบไม่สมูรณ์ ผู้วิจัยจึงส่งแบบประเมินให้นักศึกษาทั้งหมดใน google classroom ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่าจำนวนที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ไม่ส่งแบบสอบถามภายในเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียน (GPA) ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง (Schwarzer & Jerusalem's Self-Efficacy Scale) จำนวน 10 ข้อ นำมาแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดยเวทินี สุขมาก และคณะ10 มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เป็นจริงมาก (3 คะแนน) เป็นจริงเล็กน้อย (2 คะแนน) ไม่เป็นจริงเลย (1 คะแนน) ข้อความทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's Self Esteem Scale) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดยพักตร์วิไล ศรีแสง[11] มีข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 5 ข้อและคำถามทางลบ 5 ข้อ มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ข้อคำถามทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยส่วนน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ข้อคำถามทางลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม แบบประเมินส่วนที่ 2-3 แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[12] ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80-100 เท่ากับระดับดี (32-40 คะแนน) คะแนนร้อยละ 60-79 เท่ากับระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับระดับต่ำ (10-23 คะแนน) ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[13] มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) เป็นบ่อย ๆ (2 คะแนน) เป็นประจำ (3 คะแนน) คะแนนการประเมินแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เครียดปกติ (0-17 คะแนน) เครียดเล็กน้อย (18-25 คะแนน) เครียดปานกลาง (26-29 คะแนน) และเครียดมาก (30-60 คะแนน) และส่วนที่ 5 แบบประเมินความวิตกกังวล GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) ของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต13 มีข้อคำถาม 7 ข้อ มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1-7 วัน) (1 คะแนน) เป็นบ่อย (>7 วันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา) (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความวิตกกังวลในระดับปกติหรือเล็กน้อย (0-9 คะแนน) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (10-14 คะแนน) และความวิตกกังวลในระดับสูง (15-21 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับงานวิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI =1 ส่วนแบบประเมินความเครียดและความวิตกกังวล เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินส่วนที่ 2-5 ไปทดสอบความเชื่อมั่นอีกครั้งกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน (เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล เท่ากับ 0.96, 0.82, 0.93, และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ตามเอกสารเลขที่ 10-06-2568 ลงวันที่ 19 มิถุนายน 2568 โดยนักศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรักษาความลับ สิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบประเมินและการถอนตัวจากการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และลบข้อมูลใน google drive ทิ้งทันทีหลังการวิเคราะห์เสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถาบันอุดมศึกษา และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มี

กิจกรรมของแต่ละชั้นปี (home room) จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบประเมิน google form ถึงกลุ่มตัวอย่างใน google classroom ที่เป็นกลุ่มปิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 โดยมีแบบชี้แจงอาสาสมัครพร้อมเพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบและส่งแบบสอบถาม ใช้เวลาการตอบแบบประเมินประมาณ 15 นาที และขอความร่วมมือในการคืนแบบสอบถามภายใน 3 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษาระหว่างชั้นปี ใช้สถิติ independent T-test

ผลการวิจัย

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.7 อายุระหว่าง 20-24 ปี อายุเฉลี่ย 20.76±1.39 ปี เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.51–2.99 ร้อยละ 41.8 เกรดเฉลี่ยทั้งหมด 2.80±0.41 ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.9 อายุระหว่าง 20-25 ปี อายุเฉลี่ย 21.54±0.72 ปี เกรดเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.51–2.99 ร้อยละ 55.4 เกรดเฉลี่ยทั้งหมด 2.79±0.38

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล ของนักศึกษา

ตัวแปร	ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	30.65	5.86	ปานกลาง	28.55	3.59	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	28.96	4.91	ปานกลาง	30.69	3.10	ปานกลาง
ความเครียด	12.83	11.76	ปกติ	17.18	5.05	เล็กน้อย
ความวิตกกังวล	4.40	4.85	เล็กน้อย	6.51	2.08	เล็กน้อย

ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวลของนักศึกษา จากตารางที่ 1 พบว่านักศึกษาชั้นปี 3 และชั้นปี 4 รับรู้ความสามารถตนเอง และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนความเครียดนักศึกษาชั้นปี 3 อยู่ในระดับปกติ และชั้นปี 4 อยู่ในระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวลของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ

ตัวแปร	ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่4การทดสอบ			
	mean	S.D.	mean	S.D.	T-test	P-value
การรับรู้ความสามารถตนเอง	30.65	5.86	28.55	3.59	2.647*	.004
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	28.96	4.91	30.69	3.10	-2.578*	.005
ความเครียด	12.83	11.76	17.18	5.05	-2.930*	.002
ความวิตกกังวล	4.40	4.85	6.51	2.08	-3.456*	<.001

*p<.05

การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวลของนักศึกษาระหว่างชั้นปีการศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ จากตารางที่ 2 พบว่านักศึกษาชั้นปี 3 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล นักศึกษาชั้นปี 3 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวล

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่ที่เข้ามาเรียนพยาบาลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ มีความภูมิใจในตนเองที่ได้เข้ามาเรียน และวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมยกย่องให้เกียรติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า[4] ส่วนการจะขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ นั้น เป็นเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นนักศึกษาไม่สามารถกำหนดสถานการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ได้ จึงประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง[4] และสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร พบว่านักศึกษาเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง[14] ส่วนความเครียดและความวิตกกังวลของนักศึกษาอยู่ในระดับปกติถึงเล็กน้อย อธิบายได้ว่านักศึกษายังไม่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ยังอยู่ระหว่างการเตรียมตัวฝึกปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น ไม่มีความกดดันจากสถานการณ์ในหอผู้ป่วย ทำให้พบว่ามีความเครียดและความวิตกกังวลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนพยาบาลกองทัพบก พบว่ามีความเครียดในระดับน้อย[15] และการศึกษาในนักเรียนพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชนที่พบว่าก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยจริงนักศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดและวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำหรือปกติ[4]

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และความวิตกกังวลของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ

การรับรู้ความสามารถตนเอง นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 อยู่ในช่วงเริ่มต้นของการฝึกปฏิบัติ มีแรงจูงใจ ความตื่นตัว และความคาดหวังในตนเองสูง โดยยังไม่ได้เผชิญกับความซับซ้อนของสถานการณ์ทางคลินิกที่แท้จริงจึงมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่สูงกว่า[16] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาในช่วงต้นของการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่านักศึกษาชั้นปีสุดท้ายโดยให้เหตุผลว่า ความท้าทายในการฝึกปฏิบัติจริงอาจลดความเชื่อมั่น แม้มีทักษะจริงเพิ่มขึ้นก็ตาม[7] ดังนั้น การใช้สถานการณ์จำลองจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาล ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล[17] ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าชั้นปีที่ 4 เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ยังไม่ได้เผชิญสถานการณ์จริงที่ท้าทายในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ในขณะที่ชั้นปีที่ 4 ซึ่งมีประสบการณ์จริงมาก่อน สามารถให้การพยาบาลมารดา ทารกมาแล้ว อาจส่งผลให้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าตนเองสูงขึ้นและประเมินคุณค่าของตนเองในเชิงบวกได้มากกว่า[18] สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3–4 ของมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่ง ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าชั้นปีที่ 3[19] สาเหตุหนึ่งมาจากประสบการณ์ทางคลินิกที่มากกว่า ทำให้นักศึกษาปี 4 มีความมั่นใจในตนเองสูงขึ้น ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจทางคลินิก[19] ความเครียดและความวิตกกังวล นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าชั้นปีที่ 4 เนื่องจากนักศึกษาชั้นปี 3 ไม่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ มาก่อน ยังไม่เคยรับรู้สถานการณ์จริงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ว่ามีความซับซ้อน ในขณะที่ชั้นปีที่ 4 เคยผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาแล้ว และต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 2 ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนหรือเมื่อรู้สึกว่าตนเองไม่มีความเชื่อมั่น จึงเกิดความเครียดและความวิตก

กังวล[3,4,20] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของนักศึกษาในระหว่างฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในห้องคลอด ในหอผู้ป่วยมารดา-ทารก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงทำให้เกิดความกลัวว่าจะทำผิดพลาด กลัวว่าจะทำผิดในสถานการณ์วิกฤต[21] และงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีการความเครียดน้อยกว่าชั้นปีที่ 4 ที่อธิบายว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ยังไม่มีประสบการณ์โดยตรงในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ ยังไม่รู้สถานการณ์ในการดูแลมารดา ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การทำคลอดและการดูแลหลังคลอด[20]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 ในระดับปานกลางเท่านั้น แม้ว่านักศึกษาจะเคยขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 มาแล้วก็ตาม จึงควรเตรียมนักศึกษาในห้องปฏิบัติการพยาบาล จนนักศึกษามีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถตนเองได้ในระดับดี เพื่อลดความความเครียดและความวิตกกังวลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนการสอนในรายปฏิบัติการพยาบาลมารดาฯ 1 และ 2 เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และลดความเครียดและความวิตกกังวล ของนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาล

2. ควรศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเครียด และวิตกกังวล ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลทุกรายวิชาเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล

References

1. Nochit W, Yotthongdi N, Leksanga W, & Manfak P. Factors predicting stress and stress management of bachelor program of nursing students. Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University. 2020;10(1):118-28. (in Thai)
2. Sihawong S, Fuddee N, Yanarom N, Noinang N, Anai N, Bunchern T, & et al. Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani University. Huachiew Chalermprakiet University Journal. 2018; 21(24):93-106. (in Thai)
3. Vachiraprakarnsakul P, & Suppapitiporn S. Self-esteem and perceived stress of undergraduate students at the Faculty of Veterinary Science. Journal of Psychology Kasem Bundit University. 2022;12(1):49-63. (in Thai)
4. Anusornteerakul S, Boonmala N, Harnklar S, Ounkaew A, & Wangtapan K. Stress, depression, self-esteem, and self-efficacy of nursing students at a higher education institution. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):38-45. (in Thai)
5. Tosangwarn S. Self-esteem, resilience, and depressive symptoms among nursing students in a Nursing College in Northeast Thailand. Journal of Health and Nursing Education. 2021;27(1):58-74. (in Thai)
6. Thanyasawad T, Trakanjan N, & Nualthaisong N. The relationships between perceptions of competence, attitudes, and satisfaction in nursing practice affecting the practice skills of second-year nursing students. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation. 2022;11(2):21-9. (in Thai)
7. Thamnamsin K, Noitung S, Punyapet K, & Sorat W. Factors affecting to Stress among nursing students in a private nursing college, Bangkok. Journal of Health and Health Management. 2021;7(1):60-75. (in Thai)

8. Jantarapakdee R, Hengudomsub P, & Vatanasin D. Psychosocial factors affecting learning behaviors among nursing students. Royal Thai Navy Medical Journal. 2022;49(1):43-59. (in Thai)
9. Cochrane WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
10. Sukmak V, Sirisoonthon A, & Meena P. Validity of the general perceived self-efficacy scale. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2001;47(1):31-7. (in Thai)
11. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. Unpublished dissertation, Case West Reserve University, Cleveland, USA; 2003.
12. Bloom BS. Handbook on formative. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prention Hall; 1971.
13. Bureau of Mental Health Development, Department of Mental Health. Stress self-assessment form: mental health knowledge bank department of mental health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
14. Shuaytong P, Vorasiha P, Karuhadej P, & Cherwanitchakorn S. The relationship between perceived self-esteem, establishment of learners' self-esteem recognition, and learning efficiency among nursing students in Bangkok. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2023;6(1):46-56. (in Thai)
15. Wongprach B. Factors related to stress and coping stress of nursing students in the Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(2):201-10. (in Thai)
16. Phongmanee S, Makanong A, & Visessuvanapoom P. Development of a program for promoting adaptability of undergraduate base on the theory of self efficacy. Journal of Social Science and Cultural. 2024;8(5):154-65. (in Thai)
17. Srijanpal W, Thatan S, & Fukfon K. Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy of nursing students in caring for patients with septic shock. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;22(1):283-93. (in Thai)
18. Chubkhuntod P, Thasanoh Elter P, Gaewgoontol N, & Potchana R. Effects of simulation-based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. Journal of Health Science. 2020;29(6):1062-72. (in Thai)
19. Butun A, Ozbay H, & Filoglu-Ersu N. The mediating role of self-esteem in the relationship between nursing students' self-efficacy in paediatric medication administration and their self-confidence–anxiety levels in clinical decision-making. BMC Nursing. 2025;24(1): 734-44.
20. Lapchiem P. The Results of pre-clinic program on knowledge and nursing practical skill preparation in maternal-child nursing and midwifery of the third year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. Boromarajonani College of Nursing, Surin, Rajavadee Journal. 2019;9(2):42-54. (in Thai)
21. Tongsri S, Buahan D, & Deoisres W. Factors affecting stress of nursing students during clinical practice in maternal and newborn nursing and midwifery. Journal of Health and Nursing Research. 2024;40(3):46-57. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Factors related to AIDS prevention behavior of people aged 18-59 years in Phai Was Subdistrict, Kanchanadit District, Surat Thani Province

สุรทัศน์ ยอดมณี* มิ่งขวัญ ศิริโชติ สุนารี ทะนะเป็ก สุรเดช สำราญจิตต์
Surathad Yodmanee* Mingkwan Sirichote Sunaree Tanapek Suradej Samranjit
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษา ปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล ในครอบครัวและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 244 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเที่ยงตรงและมีค่าความเชื่อมั่น (Coefficient Cronbach) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ = 96.68) ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ = 74.59) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ = 94.26) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ = 78.69) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยนำ (r =0.161) ปัจจัยเอื้อ (r =0.849) และปัจจัยเสริม (r =0.138)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์, โรคเอดส์

Abstract

This study is a descriptive research to study the leading factors, enabling factors, reinforcing factors and AIDS prevention behavior of people aged 18-59 years, Tambon Plai Was, Amphoe Kanchanadit, Surat Thani Province, with a sample of 244 people. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher with a reliability value (Coefficient Cronbach) of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Corresponding author: *E-Mail: tudza70@gmail.com

วันที่รับ (Received) 15 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 19 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 25 ส.ค. 2568

The results of the study found that the leading factor, the overall perception of AIDS infection, was at a high level (96.68%), the enabling factor, the overall access to health care systems, was at a high level (74.59%) and the supporting factor, the overall social support from family members, was at a high level (94.26%). The AIDS prevention behavior of the sample group, overall, had a moderate level of AIDS prevention behavior (78.69%). When analyzing the relationship, it was found that the factors with a high level of positive relationship with AIDS prevention behavior with statistical significance at the 0.05 level were: enabling factors (r = 0.849), leading factors (r = 0.161), and supporting factors (r = 0.138).

Keywords : AIDS prevention behavior, AIDS.

บทนำ

ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นโรคที่องค์การแห่งสหประชาชาติกระตุ้นให้ประเทศต่าง ๆ กลับมาให้ความสำคัญกับการยุติการแพร่ระบาดของเอดส์หลังจากพบว่าโรคติดเชื้อชนิดนี้ถูกมองข้ามในช่วงการเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ช่วง 2 ปี ที่เกิดการระบาดของโควิด-19 ยูเอ็นเอดส์พบว่าปริมาณการตรวจหาเชื้อเอดส์ที่น้อยลงจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้ารับยาต้านไวรัสที่ลดลง และจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ที่ลดลงในอัตราช้ากว่าที่ควรจะเป็นแม้จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่จะลดลงในภาพรวมทั่วโลก แต่ยังลดลงไม่เร็วพอที่จะยุติการระบาดและในขณะที่ทั่วโลกมีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และยังพบว่าบางประเทศมีการพบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น[1] ซึ่งสถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยในปี 2567 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 580,000 คน และมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่รู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง จำนวน 522,581 คน คิดเป็นร้อยละ 90[2] ซึ่งปัญหาการติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอดส์เช่น พฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยขาดความยับยั้งชั่งใจขาดวิจารณาณขาดการควบคุมสติหรือถูกชักจูงให้มีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายและในบางการศึกษาพบว่าในการมีเพศสัมพันธ์ของชายและหญิงที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ถุงยางอนามัย[3]

สถาณการณ์การติดเชื้อเอดส์ปี 2567 ในเขตสำนักงานควบคุมโรคเขต 11 พบว่ามีการยอดการติดเชื้อเอดส์สะสม จำนวน 32,924 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่ยืนยัน จำนวน 161 คน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ป่วยเอดส์สะสม 9,093 คน และผู้ป่วยรายใหม่ยืนยัน จำนวน 94 คน และทำการรักษาที่โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์อยู่ในเขตอำเภอกาญจนดิษฐ์ จำนวน 25 คน จำนวนผู้ป่วยสะสมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จำนวน 615 คน[4] การติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี จากการสำรวจพบว่าตำบลพลายวาสมีประชาชนช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 3,250 คน[5] ในพื้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสถานบันเทิงและสถานบริการที่มีความเสี่ยงมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ป้องกัน การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย การใช้ยาเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือทางปาก จึงทำให้ตัวผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ในตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากปัญหาที่พบโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี ซึ่งกลุ่มนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์หากจะทำการศึกษาให้ได้มาซึ่งข้อมูลผู้วิจัยจึงนำทฤษฎี PRECEDE MODEL (Green and et al, 1991) ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมโดยอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ เพื่อการวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพกระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมในการวิเคราะห์ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลอื่น ภายหลังที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของปัจจัยเสริม จะเป็นทั้งการสนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชนอายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัย

เอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานของการศึกษา

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ณ ปี 2567 จำนวน 3,250 ราย

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชน อายุ 18 - 59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ณ ปี 2567 จำนวน 3,250 ราย คำนวณหาขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Daniel ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.05

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ประชาชนอายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 9 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18-59 ปี ในแต่ละหมู่ ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้กลุ่มตัวอย่าง 244 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา หมายเลขรับรองทางจริยธรรม SCPHYLIRB-2568/205 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาในครั้งนี้จะได้รับการพิทักษ์ โดยการไม่เปิดเผยชื่อ และ นามสกุล ที่อยู่ใด ๆ ทั้งสิ้นโดยเด็ดขาด แต่จะใช้การปรับเป็นรหัสเพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องบอกเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยวิธีการใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์มีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ในขอบเขตเนื้อหา การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเอดส์ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก สร้างตามมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมดโดยมีการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการรับรู้และการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

แปลผล

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับการรับรู้	
3.67 – 5.00	หมายถึง	ระดับสูง
2.34 - 3.66	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	หมายถึง	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเกี่ยวโรคเอดส์มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อในขอบเขต

เนื้อหา การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก สร้างตามมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	5
เห็นด้วย	หมายถึง	4
ไม่มีความคิดเห็น	หมายถึง	3
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	2
ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง	หมายถึง	1

การแปลผลคะแนน

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับเข้าถึงบริการสุขภาพ
3.67 – 5.00	หมายถึง ระดับสูง
2.34 - 3.66	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก สร้างตามมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เป็นคำถามเชิงบวกทุกข้อโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

มากที่สุด	ให้คะแนน	5
มาก	ให้คะแนน	4
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
น้อย	ให้คะแนน	2
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1

การแปลผลคะแนน

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม
3.67 – 5.00	หมายถึง ระดับสูง
2.34 - 3.66	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อในขอบเขตเนื้อหา พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โภชนาการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ และการป้องกันโดยการใช้ยาเพร็พ (PrEP) และเป็ป (PEP)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก สร้างตามมาตรการวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมดโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับความหมาย	คะแนน	
ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	ท่านปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ท่านปฏิบัติ 5-4 วันต่อสัปดาห์	4
ปฏิบัติบางครั้ง	ท่านปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ท่านปฏิบัติ 2 วันต่อสัปดาห์	2
น้อยครั้ง/ไม่เคยเลย	ท่านปฏิบัติ 1 วันต่อสัปดาห์ หรือไม่เคย	1

การแปลผลคะแนน

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
3.67 – 5.00	หมายถึง ระดับสูง
2.34 - 3.66	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.00 - 2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยแบบสอบถามหาค่าความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ รศ.ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ ดร.ภูริชญา บุรินทร์กุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและนางสาวสุธิดา สุทธิรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โดยมีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 18-59 ปี ตำบลตะเคียนทอง อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’ s alpha coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจริง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดในการตอบแบบสอบถามแก่ผู้ตอบแบบสอบถามและดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ อธิบายรายละเอียดด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (1895)[6] กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซ็นต์และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 244 คน พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.00 มีอายุ อยู่ในช่วง 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.43 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.40 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 8,000-12,000 บาท ร้อยละ 72.13 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.70

ผลการศึกษาตามทฤษฎี PRECEDE MODEL พบว่า ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.68) ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 74.59) ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 94.26) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.69)

ตาราง 1 ค่าร้อยละของระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n = 244)

ปัจจัยและพฤติกรรม	ร้อยละ	การแปลผล
ปัจจัยนำด้านการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์	96.31	สูง
ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	74.59	สูง
ปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว	94.26	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์	78.69	ปานกลาง

ผลการทดสอบสมมุติฐานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.161$, $p = 0.012$) และ ($r = 0.138$, $p = 0.031$) ส่วนปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 00.1 ($r = 0.849$, $p<0.001$)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n = 244)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์		การแปลผลความสัมพันธ์
	r	p-value	
ปัจจัยนำ	0.161*	0.012	ต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	0.849**	<0.001	สูงมาก
ปัจจัยเสริม	0.138*	0.031	ต่ำ

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี ตำบลพลายวาส อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถอภิปรายผลตาม ได้ดังนี้

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนำนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ในด้านความรู้ เจตคติความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล[7] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ได้ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[8] และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ HIV ในเยาวชนกลุ่มชายรักชายมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[9]

ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เนื่องจากปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยสนับสนุน หรือยับยั้งให้เกิดไม่ให้เกิดพฤติกรรมทักษะในการกระทำนั้น ๆ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย ประจำปี 2559 ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่อง โรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[11] และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดราชบุรี พบว่า ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01[12]

ปัจจัยเสริม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เป็นไปทฤษฎี PRECEDE MODEL[13] และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม[14] ซึ่งอธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลป้อนกลับ จากบุคคลอื่น ภายหลังที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของปัจจัยเสริมจะเป็นทั้งการสนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ปัจจัยสนับสนุน ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการกระตุ้นเตือน การยอมรับ การยกย่องชมเชย การตำหนิ ติเตียน การลงโทษ ดังนั้น จึงอาจมีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดที่มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดราชบุรี พบว่า คู่นอนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี[12] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในเยาวชนที่ใช้แอมเฟตามีน พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างสูง[15]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของประชาชน อายุ 18-59 ปี พบว่าปัจจัยนำ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ด้านปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ยับยั้งให้เกิดไม่ให้เกิดพฤติกรรมทักษะในการกระทำนั้น ๆ ส่วนปัจจัยเสริม จะเป็นทั้งการสนับสนุนและขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการกระตุ้นเตือน การยอมรับ การยกย่องชมเชย การตำหนิ ติเตียน การลงโทษ ดังนั้น จึงอาจมีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ พฤติกรรมสุขภาพนั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงานด้านโรคเอดส์ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเอดส์และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ เช่น จัดกิจกรรมอบรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันโรคเอดส์ จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์

2. ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงานด้านโรคเอดส์ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น จัดกิจกรรมบริการตรวจเลือดในพื้นที่

3. ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการทำงานด้านโรคเอดส์ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว เช่น จัดกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จัดกิจกรรมโต้วาทีในกลุ่มเพื่อน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ เช่น ความถี่ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความถี่ในการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

2. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โดยการสุ่มสัมภาษณ์ เพื่อที่จะได้ข้อมูลในเชิงปฏิบัติของแต่ละคน

3. ควรมีการศึกษา โดยขยายขอบเขตในการศึกษาให้มากขึ้นทั่วทั้ง อำเภอ หรือจังหวัดเพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะอาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพื้นที่ตำบลพลายวาสและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลายวาสอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในครั้งนี้

References

1. UNAIDS. Global AIDS update 2023. The path that ends AIDS. Joint United Nations ProgrammeonHIV/AIDS. 2023. (in Thai)
2. AIDS Division, Department of Disease Control. Report on the situation of HIV infection and AIDS in Thailand 2022. Department of Disease Control. 2022. (in Thai)
3. Julawong O. Exploring Risky Behaviors Related to HIV Infection in Thai Army Conscripts. The Royal Thai Army Nurses. 2013; 14(3), 142-50. (in Thai)
4. Office of Disease Prevention and Control Region 11. Report on communicable disease situation in Upper Southern Thailand, 2022. Nakhon Si Thammarat: Office of Disease Prevention and Control Region 11. 2022. (in Thai)
5. Yodmanee S. Community data on Tharuean Rat, Phlai Wat Subdistrict, Khanom District, Surat Thani Province. Data collected from the field in Phlai Wat Subdistrict, Khanom District, Surat Thani Province. 2024. (in Thai).
6. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4th ed.). Sage Publications. (2013).
7. Samranjit S. Public health behavioral science. Bangkok: Ramkhamhaeng University Press. 2024. (in Thai).
8. Fuksuk E, Ratchanakun P & Thongbai W. Factors associated with HIV prevention behaviors among Myanmar migrant youth workers. Chulalongkorn University Nursing Journal. 2019; 31(3), 60–73. (in Thai).
9. Laisuwannachat P, Euamanee-kul N, & Paowattana A. Predictive factors of HIV prevention behaviors among young men who have sex with men (MSM) in Bangkok metropolitan area. Journal of Health and Nursing Research. 2020; 36(2), 177–89. (in Thai).
10. Worapongsatorn S. Precede Proceed model theory [Online]. 2015. (in Thai).
11. Pawan W, Boonchuatthanasit K, Polrachom J, & Sukonpak M. Information perception, knowledge, and health risk prevention behaviors of Thai people in 2016. Journal of Health Science Research. 2016; 11(1), 70–9. (in Thai).

12. Wangluk O, Kerdmongkol P, Paowattana A, Amnatsatsuay K & Sathitwipa P. Factors related to HIV prevention behavior among youth in Ratchaburi Province. Department of Disease Control. 2022. (in Thai).
13. Green L & AndKreuter M. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing. 1991. (2nded.).
14. Klakthongkorn S, Pornchaiket A, Yong O & Yutthayt P. Factors influencing sexual risk behavior in adolescents who use amphetamine. Journal of Nursing Science. 2016; 34(1), 40-52. (in Thai).
15. House. Thenatureof social support in M.A. Reading (Ed.), Work stressand social support. California: Addison–Wesley.1981.
16. Best & John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall, Inc Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing. 1997. (2nded.).
17. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3), 607–10.
18. Rensi & Likert. The Method of Constructing an Attitude Scale, Reading in Attitude Theory and Measurement. Edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son. 1967.
19. Chotisen O & Praditbatuka S. Factors Related to People living with HIV/AIDS Behaviors at Sirindhorn Hospital, Medical Service Department, Bangkok Metropolitan Administration. The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(1), 41-50. (in Thai)
20. Namlaithoong P. Factors Related to Influenza Preventive Behaviorand Control among Private. The Royal Thai Army Nurses. 2020; 22 (2), 295-304. (in Thai)
21. Rosa D. Developing a Proactive HIV Screening Service System Syphilis and Hepatitis C in Prisoners Under the Pun Suk Correctional Project. The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3), 68-75. (in Thai)

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

Leadership Soft Skills and Success Factors Affecting to Development of Quality and Standard of Primary Health Care Services in Health Service Unit for The Directors of Sub-District Health Promoting Hospital, Buriram Province

เจษฎากร หีบแก้ว[1] นครินทร์ ประสิทธิ์[1] ศุภชัย ยาณะเรือง*[2]
Jetsadakorn Heebkaew[1] Nakarin Prasit[1] Supachai Yanarueng*[2]
[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
[1]Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002
[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
[2]Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 165 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1–31 มกราคม 2567 สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ (r= .779, p-value <.001) (r= .778, p-value< .001) และพบว่า ทักษะการวางแผนและจัดองค์กร การสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ ทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ทักษะการสื่อสาร สามารถร่วมพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพได้ร้อยละ 72.0 (R^2_{adj} = .720)

คำสำคัญ : สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ, ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed at examining leadership soft skills and success factors affecting to development of quality and standard of primary health care services in health service unit for the directors of sub-district health promoting hospital, Buriram province, The study was based on 165 Sample size

Corresponding Author : *E-mail : supachai@scpub.ac.th

วันที่รับ (Received) 6 ก.พ. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 30 มี.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 7 เม.ย. 2567

by used simple random sampling. The content validity of the questionnaire was verified by three experts. Data was collected between 1-31 January 2024. The statistics used to analyze the data were descriptive statistics. and inferential statistics, including Pearson correlation coefficient and stepwise multiple linear regression. The results showed that overall leadership soft skills and success factors had a high relationship with the development of the quality and standards of primary health services in the health service units (r= .779, p-value< .001) (r= .778, p-value< .001) In addition, the results found that planning and organizing skill, creating understanding for collaboration among stakeholders at all levels, having supportive plans for organizational units, developing and teaching skills, receiving support from managers at all levels, communication skills can together predict the development of quality and standards of primary healthcare services in the health service unit of the director of a district hospital in Buriram province were at 72.0% (R^2_{adj} = .720).

Keywords: Leadership soft skills, Succes factors, Development of quality and standards of primary health care services, Director of sub-district health promoting hospital

บทนำ

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยได้ให้ความหมายของ “บริการสุขภาพปฐม” ไว้ว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ[1] สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาวะแก่ประชาชนผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ[2]

สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ คือทักษะทางมนุษย์สัมพันธ์ในการกระตุ้น ชี้นำ ผลักดัน ให้บุคลากร หรือกลุ่มคนอื่นมีความเต็มใจและกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ผู้นำต้องการ[3,4] นอกจากนั้นการให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยเกื้อหนุนเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5,6]

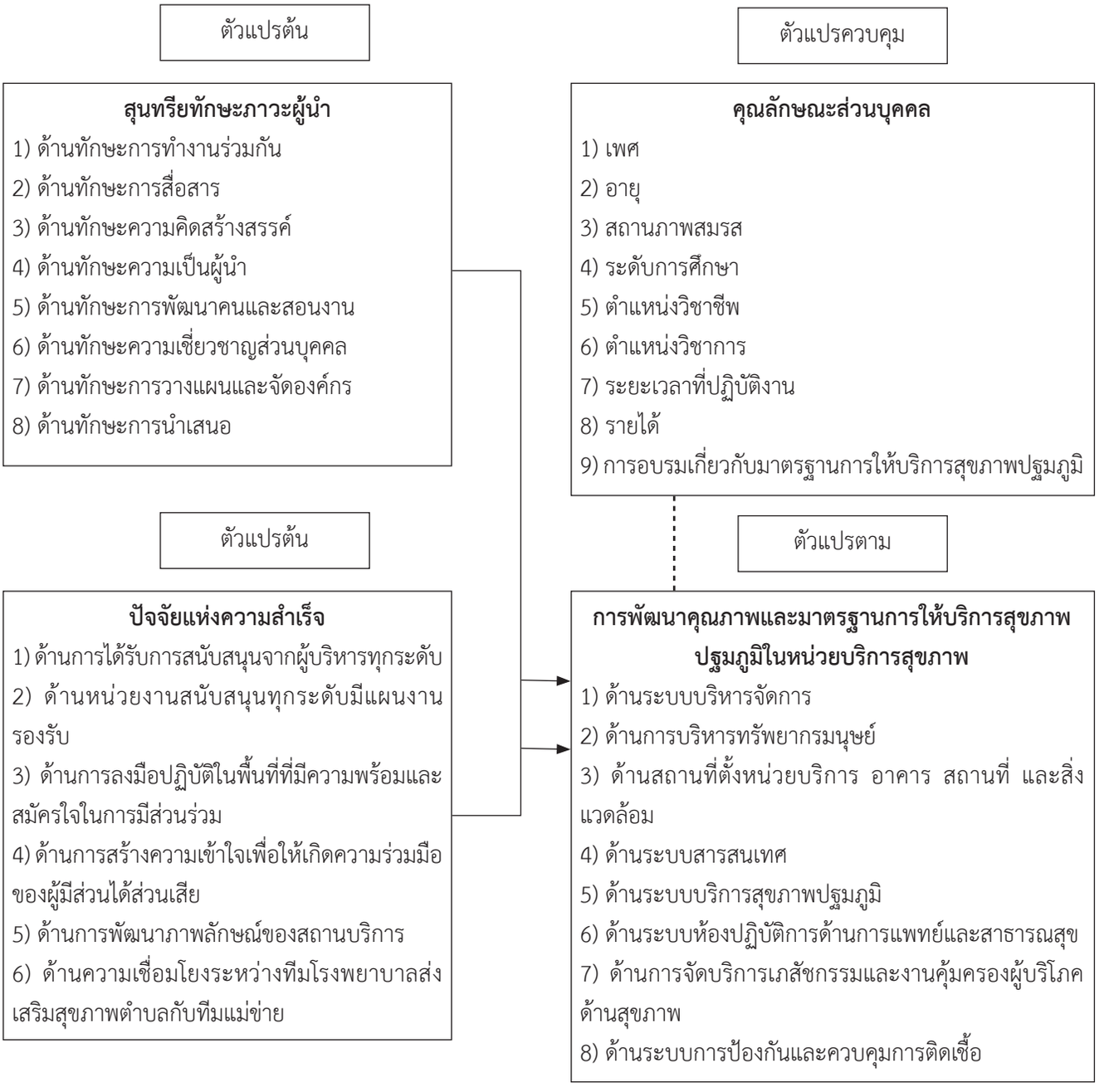
จากการที่สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดทำคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ขึ้น ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องศึกษาหลักเกณฑ์ให้เข้าใจ เนื่องจากเกณฑ์มาตรฐานดังกล่าวเป็นแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา และเพิ่งมีการนำมาใช้เป็นแนวทางประเมินในปัจจุบัน จึงทำให้ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต้องทำการศึกษาและนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดของตนเอง โดยอาศัยสุนทรียทักษะภาวะผู้นำในกระตุ้นบุคลากรและชี้นำองค์กรในการปฏิบัติงาน รวมถึงการบริหารจัดการปัจจัยแห่งความสำเร็จ เพื่อช่วยเกื้อหนุนการปฏิบัติงานขององค์กร จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ คุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยตัวแปรควบคุม คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ตัวแปรต้นสุนทรียทักษะภาวะผู้นำใช้[3] และตัวแปรต้นปัจจัยแห่งความสำเร็จ[5] โดยตัวแปรตามคือ การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[2]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-section Descriptive Study) ในประชากรที่ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 227 คน[7] โดยใช้สูตรการคำนวนขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน[8] คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{สูตร} \quad N = \frac{(\lambda(1-R^2_{Y.A.B})}{R^2_{Y.A.B}-R^2_{Y.A.}} + w$$

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาวิจัยที่มีลักษณะและกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน[9] ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 165 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มหยิบทีละรายชื่อโดยไม่ใส่คืน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 21 ธันวาคม 2567 เลขที่ HE662226 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2567

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม 3 ประกอบด้วย 40 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ สร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม[5] ประกอบด้วย 30 ข้อ ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม[2] ประกอบด้วย 40 ข้อ โดยส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 4 ใช้มาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ[10] โดยหลังจากสร้างเครื่องมือเสร็จแล้วได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อ ทุกข้อมีค่ามากกว่า .50 และได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของทั้งแบบสอบถาม ได้ค่าเท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามถึงอาสาสมัครในจังหวัดบุรีรัมย์โดยตรง และแนบซองจดหมายติดแสตมป์ ให้กลุ่มตัวอย่าง 165 คน เพื่อให้ความสะดวกในการส่งกลับแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 165 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 91 คน ร้อยละ 55.2 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.6 มีอายุเฉลี่ย 46.25 ปี (S.D. = 8.10 ปี) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 99 คน ร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 98 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.4 ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 15.72 ปี (S.D. = 10.11 ปี) ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 38 ปี มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 40,684.06 (S.D.= 10,272.01) เคยได้

รับการอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 86.1

2. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุนทรียทักษะภาวะผู้นำในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = .39) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความเป็นผู้นำ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20 (S.D.= .45) รองลงมาคือ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.16 (S.D.= .45) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะความคิดสร้างสรรค์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.= .43) รองลงมาคือ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D.= .43)

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D.= .40) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.= .52) รองลงมาคือ การสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D.= .54) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.= .50) รองลงมาคือ ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.= .44)

4. การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ

ผลวิจัยพบว่า การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.=.38) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ ด้านการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา และงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D.= .46) รองลงมาคือ ด้านสถานที่ตั้งหน่วย บริการ อาคารสถานที่ และ สิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.= .48) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01 (S.D.= .51) รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D.= .51)

5. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างสุนทรียทักษะภาวะผู้นำกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .778, p-value< .001) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ (r = .656, p-value< .001) ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครในการมีส่วนร่วม (r = .645, p-value<.001) ด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (r = .615, p-value< .001) ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (r = .608, p-value< .001) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ (r = .601, p-value< .001) และด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย(r = .552, p-value< .001) นอกจากนี้ยังพบว่าภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .778, p-value< .001) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ (r = .656, p-value< .001) ด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่ความพร้อมและ

สมัครใจในการมีส่วนร่วม (r= .645, p-value< .001) ด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (r= .615, p-value< .001) ด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (r= .608, p-value< .001) ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ (r= .601, p-value<.001) และด้านความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย (r= .552, p-value< .001)

ตารางแสดงค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

ตัวแปร	B	95%CI		T	p-value	R	R^2	R^2adj	R^2 Change
		lower	Upper						
1. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์กร	.192	.095	.288	3.928	.000	.751	.564	.561	.564
2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ	.157	.071	.243	3.603	.000	.810	.656	.652	.092
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	.115	.037	.193	2.920	.004	.832	.692	.686	.036
4. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน	.178	.075	.282	3.395	.001	.844	.713	.706	.021
5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ	.098	.017	.179	2.376	.019	.850	.723	.714	.009
6. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการสื่อสาร	.100	.007	.194	2.123	.035	.855	.730	.720	.008

Constant = .706, F = 71.295, p-value = .000, R = .855, R^2 = .730, R^2adj = .720

จากตารางพบว่า เมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรสุนทรียทักษะภาวะผู้นำและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05 ซึ่งตัวแปรที่เลือกเข้าในสมการที่สามารถพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์กร ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุก และสุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการสื่อสาร ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ร้อยละ 72.0 (R^2_{adj} = .720)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์กร ด้านทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน ด้านทักษะการสื่อสาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้าน

การสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ สามารถร่วมพยากรณ์ได้ร้อยละ 72.0 (R^2_{adj} = .720) อธิบายได้ว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีทักษะการวางแผนและจัดองค์กร ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่และแนวทางการปฏิบัติงาน เสริมสร้างการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์กรมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[11,12] อย่างไรก็ตาม ทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน เป็นทักษะที่ทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรในองค์กร และถ่ายทอดความรู้ที่จำเป็นให้แก่เพื่อนร่วมงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะการพัฒนาคนและสอนงานมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[9,12,13] นอกจากนี้ยังมีทักษะการสื่อสาร ที่เป็นทักษะสำคัญในการสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเข้าใจเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการส่งและรับสารสาระสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า สุนทรียทักษะภาวะผู้นำด้านทักษะสื่อสาร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[14,15] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือของประชาชนและองค์กรในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้เกิดการสนับสนุนด้านบุคลากร วัสดุ งบประมาณและการจัดการทำให้เกิดการระดมสมองในการแก้ไขปัญหาที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[16,17,18] อย่างไรก็ตาม การที่หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งการมีแผนการปฏิบัติงานรองรับในหน่วยบริการปฐมภูมิจะทำให้ทราบทิศทางการพัฒนาหน่วยงานและรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย รวมถึงรองรับความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[18,19] นอกจากนี้ยังมีการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน การอนุมัติกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ร่วมถึงสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงการนิเทศติดตามการดำเนินงานที่ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และตอบสนองต่อนโยบายของผู้บริหาร สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ[20,21,22]

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพึงมีปฏิบัติงานในฐานะผู้นำและผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องอาศัยสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้นำ เพื่อกระตุ้น ชี้นำให้เพื่อนร่วมงานเต็มใจที่จะปฏิบัติงานตามที่ผู้นำต้องการและสามารถบรรลุเป้าหมาย ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยในการดำเนินงานต่าง ๆ นั้น การมีปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นปัจจัยเกื้อหนุนเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมศักยภาพสุนทรียทักษะภาวะผู้นำ ทั้งในส่วนทักษะการวางแผนและจัดองค์กร ทักษะการพัฒนาคนและสอนงาน ทักษะการสื่อสาร ร่วมถึงการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จการสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับเพื่อให้การเกิดการดำเนินงานในลักษณะภาคีเครือข่าย มีการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน เพื่อเป้าหมายรวมกันคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการพัฒนาทักษะภาวะผู้นำแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นบทบาทสำคัญในการพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทักษะการวางแผนและจัดองค์กร ด้านทักษะการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งทักษะด้านการสอนงานและถ่ายทอดแก่บุคลากร ซึ่งมีความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ให้มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมทั่วทั้งองค์กรแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการทำงานประสานงานกับผู้นำองค์กรได้อย่างยั่งยืน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้เกิดปัจจัยแห่งความสำเร็จในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านหน่วยงานสนับสนุนมีแผนงานรองรับ ด้านการสร้างความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ ผ่านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ทำประชาคมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การการขับเคลื่อนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย การรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทุกระดับทราบ และการประชุมคืนข้อมูลแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานด้านสุขภาพ สร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และเกิดการวางแผนพัฒนาแผนการแก้ไขปัญหาในพื้นร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันเพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองและคุณภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในบริบทพื้นที่ต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่นทุกท่าน รวมทั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ และบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคล ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

References

1. Primary health system support office. Guidelines for developing star-rated health promotion hospitals Tiddao Subdistrict Health Promoting Hospital Year 2019. Bangkok: Primary Health system support office. 2019. (in Thai)
2. Primary health system support office. Standard quality manual primary health services 2023. Bangkok: Office of printing affairs of the war veterans organization under royal patronage. 2023. (in Thai)
3. Crosbie R. Learning the soft skills of leadership. Industrial and commercial training. 2005; 37(1): 45-51.
4. Tongpeth J., Saengdaeng A., Sagengdee R., Klinchet N. & Prasittvatechakool A. Personnel Competency in Primary Care Cluster and Primary Health Care System Development. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 28-37. (in Thai)
5. Supawong C., Choonharas S., Damrikarnlert L., Srivanishakorn S., Wetchasurin K. & Sirilak S. Service manual of district health promoting hospital. 3rd ed. Bangkok: Organization Veterans; 2010. (in Thai)
6. Vihokto C, Boonthum A, Vararuk A. & Manosoontorn S. The Service Link to The Community for NCD Quality Clinic with Performance above Benchmark of Ministry of Public Health in Singburi Province : A Case Study of Diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 138-44. (in Thai)
7. Buriram provincial public health office. Documents for government inspection and supervision of the ministry of public health, normal case, round 1, fiscal year 2022, Health zone 9. Buriram: Buriram provincial public health office; 2022.

8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence erlbaum associates; 1988.
9. Changmai M. & Sriuecha C. Personal attributes and leadership soft skills affecting the performance under the standard practice of the sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province. Khon Kaen University Journal for public health research. 2018; 11(4): 65-72. (in Thai)
10. Likert R. The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill; 1967.
11. Moungnin S, Prasit N, Phimha S, Senahad N, Kongsrima S, Phanyotha S. & Nilnate N. Leadership soft skills and organizational climate affecting the performance of Thai traditional medicine and integrated medicine of public health personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province. Regional health promotion center 9 journal. 2023; 17(3): 936-51. (in Thai)
12. Khottha K. & Siruecha C. leadership soft skills of assistant district health officers as a factor in the performance in achievement motivation (8th Health Region). The southern college network journal of nursing and public health. 2017; 4(Supply): 273-91. (in Thai)
13. Deeponkrang N., Bouphan P. & Phimha S. Leadership soft skills and organizational climate affecting the performance of dentists at community hospitals in Nakhon Ratchasima Province. Khon Kaen University research journal (Graduate studies). 2020; 20(2): 72-83. (in Thai)
14. Boonkhan T., Buaphan P. & Aphipalakul C. Personal characteristics and soft skills of leadership affecting the good governance performance at sub-district health promoting hospital directors in Udon Thani province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2019; 19(3): 142-53. (in Thai)
15. Charoenkhun S. & Sriruecha C. Leadership soft skills affecting performance for competencies achievementof sub-district health promoting hospital directors in Khon Kaen province. Khon Kaen University journal for public health research. 2020; 13(3): 69-77. (in Thai)
16. Khumsamarn P., Jutarasaga M. & Bouphan P. Key success factors and organizational support affecting the tuberculosis prevention and control performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals Sakon Nakhon province. Khon Kaen university research journal graduate studies. 2021; 21(3), 223-35.
17. Wongphabut W. & Biuphan P. Motivation and critical success factors affecting the control of opisthorchiasis and cholangiocinoma of health care providers at sub-district health promoting hospital in Kalasin province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2021; 21(3): 186-99.
18. Chaiyamat I. & Bouphan P. Motivation and key success factors affecting the star health promoting hospital of health care professional at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2021; 21(3): 172-85.

19. Rattanasimakorn T., Bouphan P., Jutarasaka M. & Prommawai N. Key success factors and organizational support affecting the star health promoting hospital of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Udon Thani. Thai Dental Nurse Journal. 2022; 33(2): 111-28. (in Thai)
20. Intaram P. & Bouphan P. The organizational climate and key success factors affecting the performance of public health technical officers at sub-district health promoting hospital in Maha Sarakham province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2022; 22(2): 201-12.
21. Boonthee S., Bouphan P. & Senahad N. Motivation and key success factors affecting the elderly long term care performance of health personnel at sub – district health promoting hospitals in Phetchabun Province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2023; 23(2): 198-10.
22. Arsasana J., Bouphan P., Jutarosaga M. & Prompinij T. administrative factors and key success factor affecting the performance of family care team in Maung district Udon Thani Province. Khon Kaen University research journal graduate studies. 2023; 23(2): 184-97.

ความพร้อมในการดูแลและภาระของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Caregiving Preparedness and Burden Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis

ซ่ง ลิน จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช* วราวรรณ อุดมความสุข
Lin Song Chiraporn Tachaudomdach* Warawan Udomkhwamsuk
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งก่อให้เกิดภาระในการดูแล การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแล ภาระของผู้ดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลกับภาระของผู้ดูแลที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลจำนวน 144 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากโรงพยาบาลในมณฑลกว่างซี ประเทศจีน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทางสังคมประชากร เครื่องมือวัดความพร้อมในการดูแล (C-PCS) และแบบประเมินภาระผู้ดูแล (C-ZBI) เครื่องมือทั้งสองแสดงให้เห็นถึงความตรงเชิงโครงสร้างที่ยอมรับได้ (C-PCS = 0.71; C-ZBI = 0.73) และมีความเชื่อมั่นในระดับสูง โดยค่า Cronbach's alpha ของ C-PCS เท่ากับ 0.92 และของ C-ZBI เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลในระดับค่อนข้างมาก ($\overline{X}$= 50.25, SD = 17.65) และมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$= 14.21, SD = 5.24) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความพร้อมในการดูแลกับภาระการดูแลโดยรวม ($r = -0.474$, $p < 0.01$) รวมถึงภาระในแต่ละด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การเงิน และการสูญเสียการควบคุมชีวิต ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความพร้อมของผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล

คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล ภาระของผู้ดูแล ผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Patients undergoing hemodialysis require close and continuous care, which causes caregivers to face challenges in physical, psychological, emotional, social, and economic aspects, leading to a significant caregiving burden. This descriptive research aimed to examine caregiving preparedness, caregiver burden, and their relationship among those caring for patients receiving hemodialysis. The sample consisted of 144 caregivers purposively selected from hospitals in Guangxi, China. Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Preparedness for Caregiving Scale (C-PCS), and the Zarit Burden Interview (C-ZBI). Both instruments demonstrated acceptable validity (C-PCS = 0.71; C-ZBI = 0.73) and high reliability,

*Corresponding Author: Email: chiraporn.tac@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 12 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 2568

with Cronbach's alpha coefficients of 0.92 for the C-PCS and 0.87 for the C-ZBI. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient. The results revealed that caregivers experienced a relatively high level of burden ($\bar{X}$= 50.25, SD = 17.65) and a low level of caregiving readiness ($\bar{X}$= 14.21, SD = 5.24). Furthermore, a significant moderate negative correlation was found between caregiving preparedness and overall caregiver burden (r = -0.474, p < 0.01), including burden across multiple domains: relational, emotional, social and family, financial, and loss of control over life. The findings of this study may serve as fundamental information for developing interventions to enhance caregiving readiness and reduce caregiver burden.

Keyword: Caregiving Preparedness, Burden Among Caregivers, Persons Receiving Hemodialysis

Introduction

Hemodialysis (HD) is a therapeutic procedure that utilizes a dialysis machine and a special filter known as an artificial kidney or dialyzer to continuously remove excess waste products, fluids, and toxins from the body. This renal replacement therapy helps individuals with end-stage renal disease (ESRD) maintain acid-base balance, fluid and electrolyte homeostasis, and blood pressure control[1]. In China, the use of HD has increased markedly, with a 269% growth from 2012 to 2023, totaling 916,647 cases across 7,512 treatment centers, although regional disparities in access remain pronounced[2]. In Guangxi, a socioeconomically diverse province in southern China, 468 of 850 hospitals were equipped to provide HD services as of 2022, highlighting a growing demand for dialysis care[3].

Living with ESRD places a heavy burden on patients undergoing maintenance hemodialysis (MHD), negatively impacting their physical, psychological, emotional, financial, and social well-being. Common complications include fatigue, pruritus, anemia, sleep disturbances, and gastrointestinal issues, all of which contribute to significant distress. Furthermore, emotional challenges such as depression and anxiety often strain family relationships and intensify the need for long-term caregiving support. Financially, the cost of HD is considerable, with Chinese patients incurring up to ¥1,027,000 in treatment expenses over an eight-year period[4].

Family caregivers play an essential role in the day-to-day management of ESRD patients receiving HD. However, the responsibilities associated with caregiving often result in stress and burden, as the role disrupts caregivers' social life, family roles, and financial stability. Caregiving preparedness is defined as the perceived readiness of individuals to take on caregiving tasks across eight domains[5]. Low to moderate levels of preparedness have been associated with increased psychological distress, including anxiety and depression. Preparedness is influenced by several factors, such as education level, income, healthcare access, and cultural context.

Caregiver burden refers to the extent to which caregivers perceive their emotional, physical, social, and financial well-being as being negatively impacted by the caregiving role[6]. This burden is typically evaluated across five domains and can vary depending on the intensity and duration of care required. In China, the caregiving experience may differ significantly from that in Western countries. One study of 120 informal caregivers found that 67.5% reported moderate to high levels of burden[7]. Another study revealed that most primary caregivers are spouses (28.69%) or children (20.25%), with 65%

providing care alone. Most caregivers are women (66.24%), and 37.55% are under the age of 45[8]. Among caregivers of palliative patients, the average time spent on caregiving tasks is 8.3 hours per day, with 25.3% providing care for over 13 hours daily[9]. In Guangxi, the lack of structured healthcare systems, training opportunities, and medical resources for family caregivers contributes to increased caregiver stress and feelings of inadequacy.

Despite the increasing prevalence of HD in Guangxi, research into caregiving preparedness and burden remains limited. While some studies have addressed related issues, their findings are incomplete. For example, one study focused primarily on physical and mental strain[7], while another examined overall burden and preparedness but found only a weak correlation between the two (rs = -0.283), without analysis of the five domains of caregiver burden[10]. Additionally, the COVID-19 pandemic added new layers of complexity, affecting 22.4% of HD patients with trauma-related symptoms and psychological distress[11]. The resulting economic downturn has further intensified caregiving challenges in the post-pandemic era.

Currently, there is a notable research gap regarding caregiving preparedness and burden in underdeveloped regions such as Guangxi. This study seeks to fill that gap by focusing on outpatient family caregivers of individuals receiving MHD. By doing so, it aims to provide a comprehensive understanding of the caregiving challenges in this population and inform the development of supportive strategies tailored to their specific needs.

Objectives

1. To explore caregiving preparedness and burden among family caregivers for persons undergoing MHD in Guangxi, China.

2. To examine the relationship between caregiving preparedness and burden.

Framework

The conceptual framework based on literature review, revealed that Individuals receiving MHD face multiple challenges, as functional dependency, physical symptoms, psychological stress, social isolation, and financial difficulties, which significantly burden their family caregivers. Caregiver burden encompasses relational, emotional, social, financial, and personal control domains. Caregiving preparedness defined as perceived readiness to provide physical, emotional, logistical, and emergency care, and to access support, moderates this burden. Higher preparedness increases confidence, problem-solving ability, and situational control, thereby reducing burden. This framework highlights the importance of improving preparedness to mitigate caregiver burden and enhance outcomes.

Methodology

This descriptive correlational study targeted family caregivers of persons undergoing MHD in a provincial HD center in Guangxi, China. The desired sample size was calculating using Yamane's formula (1973)[12] (α=0.05), with a total of 144 family caregivers were selected via convenience sampling based on recruitment criteria: a) Primary family caregivers with caring time ≥ 6 months; b) Longest caregiving hours daily, or designate a main caregiver who is responsible for management if multiple ones; c) No salary or any payment; d) Proficient in Chinese; and e) voluntarily participate and sign the informed consent. Additionally, informal caregivers who dropped out during the study process were excluded to ensure data completeness and consistency.

The data was analyzed using Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 (α=0.05). Normality distribution was tested by using the

Kolmogorov-Smirnov (KS) for all variables, with both preparedness and burden were normally distributed. Descriptive and inferential statistics were applied. The Spearman's correlation coefficient was used to assess the correlations between preparedness and burden, as well as five domains of burden.

Protection of Research Participants' Rights

This study received ethical approval from the Research Ethics Committee of Faculty of Nursing, Chiang Mai University and the Institutional Review Board (2022-EXP078, November 17, 2022).

Research Tool and Instrument Quality

This study applied three questionnaires, including a sociodemographic form, the Chinese version of Preparedness for Caregiving Scale (C-PCS), and the Chinese version of Zarit Burden Interview (C-ZBI). The sociodemographic data form designed by the researcher based on literature review.

The CPCS was originally developed by Archbold et al.[5] and adapted by Shyu et al.[13] to measure perceived preparedness across eight caregiving domains. The questionnaire has overall score ranges from 0 to 32, while higher scores indicate greater preparedness. It has good validity, with each item and total score was 0.706 to 0.839 ($P<0.01$)[14], and high reliability previously reported as 0.92[15], and 0.83 in this study.

The CZBI was developed by Zarit[6] and held rights by Mapi Research Trust to evaluate caregivers' burden faced though 22 items categorized into five domains. The total score ranges from 0 to 88, reflecting the cumulative experienced burden. There are no universal cut-off scores but best to assess the variability within a sample and changes over time. The higher reported score refers to greater experienced caregiver burden. The CZBI has shown good validity, as correlation with other measures are 0.53-0.73 ($p <0.01$)[15] and high reliability of 0.87[16] previously and 0.94 in this study.

Data collection

Data were collected from December 2022 to February 2023 at the Hemodialysis Center of Guangxi Hospital,China. Ethical approval was obtained. Permission was granted by GuangXi Hospital.

The researcher, following all protocols, explained the study to family caregivers in the waiting area and obtained written informed consent. Participants then completed the sociodemographic form, C-ZBI, and C-PCS independently. Instructions and clarifications were provided as needed. The process took approximately 20 minutes per group. Completed questionnaires were reviewed for accuracy, and appreciation was expressed to both patients and caregivers.

Results

In this study, we found among the 144 participants, most family caregivers were female (62.50%), married (97.22%), and identified as parents (50.00%). Approximately 52 caregivers were older adults (36.11%), with a mean age of 52.38 years (SD =14.23), ranging from 21 to 79 years, as detailed in Table 1.

Table 1: Demographic Characteristics of Caregivers of Persons Receiving HD in Guangxi, China (n=144)

Sociodemographic Characteristics	Frequency(n)	Percentage (%)
Age (years)		
($\overline{X}$ = 52.38 SD = 14.23 Range 21-79)		
20-39 years old	30	20.83
40-59 years old	62	43.06
60-79 years old	52	36.11
Gender		
Male	54	37.50
Female	90	62.50
Marital Status		
Married	140	97.22
Widowed	3	2.08
Divorced	1	0.70
Relationship to patient		
Spouse	1	0.69
Child	4	2.78
Parent	72	50.00
Sibling	51	35.42
Grandchildren	13	9.03
Other relatives	3	2.08
Employment Status		
No	51	35.42
Yes	15	10.42
Retired	21	14.58
Part-time (20 hours/week)	57	39.58
Educational Level		
No formal education	16	11.11
Primary school	31	21.53
Junior middle school	41	28.48
Senior middle school/ polytechnic middle school	28	19.44
Bachelor degree/ polytechnic high school	28	19.44
Monthly income (1 USD = 7.00 CNY)		
None	14	9.72
≤2,000 CNY	40	27.78
2,000-5,000 CNY	69	47.92
5,000-10,000 CNY	16	11.11
>10,000 CNY	5	3.47
Weekly frequency of transportation for patient to hemodialysis center		
One	8	5.55
Two	26	18.06
Three	108	75.00
Four	2	1.39

Table 1: Demographic Characteristics of Caregivers of Persons Receiving HD in Guangxi, China (n=144)

Sociodemographic Characteristics	Frequency(n)	Percentage (%)
Duration been a caregiver (months)		
($\overline{X}$ = 36.31 SD = 35.58 Range 6-156)		
<12 months	41	28.47
12-23 months	25	17.36
24-47 months	53	36.81
≥48 months	25	17.36
Daily caring hours (hours)		
($\overline{X}$ = 17.65 SD = 7.98 Range 4-24)		
<5 hours/day	3	2.08
5-14 hours/day	55	38.19
≥ 15 hours/day	86	59.73
Chronic disease(s) status		
Yes	45	31.25
No	99	68.75
Type of the insurance for the patient		
None	2	1.39
Provincial one	40	27.78
Municipal one	50	34.72
The New Rural Cooperative Insurance (NRCI)	52	36.11
Co-morbidities beyond ESRD of the patient		
Yes	103	71.53
No	41	28.47
The number of dependents		
0	12	8.33
1	71	49.31
2	38	26.39
3	14	9.72
4	6	4.17
>4	3	2.08

Regarding employment, 39.58% worked part-time (20 hours/week), while 35.42% were unemployed. Educational levels varied, 28.48% had completed junior middle school, and 21.53% had finished primary school. Most caregivers (47.92%) earned ¥2,000 – ¥5,000 monthly. In caregiving, 75% transported patients to MHD thrice weekly, spending over 15 hours per week (59.73%). Half (54.17%) had been caregivers for over 24 months. Regarding healthy status, 68.8% reported good health, and most caregivers cared for one (49.31%) dependent. Additionally, 71.53% of patients had comorbidities beyond ESRD, and 98.61% had insurance coverage. Detailed data are presented in Table 1.

Table 2: The Caregiving Preparedness Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis

Item	Mean (SD)	Not at all n(%)	Not too well n(%)	Somewhat well n(%)	Pretty well n(%)	Very well n(%)
1. Prepared providing physical needs	2.15(1.02)	7(4.86)	29(20.14)	58(40.28)	35(24.31)	15(10.42)
2. Prepared providing emotional needs	1.88(0.88)	8(5.56)	36(25)	69(47.92)	26(18.06)	5(3.47)
3. Prepared offering related services	1.95(1.22)	12(8.33)	51(35.42)	36(25)	22(15.28)	23(15.97)
4. Prepared about stress management	1.62(0.95)	15(10.42)	53(36.81)	50(34.72)	23(15.97)	3(2.08)
5. Prepared activities for entertainment	2.06(0.98)	7(4.86)	32(22.22)	62(43.06)	31(21.53)	12(8.33)
6. Prepared managing emergencies	1.18(1.02)	40(27.78)	59(40.97)	24(16.67)	20(13.89)	1(0.69)
7. Prepared getting help and information from the healthcare system	1.59(0.88)	12(8.33)	59(40.97)	50(34.72)	21(14.58)	2(1.39)
8. Overall preparedness	1.77(0.79)	1(0.69)	56(38.89)	68(47.2)	13(9.03)	6(4.17)
Total CPCS $\overline{X}$ =14.24 SD = 5.24 Median=14.50 Actual Range =1-26						

The perceived preparedness score ranged from 1 to 26, with a mean of 14.24 (SD = 5.24). Regarding physical care, 20.14% of caregivers (n=29) felt unprepared and 40.28% (n=58) felt somewhat prepared. For emotional needs, 47.92% (n=69) felt somewhat prepared, while 36.81% (n=53) and 34.72% (n=50) felt unprepared or only somewhat prepared for stress management. In offering related services, 35.42% (n=51) felt unprepared, and 43.06% (n=62) were somewhat prepared for entertainment activities. About 40 caregivers felt unprepared for emergencies, with 40.97% (n=59) feeling unprepared to seek help from the healthcare system. Among the eight domains, caregivers reported most prepared for "providing physical care" (mean = 2.15, SD = 1.02) and least prepared for "handling emergencies" (mean = 1.18, SD = 1.02). Detailed data are provided in Table 2.

Table 3: Burden Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis

Five Domains / Overall Burden	Actual Range	Possible Range	Total Score Mean± SD	Total Score Median	Sub-items Mean± SD
Burden in relationship	2-23	0-24	13.33±5.45	13.38	2.22±0.91
Emotional well-beings	0-25	0-28	14.97±6.07	15.00	2.14±0.87
Social and family life	0-16	0-16	7.67±4.37	8.00	1.92±1.09
Finances	0-4	0-4	2.91±1.29	3.00	2.91±1.29
Loss of control over one's life	1-16	0-16	11.38±3.34	12.00	2.84±0.84
Overall burden CZBI	7-80	0-88	50.25±17.65	53.00	-------

In this study, we found burden scores ranged from 7 to 80 with a mean of 50.25±17.65. Regarding about the five domains, the mean scores were as follows: Burden in relationship (13.33±5.45), Emotional well-beings (14.97±6.07), Social and family life (7.67±4.37), Finances (2.91±1.29) and Loss of control over one's life (11.38±3.34). Ranking the domains by sub-items, caregivers reported the highest burden in Finances, and lowest in Social and family life, as shown in Table 3

Table 4: The Correlation between Preparedness and Burden in Nanning City, Guangxi, China

Five Domains / Overall Burden	Preparedness (CPCS)	
	r	p-value
Burden in relationship	-.37 **	.001
Emotional well-beings	-.44 **	.001
Social and family life	-.43 **	.001
Finances	-.43 **	.001
Loss of control over one's life	-.36 **	.001
Overall Burden CZBI	-.47 **	.001

** p <.01.

The correlations between preparedness and burden in each including burden in relationship, emotional well-being, social and family life, finances, loss of control over one' s life, and overall burden are r = -0.37, r = -0.44, r = -0.43, r = -0.43, r = -0.36 and r = -0.47, (P<0.01) respectively, as shown in Table 4. These results indicated a moderate negative relationship between caregiving preparedness and burden among caregivers of persons receiving HD.

Discussion

Part I: Caregiving Preparedness Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis

Caregiving preparedness plays a critical role in ensuring the quality and continuity of care for individuals with ESRD. MHD undergoing maintenance hemodialysis ESRD. MHD In this study, the mean ± SD of the overall C-PCS score was 14.24 ± 5.24, indicating a relatively low level of preparedness among family caregivers. Only 4 caregivers (2.78%) reported feeling "very well prepared," while more than half (54.86%) felt only "somewhat prepared." The lowest preparedness was observed in managing emergencies ($\overline{X}$ = 1.18, SD = 1.02), with 40 caregivers (27.78%) feeling "not at all" and 59 (40.97%) "not too well prepared." Conversely, caregivers felt most prepared in addressing physical needs ($\overline{X}$ = 2.15, SD = 1.02), with 108 (75%) reporting moderate to high preparedness.

This trend suggests that while caregivers are relatively confident in managing routine care, they are less equipped to handle complex or unpredictable medical situations. Studies have shown that when caregivers feel adequately prepared, they are more likely to support patients'self-care maintenance, which positively influences patients' well-being[17]. Similar findings have been reported in studies conducted in other Asian populations, including caregivers of ESRD stroke[18], and cancer patients[19]. In contrast, studies among Western caregivers for heart failure patients reported even lower preparedness scores (2.13 and 2.11, respectively)[17, 21,] suggesting that cultural values, past caregiving experience, and healthcare professional support may explain these variations.

Certain caregiving characteristics appeared to influence preparedness levels. In this study, 78 caregivers (54.17%) had provided care for more than 24 months, 86 (59.73%) provided over 15 hours of care daily, and 110 (76.39%) accompanied patients to the hospital more than three times per week. These factors may contribute to greater caregiving experience and perceived confidence. Demographically, most caregivers were married (97.20%) and female (62.50%).

Being a female parent, spending fewer hours weekly on care, and having a higher education level were all associated with greater preparedness. Female caregivers may be culturally and socially expected to assume caregiving roles, potentially leading to increased experience and confidence. However, despite their involvement, only a small fraction of caregivers felt "very well prepared," emphasizing that experience alone is insufficient without structured education and support.

Older caregivers (aged 60–79, 36.11%) and those with chronic illnesses themselves (31.25%) reported more difficulty with emergency preparedness, consistent with previous research in stroke caregiving in China [22]. Educational background also played a crucial role, with 72% of caregivers having less than a bachelor's degree and 11.10% having no formal education. Prior research has demonstrated that higher education enhances caregiver confidence and preparedness, particularly in high-stakes or emergent situations[23]. The complexity and unpredictability of ESRD, especially in patients with multiple comorbidities (71.53%), further exacerbated caregivers' psychological stress and diminished their emergency response confidence.

Part II: Burden Among Caregivers of Persons Receiving Hemodialysis

Caregiver burden is a multidimensional concept encompassing emotional, physical, social, and financial stress. In this study, self-reported burden scores ranged from 7 to 80, with a mean of 50.25 ± 17.65. Financial burden was the most prominent ($\overline{X}$ = 2.91, SD = 1.29), while social and family burden was least reported ($\overline{X}$ = 1.92, SD = 1.09). For overall burden (Item 22), the mean score was 3.05 (SD = 1.05), with 104 caregivers (72.22%) reporting a high burden level 64 caregivers (44.44%) indicating "Always" and 40 (27.78%) "Often."

These findings reflect structural issues within the healthcare financing system. Previous Chinese studies found that many caregivers were unemployed or worked part-time, with monthly household incomes below 1,990 CNY [7, 24]. Although national health insurance covers 50–90% of dialysis-related expenses[25], this support remains inadequate, especially in regions like Guangxi, where HD subsidies are capped at 220,000 CNY annually[26]. With each dialysis session costing approximately 400–600 CNY and patients requiring 12–16 sessions per month, the out-of-pocket expenses for medications, transportation, special diets, and home care add to the already substantial burden. These financial strains have worsened in the post-COVID-19 era, during which household incomes declined, especially in families dealing with chronic illness.

Interestingly, the lowest burden reported was related to social and family life. The majority of caregivers were married (97.22%) and benefited from the national insurance system (98.61%) through direct billing, potentially mitigating family-related stress. A similar trend was observed in a South China study, which found moderate to strong family functioning in middle-aged and younger patients ($p < .05$) [27]. In such contexts, perceived social support plays a mediating role between caregiver burden and positive coping strategies.

Part III: Relationship Between Burden and Caregiving Preparedness

A key finding of this study was the moderate negative correlation between caregiving preparedness and caregiver burden ($r = -0.474$, $p < .01$), suggesting that better-prepared caregivers experienced lower levels of burden. Among the 95 caregivers who reported low preparedness, 16 (11.11%) had total scores between 1 and 8, and 79 (54.86%) scores between 9 and 16. These results highlight a broad range of preparedness levels and their inverse relationship with burden.

Demographic and contextual factors appeared to moderate this association. Most caregivers were married and often responsible for multiple family roles, increasing their stress. In Guangxi, cultural norms and expectations, particularly among ethnic minority populations, shape caregiving attitudes, coping strategies, and role perceptions. While cultural resilience may help some caregivers cope, it may also increase the emotional toll when individuals feel unprepared or unsupported.

This finding is consistent with international studies. For example, a study in a Turkish palliative care unit found a significant negative correlation between preparedness and burden ($p < .01$)[28]. Similarly, a multicenter cross-sectional study involving caregivers of patients with stroke, spinal cord injuries, or traumatic brain injuries reported a significant negative correlation ($rs = -0.512$, $p < .001$)[29]. In the present study, caregiving preparedness was negatively correlated with all five burden domains: relationship ($r = -0.373$), emotional distress ($r = -0.444$), social and family impact ($r = -0.430$), financial strain ($r = -0.427$), and loss of control over life ($r = -0.361$). These findings emphasize the protective role of preparedness against caregiver burden.

Support systems such as accessible healthcare services, community-based resources, social and familial support, and financial assistance can buffer emotional and financial strain while enhancing caregiver confidence[30]. In contrast, a study among caregivers of patients with traumatic brain injuries found no significant correlation ($p > .05$)[29], possibly due to limited resources and lack of emergency preparedness. This underscores the importance of culturally appropriate interventions that enhance caregiver readiness, particularly in under-resourced areas like Guangxi, where informal caregiving is the backbone of chronic illness management.

Summary and Explanation

This study revealed that family caregivers of individuals undergoing MHD in Guangxi experienced low levels of caregiving preparedness and high levels of caregiver burden. Financial burden was the most significant concern, while preparedness for managing emergencies was the weakest domain. A moderate negative correlation was identified between caregiving preparedness and caregiver burden, suggesting that increased preparedness can help alleviate stress and improve caregiver outcomes. These findings underscore the urgent need for structured support systems to enhance caregiver preparedness and reduce burden, particularly in socioeconomically disadvantaged regions.

Suggestions

Suggestions Based on the Research Findings: Healthcare providers should develop programs to enhance caregiving preparedness, as it is linked to reduced caregiver burden. Nurses should incorporate assessment tools into routine care to identify and support high-burden caregivers.

Suggestions for Future Research: Future studies should explore intervention strategies, include more diverse populations, and consider longitudinal or qualitative approaches to better understand caregiver experiences and outcomes.

References

1. Murdeshwar HN & Anjum F. Hemodialysis. In: StatPearls. Florida: StatPearls Publishing; 2020.
2. Chinese National Center for Quality Control of Nephrology. Hemodialysis. Beijing: CNRDS; 2024. (in Chinese)

3. Phuttha A, Singchungchai P & Chatdokmaiprai K. Cost analysis of nursing activities for stage 5 chronic kidney disease with hemodialysis patients in a tertiary hospital. The Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2025;22(1):469–77. (in Thai)
4. Archbold PG. The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregiver to frail older people. In: Key aspects of elder care. New York: Springer Publishing; 1992.
5. Zarit SH, Todd PA & Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist. 1986; 26(3):260–6.
6. Li T, Fan R & Lv G. Burden of family caregiver for hemodialysis patients and its influence factors. Chinese Journal of Blood Purification. 2017;16(3):179–82. (in Chinese)
7. Wang G, Yi X, Zhao X, & Yu L. Sense of coherence and its influencing factors among family caregivers of patients undergoing maintenance hemodialysis. Journal of Nursing Science. 2021;36(9):72–4. (in Chinese)
8. Wang H, Liu Y, Du M, Zhang P, & Yu X. Preparedness for emergency events among patients with chronic diseases in China: A cross-sectional study. Research Square. 2021. (in Chinese)
9. Qiu L. Burden and preparedness for caregiving among caregivers of patients undergoing hemodialysis in the First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province, the People's Republic of China [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020.
10. Xia X, Wu X, Zhou X, Zang Z, Pu L, & Li Z. Comparison of psychological distress and demand induced by COVID-19 during the lockdown period in patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis: A cross-sectional study in a tertiary hospital. Blood Purification. 2021;50(3–4):319–27. (in Chinese)
11. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
12. Shyu YIL, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, & Hsu WC. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. Journal of Nursing Research. 2010;18(3):155–63.
13. Liu Y, Wang M & Dong X. Reliability and validity of Chinese version of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. Chinese Journal of Practical Nursing. 2016;32(12):1045–8. (in Chinese)
14. Yap P. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. Annals of the Academy of Medicine Singapore. 2010;39(9):758–63.
15. Lu L, Wang L, Yang X, & Feng Q. Zarit Caregiver Burden Interview: Development, reliability and validity of the Chinese version. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2009;63(6):730–4. (in Chinese)
16. Vellone E, Biagioli V, Durante A, Buck HG, Iovino P, & Tomietto M, et al. The influence of caregiver preparedness on caregiver contributions to self-care in heart failure and the mediating role of caregiver confidence. Journal of Cardiovascular Nursing. 2020; 35(3):243–52.

17. Sari IWW & Nirmalasari N. Preparedness among family caregivers of patients with non-communicable diseases in Indonesia. Journal of Nursing. 2020;10(3):340–9.
18. Liu J, Liu Q, Huang Y, Wang W, He G, & Zeng Y. Effects of personal characteristics, disease uncertainty and knowledge on family caregivers' preparedness of stroke survivors: A cross-sectional study. Nursing & Health Sciences. 2020;22(4):892–902. (in Chinese)
19. Otto AK, Ketcher D, Heyman RE, Vadaparampil ST, Ellington L, & Reblin M. Communication between advanced cancer patients and their family caregivers: Relationship with caregiver burden and preparedness for caregiving. Health Communication. 2021;36(6):714–21.
20. Petruzzo A, Biagioli V, Durante A, Gialloreti LE, D'Agostino, & F, Alvaro, R, et al. Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. Patient Education and Counseling. 2019; 102(5):1021–8.
21. Liu J. Status quo of preparedness and empowerment education for family caregivers of stroke patients [doctoral dissertation]. Nantou: Nan Hua University; 2018. (in Chinese)
22. Hagedoorn EI, Keers JC, Jaarsma T, van der Schans CP, Luttik MLA, & Paans W.The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. Geriatric Nursing. 2020;41(4):373–80.
23. Fu C. Correlational study on the relationship between burden and quality of life among caregivers of maintenance hemodialysis patients [master's thesis]. Kaifeng: Henan University; 2018. (in Chinese)
24. National Healthcare Security Administration. The national medical security development statistics of 2022. Beijing: NHSA; 2023. (in Chinese)
25. Department of Human Resources and Social Security of Guangxi Zhuang Autonomous Region. What is the proportion of medical insurance for hospitalization reimbursement? Nanning: DHRSS; 2016. (in Chinese)
26. Wu Z, Han X, Lan L, Xu H, Lyu C, & Sun L, et al. Characteristics and influencing factors of family functioning in patients undergoing hemodialysis: An analysis of middle-aged and young adults. Chinese Nursing Management. 2019;19(12):1816–21. (in Chinese)
27. Karabulutlu EY, Turan GB & Yanm S. Evaluation of care burden and preparedness of caregivers who provide care to palliative care patients. Palliative & Supportive Care. 2022;20(1):30–7.
28. Uhm KE, Jung H, Woo MW, Kwon HE, & Lee J. Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. Frontiers in Public Health. 2023;11(53):5588.
29. Lieshout K, Oates J, Baker A, Unsworth CA, Cameron ID, & Schmidt J, et al. Burden and preparedness amongst informal caregivers of adults with moderate to severe traumatic brain injury. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(17):6386.
30. Sanghuachang N, Nakagasien P & Krainuwat K. Factors predicting delayed progression of CKD behavior among patients with chronic kidney disease stage G1–G2. The Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;21(2):339–47. (in Thai)

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่อง สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา

Development of Program to Enhance Working Memory Through Narrative Therapy Among Primary School Students

อารีรัตน์ ลีลัคราานนท์ จุฑามาศ แหนจอน* วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
Areerat Leelukharanon Juthamas Haenjohn* Warakorn Supwirapakorn
ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20130
Department of Research and Applied Psychology, Faculty of Education, Burapha University, Chon Buri 20130 Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 24 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยวิธีจับคู่คะแนนความจำใช้งาน เครื่องมือที่ใช้การทดลองคือโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเล่าเรื่องและแบบจำลองความจำใช้งานพหุองค์ประกอบ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำมาใช้งาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบคอร์ซี่บล็อก แบบทดสอบการจำตัวเลขแบบไปข้างหน้าและย้อนกลับ และแบบทดสอบเอ็น-แบค การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความจำใช้งาน หลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำใช้งานของนักเรียนประถมศึกษา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทการเรียนการสอนได้ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลระยะยาว

คำสำคัญ: ทฤษฎีการเล่าเรื่อง, โปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งาน, นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3, แบบจำลองความจำใช้งานพหุองค์ประกอบ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to develop and examine the effects of a program designed to enhance working memory through narrative therapy among primary school students. The participants were 24 third-grade students selected through simple random sampling. Using a matched-pair design based on their working memory scores, the students were randomly assigned to either an experimental group or a control group, with 12 students in each group. The research instrument was a working memory enhancement program

Corresponding Author: *Email address:juthamas@go.buu.ac.th
งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

วันที่รับ (Received) 5 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 17 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 ก.ค. 2568

developed by the researcher, grounded in narrative theory and Multicomponent Model of Working Memory. The program was validated by five experts and revised following a pilot study prior to implementation. Data collection tools included the Corsi block test (CSBT), Forward digit span test (FWDT), Backward digit span test (BWDT) and One-back task (1BT). Data were collected in three phases: pre-test, post-test, and a four-week follow-up. Analyses were conducted using repeated-measures analysis of variance (with one between-subject and one within-subject variable), with pairwise comparisons using the Bonferroni method. The results indicated that the experimental group showed statistically significant higher working memory scores at both post-test and follow-up compared to the pre-test ($P < .05$). These findings suggest that the working memory enhancement program based on narrative theory can effectively improve working memory in primary school students and could be applied in educational contexts. Further research is recommended to evaluate long-term effects and broader implementation.

Keywords: Narrative Therapy, Working Memory Enhancement Program, Third Primary Students, Multicomponent Model of Working Memory

บทนำ

ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากเทคโนโลยีและข้อมูล ระบบการศึกษาทั่วโลกจึงมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งด้านการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา และการจัดการตนเอง นอกเหนือจากการเรียนรู้ในห้องเรียน โดยประเทศไทยได้กำหนดแนวทางการพัฒนาไว้ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561–2580) ประเด็นที่ 12 ว่าด้วยการพัฒนาการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้และมีใจใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ปัจจุบันแม้โอกาสทางการศึกษาของคนไทยจะเพิ่มขึ้น แต่คุณภาพการเรียนรู้ยังอยู่ในระดับต่ำ โดยจากผลการประเมิน PISA ปี 2560 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 การยกระดับคุณภาพจึงต้องพิจารณาปัจจัยรอบด้าน โดยเฉพาะบทบาทของครู สิ่งแวดล้อม และตัวผู้เรียน โดยหนึ่งในกลไกสำคัญที่เกี่ยวข้องในการเรียนรู้ของผู้เรียนคือ “ความจำใช้งาน” (Working Memory: WM) ปัจจุบันมีหลักฐานงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความจำใช้งาน มีบทบาทสำคัญต่อทักษะการเรียนรู้ โดยเฉพาะด้านการอ่าน การเขียน และคณิตศาสตร์ หากมีความบกพร่องเพียงเล็กน้อย ก็อาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การส่งเสริมความจำจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับคุณภาพการเรียนรู้และลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติอย่างเป็นรูปธรรม โดยเด็กในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ถือเป็นช่วงวัยสำคัญในการวางรากฐานทักษะทางวิชาการ เพราะเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจาก “การเรียนรู้เพื่ออ่าน” ไปสู่ “การอ่านเพื่อเรียนรู้” หากได้รับการพัฒนาความจำใช้งานตั้งแต่ช่วงวัยนี้ จะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ระยะยาว และลดความเสี่ยงต่อปัญหาด้านการเรียนรู้ในระดับชั้นสูงขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ความจำใช้งาน (Working Memory: WM) คือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลชั่วคราวที่เกี่ยวข้องกันในเวลาเดียวกัน โดยมีความจุจำกัด และใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่ซับซ้อน รวมถึงการรักษาความสนใจและบรรลุเป้าหมายแม้เวลาผ่านไป ความจำใช้งานสามารถแบ่งได้เป็นสองประเภทตามการใช้งาน คือ ความจำใช้งานด้านภาษา (Verbal WM) และด้านมิติสัมพันธ์ (Visual-spatial WM)[1,2] สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความจำใช้งานแบบหลายองค์ประกอบของแบ็ดเดลีย์และฮิตช์[3] ซึ่งอธิบายกลไกของความจำใช้งานที่สอดคล้องกับการทำงานของสมองในบริเวณที่แตกต่างกัน ทั้งยังมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนรู้โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน

การฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับความจำใช้งานส่งผลต่อการเพิ่มทักษะทางการเรียนรู้ รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้[4] การฝึกความจำใช้งานสามารถช่วยพัฒนาทั้งทักษะการอ่าน การสะกดคำ และการคำนวณเลข[5] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความจำใช้งานมีผลต่อกระบวนการการเรียนรู้ของเด็กและเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ นอกจากนี้ความจำใช้งานยังมีความเกี่ยวข้องกับสมองส่วนหน้า และส่วนหลังในการจัดเก็บและประมวลผล

ข้อมูล ส่งผลต่อการอ่านและกระบวนการการรู้คิด[6] ทั้งนี้การประเมินความจำใช้งานยังมีความน่าเชื่อถือสูง และสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิดได้อย่างแม่นยำมากกว่าการใช้วิธีการวัดและประเมินผลทางจิตวิทยาทั่วไปอีกด้วย[7]

การพัฒนาความจำใช้งานสามารถทำได้หลากหลาย เช่น การใช้ซีเรียสเกมส์ (Serious game: SG)[8] การฝึกการจินตภาพด้วยภาพตามหลักทฤษฎีเกสตัลท์[9] โปรแกรมการเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยสติ[10] โปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการยอมรับและพันธะสัญญา[11] โปรแกรมพัฒนาความจำใช้งานที่ใช้การทรงตัวเพื่อสร้างดุลยภาพร่วมด้วย ส่งผลบวกต่อความสามารถด้านภาษาและการอ่าน[12] อีกแนวคิดที่น่าสนใจคือ ทฤษฎีการเล่าเรื่อง (Narrative therapy: NT) ซึ่งสามารถใช้พัฒนาความจำใช้งานได้ โดยสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความจำใช้งานก็มีบทบาทต่อการเล่าเรื่องเช่นกัน การเข้าใจการทำงานของสมองส่วนนี้จึงช่วยเสริมทั้งความจำใช้งานและทักษะการเล่าเรื่องให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยพบว่าเด็กจะเริ่มสามารถใช้ภาษาในการเล่าเรื่องได้ตั้งแต่อายุ 3-4 ปี ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะทางภาษา การอ่าน และผลสัมฤทธิ์ทางวิชาการ[13] การประมวลผลข้อมูลและการจัดสรรทรัพยากรของความความจำใช้งานที่ดีมีผลโดยตรงต่อความเข้าใจเรื่องเล่าของเด็ก โดยการเล่าเรื่องจะช่วยส่งเสริมมโนภาพความเข้าใจโลก ความสัมพันธ์ และการใช้ภาษาที่ซับซ้อนขึ้น[14] และเป็นรากฐานสำคัญของทักษะการอ่านและพัฒนาการทางวิชาการ

การเล่าเรื่องจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการพัฒนาความจำใช้งาน ทั้งทางภาษาและด้านมิติสัมพันธ์ ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มทักษะทางด้านภาษา และความจำใช้งานแล้ว ยังส่งผลดีต่อทักษะทางวิชาการโดยรวม[15] โดยพบว่าการเล่าเรื่องต้องอาศัยความจำใช้งานในการจัดลำดับเนื้อหา การใช้ภาษา และการเรียบเรียงไวยากรณ์ เด็กที่มีความจำใช้งานดีมักเล่าเรื่องได้อย่างมีโครงสร้างและใช้ภาษาได้อย่างเหมาะสม สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเล่าเรื่องและความจำใช้งาน[16] กิจกรรมการเล่าเรื่องจึงมีศักยภาพในการส่งเสริมและกระตุ้นการทำงานของความจำใช้งานได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยจัดการกับปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้อีกด้วย โดยพบว่าการเล่าเรื่องแบบกลุ่มมีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาทางจิตวิทยาและส่งเสริมพัฒนาการในทุกช่วงวัย[17] เปิดโอกาสให้ผู้เล่าสร้างเรื่องอย่างสร้างสรรค์ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และเปลี่ยนแปลงชีวิตโดยไม่ผูกปัญหาไว้กับตัวบุคคล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมละครและบทบาทสมมุติพัฒนาความจำใช้งานและทักษะทางภาษาในเด็กที่มีสมาธิสั้นและพัฒนาการทางภาษาบกพร่อง[18] มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการเล่าเรื่องเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่สอดคล้องกับพัฒนาการสมองของเด็กวัยเรียน ช่วยเสริมความจำ แก้ไขปัญหาทางจิตใจ และส่งเสริมการรับรู้เชิงบวกต่อตนเองในผู้ที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้[19]

จากหลักฐานงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าการเล่าเรื่องช่วยส่งเสริมความจำใช้งานและการเรียนรู้ระยะยาว สามารถประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ แต่ในบริบทของประเทศไทยยังขาดโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมท้องถิ่น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการทฤษฎีการเล่าเรื่องกับการพัฒนาความจำใช้งานในเด็กประถมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางรากฐานทักษะทางวิชาการ เพื่อเสริมศักยภาพผู้เรียน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติในการยกระดับคุณภาพการศึกษา ลดความเหลื่อมล้ำ และเตรียมความพร้อมสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยเปรียบเทียบคะแนนความจำใช้งานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

สมมติฐานงานวิจัย

1. นักเรียนในชั้นประถมศึกษาที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องมีความจำใช้งาน หลังทดลอง และระยะติดตามผลสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง
2. นักเรียนในชั้นประถมศึกษาที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องมีความจำใช้งาน หลังทดลอง และระยะติดตามสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีการเล่าเรื่อง (NT)[20] และแบบจำลองความจำใช้งานพหุองค์ประกอบ[3] เพื่อพัฒนาความจำใช้งานสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาทีดำเนินการสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยโปรแกรมมุ่งส่งเสริมการทำงานของความจำใช้งานผ่านกิจกรรมการเล่าเรื่องที่กระตุ้นกระบวนการทางสมองตามองค์ประกอบของ ความจำใช้งาน เน้นการสร้างความหมาย การเชื่อมโยงประสบการณ์ การบริหารจัดการข้อมูล การใช้ภาพในใจ (Iner eyes) และการใช้เสียงภายใน (Iner voice) ที่ส่งผลต่อการเพิ่มความจำใช้งาน ประเมินผลความจำใช้งานด้วยแบบทดสอบคอร์ซี่บล็อก (Corsi Block-Tapping Test: CSBT) แบบทดสอบการจำตัวเลขไปข้างหน้า (Forward Digit Span Test: FDST) แบบทดสอบการจำตัวเลขแบบย้อนกลับ (Backward Digit Span Test: BDST) และแบบทดสอบวันแบ็ค (One-back Task: 1BT)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยทำการทดลองและเก็บข้อมูลภายในสถานศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567 ที่มีอายุระหว่าง 9-10 ปี ของ โรงเรียนบ้านปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.25 กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อนที่ α เท่ากับ .05 ค่า Power เท่ากับ 0.8 และ กำหนดค่า p สำหรับสมมติฐานหลักเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 28 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับคู่คะแนน (Matched paired) จากผลการประเมินด้วยแบบทดสอบ Forward Digit span tasks เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการประเมินความจำใช้งานไกล้เคียงกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ในระหว่างการดำเนินงานวิจัยมีนักเรียนขาดเรียน และข้อมูลไม่สมบูรณ์รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 86 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา เป็นวิธีฝึกอบรมทางจิตวิทยาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีการเล่าเรื่อง (NT)[20] และแบบจำลองความจำใช้งานแบบหลายองค์ประกอบ[3] เพื่อพัฒนาความจำใช้งานสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบทดสอบประเมินความจำใช้งานที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของความจำใช้งาน ได้แก่ แบบทดสอบคอร์ซี่บล็อก (Corsi block test; CSBT) เพื่อวัดความจำในการรับเข้าและประมวลผลข้อมูลประเภทแผ่นร่างภาพและมิติสัมพันธ์ แบบทดสอบการจำตัวเลขแบบไปข้างหน้า (Forward digit span tasks; FDST) และแบบทดสอบการจำตัวเลขแบบย้อนกลับ (Backward digit span task: BDST) แบบปากเปล่าเพื่อวัดความจำในการรับและประมวลผลผ่านช่องทางเสียง และแบบทดสอบวันแบ็ค (One-back task; 1BT) เพื่อวัดความจำใช้งานในภาพรวม โดยแบบทดสอบวัดความจำใช้งาน CSBT, FDST และ 1BT นำมาจากโปรแกรมสร้างแบบทดสอบทางจิตวิทยา (Psychology Experiment Building Language; PEBL)[21] ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถเข้าถึงได้เสรี (Ppen access) เผยแพร่เพื่อวัตถุประสงค์ทางการศึกษาและการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาต เพื่อวัดความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านประสิทธิภาพการทำงาน

ของระบบประสาท ที่มีรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบอยู่ในระดับดี[22] จากกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิงแหล่งที่มาอย่างถูกต้อง และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริง โดยการทดสอบใช้เวลาโดยประมาณ 15–30 นาที โดยประเมินความสามารถของความจำใช้งานจากอัตราความ ถูกต้อง (Accuracy rate)

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมต้นแบบที่ได้รับการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษามาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาศาสตร์ จิตวิทยาการกีฬา จิตวิทยาการปรึกษา และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่าแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมมีความเหมาะสม จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และซักซ้อมร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 16 คน ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตามบริบทเป้าหมายระดับชั้น และพื้นฐานทางวิชาการ แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำมาใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 9 ส.ค. 2567 เลขที่การรับรอง IRB4-198/2567 โดยจัดทำหนังสือชี้แจงขั้นตอน วัตถุประสงค์ ประโยชน์ ระยะเวลา และเหตุผลในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อแจ้งให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียดก่อนลงนามในหนังสือยินยอม โดยแยกเอกสารสำหรับผู้ปกครองและเด็ก ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายหลังวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้แบ่งขั้นตอนการเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ โดยก่อนการทดลองผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ และประเมินความจำใช้งานโดยใช้โปรแกรมสร้างแบบทดสอบทางจิตวิทยา (PEBL)[21] ร่วมกับแบบทดสอบแบบปากเปล่า โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และใช้ผลจากแบบทดสอบการจำตัวเลขแบบไปข้างหน้า (FDST) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะทดลองผู้วิจัยฝึกโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่องสำหรับนักเรียนในระดับประถมศึกษา โดยจัดกิจกรรมในกลุ่มทดลองทั้งหมด 12 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมเรียงร้อยผ่านภารกิจ “ผู้พิทักษ์” ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อกระตุ้นความอยากรู้และจินตนาการของผู้เล่า ส่งเสริมการจัดการข้อมูลเดิม ค้นหาข้อมูลใหม่ และสร้างทางเลือกใหม่ ๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย กิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อความคุ้นเคยและเป็นกันเอง การเล่าเรื่องราวที่เป็นปัญหา การตั้งชื่อปัญหาเพื่อแยกแยะเรื่องราวออกจากตัวตน การนำปัญหาออกสู่ภายนอกเพื่อให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่จัดการได้โดยใช้กิจกรรมการพัฒนาเพื่อเสริมทักษะความจำตามองค์ประกอบความจำใช้งาน การรื้อโครงสร้างเรื่องราวเพื่อระบุปัญหา ฝึกความจำใช้งานผ่านการเล่าเรื่องจากประสบการณ์ตรง การเขียนเรื่องราวใหม่เพื่อเปิดมุมมองสร้างสรรค์ และขั้นตอนสุดท้ายคือการสร้างความหมายที่สอดคล้องกับตัวตน บูรณาการและสรุปเชื่อมโยงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรม การวัดความจำใช้งานดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยวิเคราะห์จากอัตราความถูกต้อง (Accuracy rate) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความจำใช้งานในแต่ละระยะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated-Measures analysis of variance: One between-subject variable and one within-subject variable; Howell, 2007) และเมื่อพบความแตกต่างทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่แบบเฟอรอนี (Bonferroni method)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มทดลอง จำนวน 12 คน เพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75 เพศหญิง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุม จำนวน 12 คน เพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 42

เพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58 รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 24 คน

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความจำใช้งานระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบสมมติฐานของการวิเคราะห์โดยใช้ Mauchly's Test of Sphericity เพื่อทดสอบเงื่อนไข sphericity ของข้อมูล ผลการทดสอบพบว่า ทุกตัวแปรยอมรับสมมติฐานศูนย์ (H_o) ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ จากผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความจำใช้งานจากแบบทดสอบ CSBT แบบทดสอบ FDST แบบทดสอบ BDST ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความจำใช้งานของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

การทดสอบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล		SS	df	MS	F	P	η^2
	M	SD	M	SD	M	SD						
CSBT	3.125	1.264	4.125	.801	3.792	1.097	6.222	2	3.111	4.908*	.017	.309
FDST	3.167	1.193	4.583	1.165	4.333	.888	13.722	2	6.861	6.051*	.008	.355
BDST	2.417	.515	3.750	.452	4.167	.718	20.056	2	10.028	30.313*	.000	.734
1BT-C	47.167	24.379	67.917	27.878	58.333	25.148	2588.389	2	1294.194	2.812	.082	.204
1BT-S	48.667	29.527	52.167	26.184	49.917	24.497	75.5	2	37.75	.049	.953	.004

หมายเหตุ: CSBT:แบบทดสอบคอร์ซี่บล็อก, FDST:แบบทดสอบการจำตัวเลขไปข้างหน้า, BDST:แบบทดสอบการจำตัวเลขแบบย้อนกลับ, 1BT: แบบทดสอบวันแบ็ค โดยแสดงผล แยกตามลักษณะสิ่งเร้าที่ปรากฏ: 1BT-Consonant (เสียง) และ 1BT-Square (ภาพ) | *P < .05

เนื่องจากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความจำใช้งานจากแบบทดสอบ CSBT ในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) เช่นเดียวกับแบบทดสอบ FDST ที่คะแนนเฉลี่ยในระยะหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในแบบทดสอบ BDST พบว่าคะแนนเฉลี่ยในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของคะแนนความจำใช้งานจากแบบทดสอบ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบ Sphericity ด้วย Mauchly's Test of Sphericity ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ พบว่าคะแนนความจำใช้งานจากแบบทดสอบ FDST และ BDST แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง ($p < .05$) ขณะที่คะแนนความจำใช้งานจากแบบทดสอบ CSBT มีผลของระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม ส่วนคะแนนความจำใช้งานจากแบบทดสอบ 1BT ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบทดสอบ BDST และแบบทดสอบ 1BT สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนว่าโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยการเล่าเรื่องมีผลต่อการพัฒนาความจำใช้งานบางด้านอย่างชัดเจน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่อง สามารถเสริมสร้างความจำใช้งานของนักเรียนระดับประถมศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล โดยการเล่าเรื่องส่งผลต่อความจำใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกระตุ้นการประมวลผลทั้งภาพและเสียง สนับสนุนการทำงานของช่องทางเสียงและแผ่นร่างภาพมิติสัมพันธ์ในระบบความจำใช้งาน กิจกรรมออกแบบมาเพื่อส่งเสริมองค์ประกอบความจำใช้งาน ได้แก่ การจัดเก็บข้อมูล การจัดการและประมวลผลข้อมูลและการควบคุมความสนใจจดจ่อ โดยร้อยเรียงผ่านกระบวนการเล่าเรื่องที่เน้นการมีส่วนร่วม เชื่อมโยงประสบการณ์ส่วนตัวและสร้างความหมาย

ใหม่ด้วยภาษาของตนเอง เพื่อกระตุ้นกลไกความจำใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทที่สนุกสนานและเป็นธรรมชาติ โดยใช้การเล่าเรื่องเป็นเครื่องมือทางจิตวิทยาในการส่งเสริมการคิด การจัดระเบียบข้อมูล และการเข้าใจตนเอง ซึ่งล้วนจำเป็นต่อการเรียนรู้ในช่วงประถมศึกษาที่เป็นช่วงของพัฒนาการทางภาษาและอารมณ์ที่สำคัญ ดังนั้นกิจกรรมการเล่าเรื่องที่ผสานการฟัง พูด การจินตภาพ และการใช้ภาษา จะช่วยให้เด็กสามารถเชื่อมโยงข้อมูลใหม่กับประสบการณ์ เดิมได้ดีขึ้น โดยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่อง มีคะแนนความจำใช้งานสูงขึ้น สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ มีงานศึกษาที่พบว่าการเล่าเรื่องช่วยส่งเสริมการประมวลผลข้อมูลทั้งประเภทภาพและการทำงานของช่องทางเสียง ผ่านกิจกรรมที่เน้นการฟัง พูด และการใช้ภาษา[15] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการพัฒนาความจำใช้งานสอดคล้องกับกลไกสมองหลายส่วนที่สำคัญ ได้แก่ dlPFC, Precuneus และเครือข่าย Fronto-parietal ซึ่งมีบทบาทในการประมวลผลข้อมูลจัดเก็บ และเรียกคืนข้อมูลในระยะสั้น[16,23] ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเล่าเรื่อง การเล่าเรื่องในโปรแกรมนี้มุ่งเน้นให้นักเรียนได้พัฒนาความจำใช้งานด้านต่าง ๆ ได้แก่ แผ่นร่างภาพและมิติสัมพันธ์ และช่องทางเสียง ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมจินตภาพ เช่น การนึกภาพ การหมุนวัตถุในใจ ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถด้านมิติสัมพันธ์ด้วยการจินตภาพ ดังเช่น กิจกรรม Be You: “จงนึกขึ้นแล้วหมุน ๆ” และการเล่าเรื่องผ่านช่องทางเสียงที่ช่วยพัฒนาความจำใช้งานเชิงภาษา[21] เช่น กิจกรรม Be you: “เสียงของความคิด ห๊ะ!! อะไรนะ” รวมถึงกิจกรรมเล่าเรื่องอื่น ๆ โดยมีงานวิจัยที่พบว่าการเล่าเรื่องมีส่วนช่วยเสริมการทำงานของระบบที่พักเหตุการณ์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการบูรณาการข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งจากความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และการจัดสรรทรัพยากรของความจำใช้งาน ทำให้เกิดความเข้าใจ ผ่านกระบวนการจัดระเบียบข้อมูลในรูปแบบที่มีความหมายและเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้เรียนเอง[24] การตั้งชื่อปัญหาเพื่อแยกแยะเรื่องราวออกจากตัวตนมีผลเชิงบวกต่อการพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการเล่าเรื่องเป็นพื้นที่ปลอดภัย เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กและสามารถช่วยเสริมสร้างความจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ[19] โดยมีงานวิจัยที่พบว่าการเล่าเรื่องมีผลทั้งในแง่ของการป้องกันและการแก้ไขอีกด้วย[17] นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการรับรู้เชิงบวกและความเข้าใจตนเอง โดยโปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านประสาทวิทยาจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น จำนวน 5 ท่าน และผ่านการทดลองเบื้องต้น (Try out) ก่อนนำไปใช้จริง โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความจำใช้งานของเด็กได้อย่างเป็นระบบ

2. นักเรียนประถมศึกษาที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความจำใช้งานด้วยทฤษฎีการเล่าเรื่อง มีคะแนนความจำใช้งานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้งในแบบทดสอบการจำตัวเลขแบบย้อนกลับ (BDST) ซึ่งประเมินการทำงานของช่องทางเสียง และแบบทดสอบวันแบ็ค (1BT) ที่ประเมินการทำงานของระบบความจำใช้งานโดยรวม[3] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเล่าเรื่องช่วยพัฒนาความจำใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเด็กต้องฟัง จดจำ จัดลำดับข้อมูล และเชื่อมโยงเรื่องราวกับประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการจัดระบบข้อมูลใหม่ โดยกระบวนการนี้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกองค์ประกอบในระบบความจำใช้งาน ส่งผลให้เด็กได้ฝึกฝนทักษะความจำใช้งานอย่างต่อเนื่องในบริบทที่เป็นธรรมชาติและมีประสิทธิผล เช่น การฝึกทักษะการเล่าเรื่องผ่านกิจกรรมเฉพาะ เช่น “เสียงของความคิด” และ “เล่า ต่าง มุม” ช่วยกระตุ้นการจัดเก็บข้อมูลทางเสียงและภาพอย่างมีระบบ ส่งเสริมการทำงานของศูนย์กลางการบริหาร (Central executive) และที่พักเหตุการณ์ (Episodic buffer)[14,15] นอกจากนี้มีงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่าการเล่าเรื่องช่วยพัฒนาความสามารถในการจำ การจัดลำดับและการประมวลผลข้อมูลในระบบความจำใช้งาน[18] รวมถึงการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน dlPFC และเครือข่ายสมอง Frontoparietal network ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมข้อมูลและการสร้างแบบจำลองสถานการณ์[23] การเล่าเรื่องมีส่วนช่วยในการพัฒนาความสามารถด้านความจำใช้งานโดยพบว่าเด็กที่มีสมาธิสั้นซึ่งได้รับการฝึกละครซึ่งมีการเล่าเรื่องเป็นส่วนประกอบมีความจำใช้งานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[18] มีรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าความจำใช้งานทั้งด้านภาษาและมิติสัมพันธ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความสามารถในการเล่าเรื่อง โดยเฉพาะความจำใช้งานด้านภาษา ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเล่าเรื่องที่มีโครงสร้าง[16] ทั้งยังพบว่าการรับฟังเรื่องเล่าช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองในเครือข่าย Default Mode Network (DMN) และบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับการประมวลผลทางอารมณ์ การตัดสินใจ และการจัดการความสนใจจดจ่อ ซึ่งเชื่อมโยงกับการควบคุม

และประมวลผลข้อมูลในความจำใช้งาน[24] สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความจำใช้งานสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามแม้กลุ่มทดลองจะมีคะแนนสูงกว่าหลังการทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในระยะติดตามผล จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อประเมินผลในระยะยาว

กล่าวโดยสรุป การเล่าเรื่องอย่างมีเป้าหมายที่บูรณาการทฤษฎีการเล่าเรื่องกับแบบจำลองความจำใช้งานหลายองค์ประกอบ ผ่านกิจกรรม “ภารกิจผู้พิทักษ์” ช่วยกระตุ้นจินตนาการและกระบวนการคิด ส่งเสริมการจัดการข้อมูลอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความจำใช้งานของนักเรียนพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเสริมสร้างความจำใช้งานในเด็กวัยเรียน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติ จากการมอบภารกิจให้เด็กกลับไปฝึกที่บ้าน พบว่าเด็กที่สนใจกิจกรรมมีแนวโน้มพัฒนาทักษะได้ดีกว่า จึงควรส่งเสริมให้ฝึกฝนกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทั้งในห้องเรียนและที่บ้าน

2. ด้านวิชาการ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนประถมช่วงวัยเดียว การประยุกต์ใช้ในช่วงวัยอื่นควรปรับเนื้อหาและกิจกรรมให้เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้เรียนในแต่ละระดับ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. หากต้องการทำการทดลองในกลุ่มเดิม ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ขยายระยะเวลาฝึก และเพิ่มการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลสัมฤทธิ์

2. งานวิจัยในอนาคตควรขยายการวิจัยไปยังช่วงวัยอื่น ๆ เพื่อศึกษาผลของการเล่าเรื่องต่อความจำใช้งานตามพัฒนาการของสมองในแต่ละช่วงวัย

References

1. Diamond A. Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013; 64(1): 135-68. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.
2. Haenjohn J. Cognitive psychology. 3rd ed. Bangkok: Grandpoint; 2021. (in Thai)
3. Baddeley A. The episodic buffer: a new component of working memory? Trends in Cognitive Sciences. 2000; 4(11): 417–23. doi:10.1016/S1364-6613(00)01538-2.
4. Rao PS, Pandey MK, Mishra P, Deshmukh S, Jahan M, & Manohar JS. Is training working memory in children with learning disabilities a viable solution? A systematic review. Annals of Neurosciences. 2024; 31(2): 124–31. doi: 10.1177/09727531231198639.
5. Shaban A, Chang V, Amodu OD, Attia MR, & Abdelhamid GSM. A systematic review of working memory applications for children with learning difficulties: transfer outcomes and design principles. Education Sciences. 2024; 14(11): 1-20.doi:10.3390/educsci14111260.
6. Cowan N. Working memory capacity. New York (NY): Psychology Press; 2005.
7. Gray S, Fox AB, Green S, Alt M, Hogan TP, Petscher Y, & Cowan N. Working memory profiles of children with dyslexia, developmental language disorder, or both. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. 2019; 62(6): 1839-58. doi:10.1044/2019_JSLHR-L-18-0148.
8. Chaldogeridis A, & Tsiatsos T. Implementation and evaluation of a serious game for working memory enhancement. Applied Sciences. 2020; 10(24): 1-16 doi:10.3390/app10249128.
9. Ruksawong P, Haenjohn J, & Sirithadakunlaphat S. A development of visual imagery based on Gestalt training program in elementary school students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 302–8. (in Thai)
10. Anumat P, Haenjohn J, & Supwirapong W. The effects of working memory training program on senior high school students. Journal of Educational Measurement Mahasarakham University. 2018; 24(2): 143–52. (in Thai)

11. Punpoem N, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Delay dementia in the elderly: a working memory training program based on acceptance and commitment therapy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 23(3): 428-37. (in Thai)
12. Ramezani M, Behzadipour S, Pourghayoomi E, Joghataei MT, Shirazi E, & Fawcett AJ. Evaluating a new verbal working memory-balance program: a double-blind, randomized controlled trial study on Iranian children with dyslexia. BMC Neuroscience. 2021; 22(1): 1-17. doi:10.1186/s12868-021-00660-1.
13. Stadler M, & Ward G. Supporting the narrative development of young children. Early Childhood Education Journal. 2005;33(2): 73–80. doi:10.1007/s10643-005-0024-4.
14. Vygotsky LS. Mind in society: development of higher psychological processes. Cole M, John-Steiner V, Scribner S, Souberman E, editors. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1978. doi:10.2307/j.ctvjf9vz4.
15. Pauls LJ, & Archibald LM. Cognitive and linguistic effects of narrative-based language intervention in children with developmental language disorder. Autism & Developmental Language Impairments. 2021; 6. doi:10.1177/23969415211015867.
16. Veraksa A, Bukhalenkova D, Kartushina N, & Oshchepkova E. The relationship between executive functions and language production in 5–6-year-old children: Insights from working memory and storytelling. Behavioral Sciences. 2020; 10(2): 1-12. doi:10.3390/bs10020052.
17. Ekinci N, & Tokkaş BG. A systematic review of narrative therapy. Current Approaches in Psychiatry. 2024; 16(1): 58-71. doi:10.18863/pgy.1256695.
18. Kejani M, & Raeisi Z. The effect of drama therapy on working memory and its components in primary school children with ADHD. Current Psychology. 2022; 41(1): 417–26. doi:10.1007/s12144-019-00564-8.
19. Jørgensen C, Behrmann J, Blaabjerg J, Pettersen K, & López K. Narrative therapy with children: a qualitative interview study with Danish therapists about the application of narrative practices. Counselling and Psychotherapy Research. 2024; 24(1): 295–307.
20. White M, & Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: WW Norton; 1990.
21. Mueller ST. PEBL: The Psychology Experiment Building Language. Version 2.1. 2019.
22. Piper BJ, Mueller ST, Geerken AR, Dixon KL, Kroliczak G, Olsen RH, & Miller JK. Reliability and validity of neurobehavioral function on the Psychology Experimental Building Language test battery in young adults. PeerJ. 2015;3:e1460. doi:10.7717/peerj.1460.
23. Ren Z, Zhang Y, He H, Feng Q, Bi T, & Qiu J. The different brain mechanisms of object and spatial working memory: voxel-based morphometry and resting-state functional connectivity. Frontiers in Human Neuroscience. 2019;13(248): 1-9.doi:10.3389/fnhum.2019.00248.
24. Jääskeläinen IP, Klucharev V, Panidi K, & Shestakova AN. Neural processing of narratives: from individual processing to viral propagation. Frontiers in Human Neuroscience. 2020; 14(253): 1-9. doi:10.3389/fnhum.2020.00253.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม

Predicting Factors of Breast Cancer Prevention Behavior among Muslim Women

พิมพ์วิภา ศรีชมภู พวงผกา คงวัฒนานนท์* จีราภรณ์ กรรมบุตร
Pimvipa Srichoompu Puangpaka Kongvattananoa* Jeeraporn Kummabutr
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum thani, Thailand. 12120

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์การป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือสตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพเขต 4 สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งเขตพื้นที่ ร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 105 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคว์สแคว และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.40 (SD=1.11) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมุสลิม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (β = .298, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .452, $p < .05$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 43.8 (R^2 = .438, $F_{(2, 104)}$ = 39.687, $p < .05$) ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมควรคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และเน้นการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยให้บรรลุผลได้

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมการป้องกันโรค, มะเร็งเต้านม, สตรีมุสลิม

Abstract

This study aims to describe the breast cancer prevention behavior and to examine factors predicting the breast cancer prevention behavior among Muslin women. The factors were perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, perceived self-ability, and social support. The samples, randomized by cluster sampling and simple random sampling, were 105. The statistic was descriptive, Chi square and Multiple Linear Regression Analysis. The results showed that the average score for the breast cancer prevention behavior Muslim women was the moderate level (3.40, SD=1.11). Factors that significantly predicted the breast cancer prevention behavior among Muslin women were perceived susceptibility of breast cancer (β = .298, $p < .05$) and social support (β= .452, $p < .05$). The total variance explained by these factors among the sample

Corresponding : E-mail : Pimvipa039@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (Received) 16 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 22 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 2 พ.ค. 2568

was 43.8 percent (R^2 = .438, $F_{(2,104)}$ = 39.687, p < .05) The conclusion of study showed the two significant factors effect to the breast cancer prevention behavior among Muslin women. So, effectiveness of health promotion should concern two factors.

Keywords: Predicting factors, Prevention behavior, Breast cancer, Muslim women

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีและพบเป็นสาเหตุการตายอับดับ 1 ของมะเร็งในสตรีและมีอุบัติการณ์สูงสุดในสตรีทั่วโลก เช่นเดียวกับอุบัติการณ์มะเร็งเต้านมในประเทศไทยซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทั้งหมดในเพศหญิง[1] และสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยช่วงอายุที่พบว่าสตรีไทยเป็นมะเร็งมากที่สุด คือ อายุ 35-65 ปี[2] มะเร็งเต้านมนอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ยังรวมถึงเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงแล้ว มะเร็งเต้านมยังทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก มะเร็งเต้านมในระยะแรกมักจะไม่แสดงอาการ สตรีส่วนใหญ่จึงมักมาพบแพทย์ด้วยอาการคลำพบก้อนที่เต้านมหรือมีอาการเจ็บเต้านม ดังนั้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะนำไปสู่การค้นพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก และการตรวจตรวจคัดกรองจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดคือการค้นหาความผิดปกติของเต้านมให้เร็วที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาหายขาดและรอดชีวิตได้[3]

การตรวจค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรกเริ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง และประหยัดที่สุดทั้งทางด้านงบประมาณ และเวลา เพราะเป็นการตรวจค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการเพื่อทราบลักษณะของเต้านมที่ปกติเปรียบเทียบกับลักษณะเต้านมที่เริ่มมีความผิดปกติได้ เมื่อผู้หญิงสามารถตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้เร็วจะเป็นผลดีต่อการรักษา ทำให้อัตราการอยู่รอดเพิ่มขึ้น[4] จะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญจึงจำเป็นต้องรณรงค์ให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งนอกจากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การส่งเสริมสุขภาพด้วยการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ยังช่วยส่งเสริมให้ร่ายกายแข็งแรง มีสารต้านอนุมูลอิสระที่ช่วยป้องกันมะเร็งได้ ดังนั้น การมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมทั้งการดูแลตนเอง การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะช่วยให้ทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้หญิงเหล่านั้นมารักษาได้เร็วขึ้น และจากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมที่มุ่งเน้นสตรีทุกกลุ่มที่ไม่ได้เจาะจง ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรสตรีเป็นภาพรวม ไม่ได้แยกตามการนับถือศาสนา ไม่ได้อธิบายแยกตามความแตกต่างของวิถีชีวิตและวัฒนธรรม และไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ในขณะเดียวกันมีโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือ ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างหลากหลายในรอบ 10 ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าในภาพรวมยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก โดยอธิบายได้จากจำนวนผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงควรมีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่มีความแตกต่างด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และการใช้ชีวิตหรือวิถีชีวิตที่มีความหลากหลายในปัจจุบันและด้วยบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป ดังจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมในประเทศไทยที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อแยกสถิติผู้ป่วยมะเร็งตามรายภาคพบว่าภาคกลางมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับ 2 รองจากกรุงเทพมหานคร และมีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม รองมาจากภาคใต้[5] เมื่อพิจารณาผู้นับถือศาสนาอิสลามในเขตพื้นที่สุขภาพเขต 4 พบว่าจากจังหวัดมีผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด คือ จังหวัด อยุธยา นนทบุรี และปทุมธานี ตามลำดับ นอกจากนี้มีการศึกษา พบว่าผู้หญิงมุสลิมเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากวิถีชีวิตและความเชื่อของคนมุสลิม เชื่อว่าผู้หญิงต้องปกปิดร่างกาย การเปิดเผยร่างกายเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม[6] ซึ่งการแต่งกายของสตรีมุสลิมจะต้องไม่เปิดเผยรูปร่างหรือใส่เสื้อผ้าที่รัดรูปสามารถเปิดเผยได้เฉพาะใบหน้าและมือเท่านั้นตามหลักศาสนาผู้เป็นภรรยาจะต้องเชื่อฟังสามี เพราะสามีคือหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้คุ้มครอง[7] และเป็นผู้หา

ปัจจัยยังชีพในครอบครัว ดังนั้น การแสวงหาการรักษาของสตรีมุสลิมเมื่อเจ็บป่วยต้องขึ้นกับสามีและครอบครัว รวมถึงการทำกิจกรรมทางสุขภาพด้วย เช่น การฉีดวัคซีน การตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ การตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งท้าทายที่สตรีมุสลิมต้องปฏิบัติด้วยตนเอง

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมภาคกลางในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 4 และคาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการให้สตรีมุสลิมให้มีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

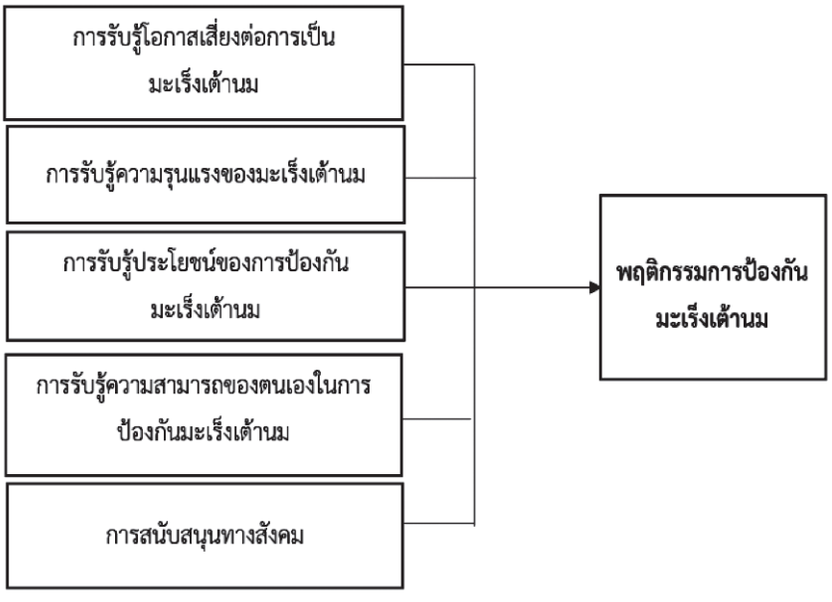
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม ปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต๊อก[8] ซึ่งประกอบด้วย 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4. การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือการมีความเชื่อมั่นในความสามารถตน มาใช้เป็นกรอบแนวคิด และได้เพิ่มองค์ประกอบด้านการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยเชื่อว่า หากสตรีมุสลิมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้สตรีมุสลิมเกิดการรับรู้การคุกคามของโรคมะเร็งเต้านม และสร้างแรงผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งเมื่อสตรีมุสลิมมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น สตรีมุสลิมนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเกิดขึ้น และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะสามีและบิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ มีผลทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนซึ่งหมายถึงสตรีมุสลิมเกิดความรู้สึกผูกพันมองเห็นคุณค่าของตนและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญต่อปัญหาสุขภาพได้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมที่ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Descriptive Research) เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สุขภาพเขต 4 ที่มีอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้สุ่มได้จาก 3 จังหวัด คือ ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และนครนายก โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1. มีชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่ศึกษา 2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยและเข้าใจได้ และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 20-49 ปี[4] ได้ค่า Effect size = 0.565 ซึ่งคำนวณได้ค่า effect size ที่มีขนาดใหญ่ ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดของ effect size ขนาดกลางแทน นำไปคำนวณในโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ = .05 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน และเพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความพอเพียงในการวิเคราะห์ เนื่องจากข้อมูลอาจสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในระหว่างดำเนินงานวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 7 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก ประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม การใช้ฮอร์โมนทดแทน การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธอัลตราซาวด์หรือแมมโมแกรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบการรับรู้ประโยชน์การป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบการมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 14 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2-6 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และลักษณะเป็นมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม พัฒนาจากแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านมของ World Health Organization[9] และคู่มือการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองของมูลนิธิถันยรักษ์ ฉบับปรับปรุง[10] จำนวน 14 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และ ไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ .96 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับสตรีมุสลิมในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 เมื่อแยกเป็นรายด้านมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .80, .87, .87, .90. และ .77 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ในการดำเนินการวิจัย และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 082/2567 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2567 ถึง 23 กรกฎาคม 2568

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้ 1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยติดต่อนัดหมายและประสานงานกับผู้อำนวยการและอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากผู้รับบริการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเป้าหมายที่กำหนด 2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมายกับผู้อำนวยการและอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วันและเวลาราชการ จันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.30-16.30 และวันหยุด เสาร์-อาทิตย์) และเก็บข้อมูลทีละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเป้าหมาย โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามประเด็นต่างๆหากมีข้อสงสัย ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมแบบสอบถามที่เตรียมไว้ในที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เป็นส่วนตัวและมีความเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถาม เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง รวบรวมแบบสอบถามมาลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์การป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยหาค่าช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันมะเร็งเต้านมของหญิงสตรีมุสลิม โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=105)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (M=40.84, SD=12.11, Min=20, Max=59)			รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.9
<30	26	24.8	รับจ้าง	23	21.9
30 – 39	18	17.1	เกษตรกรรม	4	3.8
40 – 49	30	28.6	นักศึกษา / อสม.	3	2.9
50 – 59	31	29.5	มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ (ปี) (M=13.39, SD=1.65, Min=10, Max=18)		
สถานภาพสมรส			อายุน้อยกว่า 12 ปี	14	13.3
โสด	29	27.6	อายุ 12-17 ปี	89	84.8
คู่	68	64.8	อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป	2	1.9
หม้าย / แยก / หย่าร้าง	8	7.6	ประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรง ได้แก่ มารดา พี่น้อง หรือบุตร เป็นมะเร็งเต้านม		

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n=105) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปจำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (kg/m²) (M=25.19, SD=5.79, Min=15.99, Max=42.58)		ไม่มี	13	12.4
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	9	8.6	มี	92	87.6
ปกติสมส่วน (18.5 - 22.9)	34	32.4	ประวัติใช้ฮอร์โมนทดแทน หรือยาคุมกำเนิด > 5 ปี		
น้ำหนักเกิน (23 - 24.9)	14	13.3	ไม่เคย	79	75.2
อ้วน (> 25)	48	45.7	เคย	26	24.8
ระดับการศึกษาสูงสุด			เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง		
ประถมศึกษา	22	21.0	ไม่เคย	54	51.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	26.7	เคย	51	48.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อนุปริญญา/ปวช.	32	30.4	เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หรือแมมโมแกรม		
ปริญญาตรี / ปวส.	23	21.9	ไม่เคย	90	85.7
อาชีพในปัจจุบัน			เคย	15	14.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน	32	30.4			
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	40	38.1			

จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สุขภาพเขต 4 จำนวน 105 คน จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม โดยรวมและรายด้าน (n=105)

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม	คะแนนที่เป็นไปได้	Min	Max	M	SD	ระดับ
ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ	1-5	1.20	5.0	3.74	0.98	มาก
ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	1-5	2.33	5.0	3.27	1.08	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม	1-5	1.67	5.0	3.28	1.08	ปานกลาง
ด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	1-5	1.33	5.0	3.20	1.30	ปานกลาง
โดยรวม	1-5	1.63	5.00	3.40	1.11	ปานกลาง

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.40, SD=1.11) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก รองลงมา คือ ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่ศึกษา และอำนาจทำนายของปัจจัย กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคม โดยทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงสุด คือ การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม (r=0.612, p< .05) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม (r=0.547, p< .05) ส่วนปัจจัยที่ความสัมพันธ์ระดับต่ำสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม (r=0.535, p< .05)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การทำนายของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม (n=105)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.	β	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านม	0.424	0.083	0.452	5.129	0.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม	0.337	0.100	0.298	3.378	0.00
Constant	0.612	0.340		1.801	0.07

$R = 0.662$, $R^2 = 0.438$, Adjusted $R^2 = 0.427$, $F_{1, 102} = 11.410$, $p < .05$

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) มี 2 ตัวแปร ตามลำดับดังนี้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระ (β) เท่ากับ 0.424 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระ (β) เท่ากับ 0.337 โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม ได้ร้อยละ 43.8 ($R^2 = 0.438$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{1, 102} = 11.410$, p< .05)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าสตรีมุสลิมมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในระดับปานกลาง (M=3.40, SD=1.11) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมแต่ละด้าน พบว่าด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ มีคะแนนในระดับมาก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมที่พบมากที่สุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์นั้นเป็นการขัดต่อหลักศาสนา และผู้หญิงจะไม่ดื่มเครื่องดื่มมึนเมาผู้ที่ดื่มจะถูกกมองว่าเป็นคนไม่ดี[11] ทั้งนี้มีการศึกษาในประเทศกานาซึ่งประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามพบว่าการบริโภคแอลกอฮอล์ไม่ใช่เรื่องปกติในหมู่ผู้หญิง และเยาวชนและผู้คนมักจะไม่เห็นด้วยกับการเมาสุรา โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์แล้ว ผู้หญิงที่ดื่มแม้เพียงเล็กน้อยจะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วยการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อวันเพิ่มขึ้น ซึ่งแอลกอฮอล์มีส่วนทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมประมาณ 19% เมื่อเทียบกับปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้[12]

ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พบว่า มีคะแนนในด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.0 ออกกำลังกายครั้งละ 30-60 นาที (M=3.18, SD=1.10) ซึ่งแสดงถึงการออกกำลังกายที่มีความถี่ในระดับปานกลางแสดงถึงการออกกำลังกายที่เป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของบังอร และจงมณี[13] ที่พบว่าการออกกำลังกายที่สามารถทำได้

ง่ายและไม่ซับซ้อน เช่น การเดิน การวิ่ง หรือการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การทำงานบ้าน สามารถเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรทั่วไปได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีเวลาจำกัด งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยวิธีง่าย ๆ สามารถนำมาซึ่งประโยชน์ทางสุขภาพและส่งเสริมความยั่งยืนในการรักษาสุขภาพโดยรวม ด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม พบว่า มีคะแนนในด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหรือรู้สึกไม่สบายใจจนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตมากที่สุดร้อยละ 42.9 และมีวิธีการลดความเครียด คือ ใช้วิธีฟังเพลงหรือปลูกต้นไม้ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ดี และเลือกที่จะปรึกษาผู้อื่นเพื่อหาทางออก ร้อยละ 42.9 สอดคล้องกับการศึกษา โดยพบว่า การฟังเพลงและการทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น การปลูกต้นไม้ สามารถช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14] นอกจากนี้ยังพบว่า การปรึกษาผู้อื่นถือเป็นวิธีที่ช่วยในการรับมือกับความเครียดได้ดี ซึ่งช่วยให้ผู้ที่เครียดได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำที่สามารถทำให้สถานการณ์เครียดดูเบาลง[13] และด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า มีคะแนนในด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งเต้านม แต่ยังขาดการปฏิบัติตนในบางด้าน เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง การขาดทักษะในการตรวจเต้านมและความจำเป็นในการตรวจเป็นระยะ ๆ จึงเป็นตัวบ่งชี้ว่าประชากรทั่วไปของผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากการทำงานและการดูแลครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่วนใหญ่จะตรวจเมื่อเกิดความกังวลจากการได้รับข่าวการเจ็บป่วยของผู้อื่นที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม[13] ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและความถูกต้องของช่วงเวลาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ขาดความชำนาญและความถูกต้อง เนื่องจากไม่ได้ปฏิบัติบ่อย ทำให้ลืมขั้นตอนการตรวจ นอกจากนี้ยังพบว่าการแนะนำให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง พร้อมทั้งกำหนดยุทธศาสตร์และรูปแบบกลวิธีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง[14] อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังเห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และเป็นการคัดกรองเบื้องต้นที่ดีที่สุด จะช่วยให้พบสิ่งผิดปกติในระยะแรกและทำให้รักษาได้เร็วขึ้น มีโอกาสหายขาดมากขึ้น

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนาย และสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม

การสนับสนุนทางสังคม ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งของสตรีมุสลิมเป็นลำดับที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 45.2 (β=0.452, p< .05) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในสตรีมุสลิม โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนในการให้คำแนะนำและสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในกรณีที่มีอาการผิดปกติ ทำให้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองและการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแยกตามรายข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมมากที่สุดคือ เมื่อมีอาการผิดปกติที่เต้านม ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดแนะนำให้ไปตรวจมะเร็งเต้านมได้ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนที่ชัดเจนจากครอบครัวในกรณีที่มีอาการผิดปกติ ในขณะเดียวกันเมื่อทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องมาจากการสนับสนุนจากครอบครัวและคนใกล้ชิดช่วยเสริมแรงใจและกระตุ้นให้สตรีมุสลิมใส่ใจในการตรวจเต้านมและปฏิบัติตัวในการป้องกันมะเร็งเต้านมได้มากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock ที่พบว่าเมื่อบุคคลได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากบุคคลภายนอก ได้แก่ การช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว หรือเพื่อน คำแนะนำจากบุคคลใกล้ที่มีความสัมพันธ์กับสตรี วัยเจริญพันธุ์หรือแพทย์ โดยปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทั้งที่มาจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคลทำหน้าที่คล้าย ๆ กับตัวจุด

ประกายที่จะนำบุคคลไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง[15] พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อนพ้อง และการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทย และสอดคล้องกับการศึกษาระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดปทุมธานี16 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวช่วยจูงใจให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมได้มากขึ้นเมื่อได้รับอนุญาตจากสามีหรือหัวหน้าครอบครัว[11,18]

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งของสตรีมุสลิมเป็นลำดับที่ 2 โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของสตรีมุสลิมได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 (β =0.298, p< .05) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งในสตรีมุสลิม สามารถอธิบายได้ว่าสตรีมุสลิมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมในระดับมาก โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อย และพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีทั้งหมด1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อยและคนในครอบครัวเป็นก็มีโอกาสเป็นสูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็น[4] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามตระหนักถึงความเสี่ยงจากประวัติครอบครัว เมื่อทดสอบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าสตรีที่มี การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม คือ ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็ง เต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[17] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้หญิงที่มีการศึกษาดีจะทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมจะมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งเต้านมดีกว่าคนที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำ[18]

ในขณะเดียวกันปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านมและการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม อาจเนื่องมาจากอาจเนื่องมาจากความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม ซึ่งอาจทำให้การตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกมองว่าไม่เหมาะสมหรือผิดหลักศาสนา นอกจากนี้ ความเข้าใจหรือการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในกลุ่มนี้อาจมีข้อจำกัด ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมะเร็งเต้านม และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิมไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีมุสลิม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการศึกษาควรได้รับการส่งเสริมคือ เน้นการสร้างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมและการสนับสนุนทางสังคม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการป้องกันได้ดีขึ้น

2. ควรพัฒนานโยบายด้านการสื่อสารสุขภาพและการให้ความรู้ที่ตรงกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความตระหนักและการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม เช่น การให้บริการตรวจคัดกรองในชุมชนหรือการเพิ่มหน่วยตรวจเคลื่อนที่ที่เน้นความสะดวกสบายและความเคารพต่อวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 2 ปัจจัย มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมและการสนับสนุนทางสังคม และจัดให้ครอบครัว/ผู้นำองค์กรและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

2. ควรมีการศึกษาที่เจาะลึกเกี่ยวกับปัจจัยทางวัฒนธรรมและศาสนาที่ส่งผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีมุสลิม เพื่อหาวิธีการปรับใช้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการเข้าถึงข้อมูลที่เหมาะสมและไม่ขัดแย้งกับความเชื่อและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย

References

1. Tiensap J, Khungtumneum K, & Sikaow O. The Effects of A Breast Self-Examination Application on Health Beliefs and Breast Self-Examination in Working Women. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 279-88. (in Thai)
2. Chaiweerawattana A, & Imsamran W. Recommendations for breast cancer screening in Thailand. Bangkok; National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. 2019. (in Thai)
3. Ardwichai P, & Choodum N. The Chances of Survival for Breast Cancer Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(3): 19-25. (in Thai)
4. Choitanong W.Factor predicting breast self-examination behavior among reproductive age women at bo thai subdistrict, petchabun province.(thesis). Naresuan: Naresuan University; 2022 (in Thai)
5. National Statistics Office. Survey of Social and Cultural Conditions. Bangkok: Cabinet Publishing House and Government Gazette. 2012.
6. Tohkani D, Thongkoop B, & Tummala P. The Factors Influencing Breast Self-Examination of Women in Menopausal Clinic at Hospitals in Three Southern Border Provinces of Thailand. 2009; (1): 1-14.
7. Saki M. Provisions on Women in Islam. Yala: Yala Islamic University. 2011.
8. Strecher VJ, & Rosenstock IM.The health belief model. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 2nd ed. San Francisco: Lossey-Bass.1996.
9. World Health Organization. Cancer control: Prevention. Swiitzerland. 2014.
10. Thanyarak breast center. Breast self examination instructor guide. Editor. Operative obstetric. 2nd ed. Bangkok: Modern film center: 2017.
11. Kongvattananon P, & Othaganont P. The effects of a knowledge management skill development program (KMSDP) on the holistic health promotion knowledge management behaviors of muslim women leaders. The Open Public Health Journal. 2019;12(1): 331-6.
12. Osei-Afriyie S, Addae A, Oppong S, Amu H, Ampofo E, & Osei E. Breast cancer awareness, risk factors and screening practices among future health professionals in Ghana: A cross-sectional study. PloS one. 2021; 16(6): 1-17.
13. Suphaket B, Suriya J, & Jongmanee S. The Evaluation of breast Self-Examination behavior among Thai female under the project Royal Grandmother's initiative aginst breast cancer. .(Report). Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. 2012.

14. Lourchum W. Factors related to breast cancer prevention behavior of women aged 30-70 years in the area of Ban Saeng Wiman Health Promoting Hospital Khlong Noi Subdistrict Pak Phang District, Nakhon Si Thammarat Province.(Report). Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. 2021.
15. Pakkajeerasakul P. Factor affecting breast self-examination behavior among Thai woman in Lampang Province.(thesis). Pathum Thani. Thammasat University; 2016. (in Thai)
16. Peyachun P, Chamjareon C, Rapeepornkul S, & Makmaitree S. Relationships between Social Support, Motivation and Breast Cancer Prevention Behaviors of women Using in Sub-District Health Promotion Hospital, Pathumthani Journal of Nusring Science Christian University of Thailalnd. 2021; 8(2): 1-16. (in Thai)
17. Pakdevong N, & Komonwipast N. Knowledge, Health belief, Self-Efficacy and Breast Self-Examination among Female Student Receiving Breast-Self-Examination Enhancing Program. International Journal ISSN.2018; 7(1): 56-70. (in Thai)
18. Gül S, & Büyükbayram Z. Identification of women's breast cancer prevention behaviors and the associated factors: The case of the southeastern Anatolia Region. Health Care for Women International. 2024; 45(3): 373-88.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล

Factors Related to Active Learning Management of Nursing Students

ภาสินี โทอินทร์[1] สิริอร ข้อยุ่น*[2] พัฒนี ศรีโอษฐ์[1] เบญจวรรณ กิจควรดี[2]
Pasinee Thoin[1] Siriorn Khoyun*[2] Phattnee Srioad[1] Benjawan Kitkhaundee[2]
[1]วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 40000
[1]Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand 40000
[2]วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ อุดรธานี ประเทศไทย 41330
[2]Boromarajonani College of Nursing Udon thani, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand 41330

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในห้องเรียน สื่อการเรียนการสอน รูปแบบกิจกรรมการสอน และอาจารย์ผู้สอนกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 218 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของนักศึกษาพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา 0.67-1 และค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) เจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก อยู่ในระดับมาก (Mean= 3.72, S.D.= 0.61) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมการสอน อาจารย์ผู้สอน สื่อการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมในห้องเรียน (r =0.63, 0.61,0.53 และ 0.43) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีต่อความสัมพันธ์, การจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This descriptive research aimed to study nursing students' attitudes toward active learning and to examine the relationship between various factors, including the classroom environment, teaching media, teaching activities, and instructors. The sample consisted of 218 nursing students from Boromarajonani College of Nursing, ranging from the 1st to 4th year in the academic year 2024. The research instrument was a questionnaire assessing nursing students' attitudes toward active learning and the factors related to these

Corresponding author: *E-mail: Siriornk@gmail.com

วันที่รับ (Received) 28 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 16 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 23 ส.ค. 2568

attitudes. The content validity of the questionnaire, resulting in a content consistency index of 0.67 to 1. The reliability of the questionnaire was determined using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability score of 0.97. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The research findings indicated that: 1) Nursing students had a high level of positive attitudes towards active learning (Mean = 3.72, S.D. = 0.61). 2) Factors such as teaching activities, instructors, teaching media, and classroom environment had statistically significant positive relationships with students' attitudes toward active learning, with correlation coefficients (r= 0.63., 0.61, 0.53 and 0.43, respectively), with a p-value of <0.001.

Keywords: factors related to, active learning, nursing students

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสอดรับกับการจัดการกับปัญหาสุขภาพในสังคมและก้าวทันโลกของเทคโนโลยีในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริงโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงสู่การปฏิบัติที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนทั้งในเชิงความรู้ วิธีการเรียนรู้ การได้มาซึ่งความรู้ การรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนในลักษณะดังกล่าวจะสอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียนตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ภายในและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง คือ ทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)[1] ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก คือ แรงบันดาลใจ (motivation) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เริ่มต้นจากความสนใจของผู้เรียน และการเรียนรู้แบบเชิงรุกหรือลงมือปฏิบัติ (active learning) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้เรียน จึงเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียน สนุกกับการเรียน เป็นหลักการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21[2] กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทสำคัญที่สุดในกระบวนการจัดการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์การเรียนรู้ โดยใช้กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมของตนเอง ในการสร้างองค์ความรู้ มีการเชื่อมโยงองค์ความรู้ใหม่จากการมีปฏิสัมพันธ์ในการเรียนรู้ร่วมกัน[3] ส่งเสริมให้ผู้เรียน มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา รู้จักการทำงานเป็นทีม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านกระบวนการคิด ได้เรียนรู้ความมีวินัยในการทำงานร่วมกับผู้อื่น เชื่อมโยงประสบการณ์จนเกิดประโยชน์และที่สำคัญต้องพัฒนาผู้เรียนให้ค้นหาศักยภาพตนเอง สามารถปรับตัวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในอนาคตได้[4,5] ปัจจุบันได้นำเกณฑ์การประกันคุณภาพมหาวิทยาลัยอาเซียน (Asean University Network Quality Assurance : AUN QA) มาใช้ในการประกันคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งตัวชี้วัดเรื่องกลยุทธ์การสอนมุ่งเน้นให้มีการจัดการเรียนการสอนมีความหลากหลายตามลักษณะของรายวิชาต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งในด้านเนื้อหาความรู้และทักษะในการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การบรรลุผลการเรียนรู้ที่คาดหวัง[6] สอดคล้องกับลักษณะการจัดการเรียนการสอนพยาบาล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนานักศึกษา ด้านพุทธพิสัย จิตพิสัยและทักษะพิสัย กิจกรรมการเรียนการสอนทั้งการเรียนทฤษฎี ทดลองในห้องปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง มุ่งเน้นให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน โดยมีการจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนแบบใฝ่รู้ ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ จนสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้[7] โดยการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ รวมถึงส่งเสริมให้นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อการเรียน ล้วนมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในตัวนักศึกษาเอง ได้แก่ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองและทัศนคติที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน รวมถึงปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษา ได้แก่ การวัดและประเมินผล ผู้สอน สื่อสิ่งสนับสนุน และการจัดการ ซึ่งพบว่าปัจจัยภายนอกมีผลต่อ

ความพึงพอใจของนักศึกษามากกว่าปัจจัยภายใน[8]

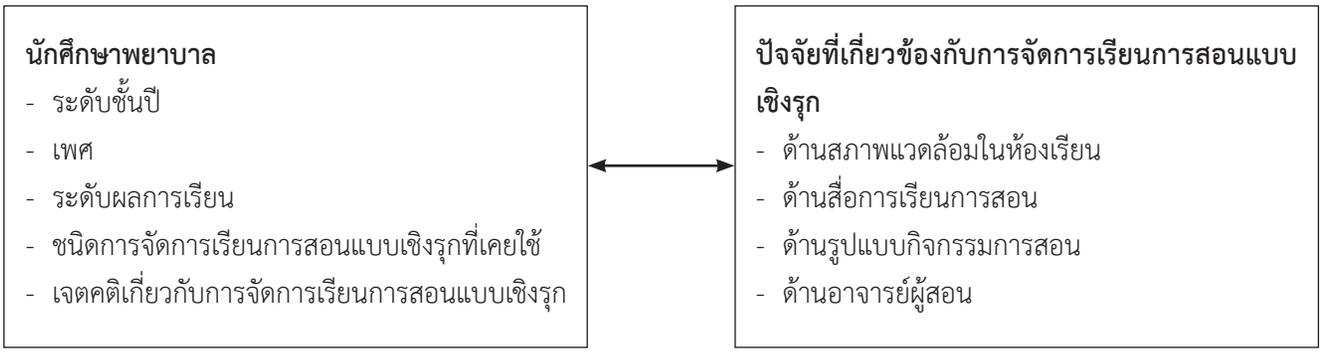
จากข้อมูลการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่ในการสอนภาคทฤษฎีที่มีเนื้อหาค่อนข้างมากนักศึกษายังมีส่วนร่วมในการเรียนน้อย อาจนำความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ซึ่งอาจารย์ผู้สอนทุกคนต่างตระหนักและให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยนำวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก มาใช้กับนักศึกษาทุกชั้นปี เช่น การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การสอนด้วยสถานการณ์จำลองเหมือนจริง การเรียนรู้แบบร่วมมือ การแสดงบทบาทสมมุติ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี ให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรที่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน จึงมีความสนใจศึกษาเจตคติของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกและเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษาให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามความมุ่งหวังของหลักสูตร และเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำมาออกแบบวิธีการวิจัยโดยกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติในการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยภายนอกที่สอดคล้องกับบริบทวิทยาลัย ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน ด้านสื่อการเรียนการสอน ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอน และด้านอาจารย์ผู้สอน จึงได้กำหนดตามกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ปีการศึกษา 2567 จำนวน 478 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่นปีการศึกษา 2567 จำนวน 218 คน และเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิชนิดเป็นสัดส่วนเท่ากัน(Proportional stratified random sampling) จากนักศึกษาทุกชั้นปีแล้วสุ่มอย่างง่าย โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane[9] ดังนี้

n = N/1+Ne2 แทนค่า n = 478/1+ (478x 0.052) ได้ n = 218 คน

(N= จำนวนประชากร n= จำนวนกลุ่มตัวอย่าง e=ขนาดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่นที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนเชิงรุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ ระดับชั้นปี เพศ ระดับผลการเรียน และชนิดการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกที่เคยใช้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งมีความหมาย 5 ระดับ คือ 5=เห็นด้วยมากที่สุด 4=เห็นด้วยมาก 3=เห็นด้วยปานกลาง 2= เห็นด้วยน้อย และ 1 =เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก จำนวน 28 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน 7 ข้อ ด้านสื่อการเรียนการสอน 8 ข้อ ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอน 8 ข้อ และด้านอาจารย์ผู้สอน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งมีความหมาย 5 ระดับ คือ 5=เห็นด้วยมากที่สุด, 4=เห็นด้วยมาก 3=เห็นด้วยปานกลาง 2= เห็นด้วยน้อย และ 1=เห็นด้วยน้อยที่สุด

การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย คือ 4.51-5.00 =มากที่สุด 3.51-4.00 =มาก 2.51-3.00 =ปานกลาง 1.51-2.00 =น้อย 1.00-1.50 =น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสม ครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษา มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) แบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's coefficient) ค่าความความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกเท่ากับ 0.92 ของแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกเท่ากับ 0.98 และค่าความความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังโครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โดยคณะผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูล ให้ทราบว่าไม่ต้องระบุชื่อ สกุล ในการตอบแบบสอบถาม และหากไม่สะดวกที่จะตอบคำถามใดมีสิทธิที่จะไม่ตอบข้อคำถามข้อนั้น พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบตามจำนวน 218 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย โครงการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เอกสารรับรองเลขที่ IRB.BCNKK-37-2024 วันที่รับรอง 10 มีนาคม 2568 ถึง 9 มีนาคม 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดเรียนการสอนแบบเชิงรุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดเรียนการสอนแบบเชิงรุก ใช้สถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) โดยใช้เกณฑ์กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยแบ่งระดับความสัมพันธ์จากระดับต่ำมาก ถึงระดับสูงมาก[10]

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.6 ชั้นปีที่ศึกษาระดับชั้นปีที่ 1-4 ตามสัดส่วนจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี รวม 218 คน ผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3.01-3.25 ร้อยละ 21.49 การจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกที่เคยใช้มากที่สุดคือการใช้การอภิปรายกลุ่ม ร้อยละ 85.12 และมีการใช้น้อยที่สุดคือการเรียนรู้แบบห้องเรียนกลับด้าน (Flipped classroom) คิดเป็นร้อยละ 24.38

2. นักศึกษาพยาบาลมีระดับเจตคติต่อการเรียนการสอนแบบเชิงรุกอยู่ในระดับมาก (Mean=3.72 , SD=.61) พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ นักศึกษาคิดว่าการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก ช่วยให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในวิชาชีพได้จริง (Mean=4.14, SD=0.78) รองลงมา นักศึกษาคิดว่าการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกเป็นการเรียนที่ได้เรียนรู้กระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Mean=4.11, SD=.75)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกโดยรวมอยู่ในระดับมากดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (n=218)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน	3.79	0.84	มาก
2. ด้านสื่อการเรียนการสอน	3.89	0.77	มาก
3. ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอน	3.97	0.74	มาก
4. ด้านอาจารย์ผู้สอน	3.97	0.77	มาก
รวมทุกด้าน	3.91	0.72	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.91, SD=0.72) เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดรายด้าน พบว่า ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอนและด้านอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสื่อการเรียนการสอน และด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียนมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกโดยใช้ค่าสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (n=218)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก	เจตคติของนักศึกษา		ระดับความสัมพันธ์
	r	p-value	
ด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน	.43**	.000	ปานกลาง
ด้านสื่อการเรียนการสอน	.53**	.000	ปานกลาง
ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอน	.63**	.000	สูง
ด้านอาจารย์ผู้สอน	.61**	.000	ปานกลาง
รวมทุกด้าน	.59**	.000	ปานกลาง

**p<.001

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก (r=.59, p<.001) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านรูปแบบกิจกรรมการสอนมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านสื่อการเรียนการสอน ส่วนปัจจัยที่มีค่าความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนการสอนแบบเชิงรุก สอดคล้องกับผลการวิจัย ที่พบว่า

การเรียนรู้แบบเชิงรุกช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ เกี่ยวกับการมีความสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาและมีความสามารถรับผิดชอบร่วมกับผู้อื่นได้ดี[11] การเรียนการสอนแบบเชิงรุกในรูปแบบการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และช่วยส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำให้ผู้เรียนมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาในสถาณการณ์จริงได้ดี[12] ช่วยพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ เพิ่มความมั่นใจในตนเอง รู้จักการทำงานเป็นทีมและช่วยกระตุ้นความอยากรู้[13] ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนควรให้ความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกให้มีความหลากหลายเหมาะสมกับผู้เรียน เช่น การใช้ห้องเรียนกลับด้าน การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา การเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นต้น ทั้งนี้การวางแผนออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนควรสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของรายวิชาเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก ได้แก่ ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอนและด้านอาจารย์ผู้สอนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือด้านสื่อการเรียนการสอนและด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน ซึ่งกิจกรรมของการเรียนการสอนแบบเชิงรุกเป็นการจัดประสบการณ์เพื่อให้ผู้เรียนได้ร่วมกันอภิปราย มีการฝึกทักษะในการสื่อสาร ฝึกทักษะความเป็นผู้นำ ทักษะการทำงานเป็นทีมและทักษะอื่น ๆ ทำให้ผลการเรียนรู้ในด้านการจดจำเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 70 และหากมีการจำลองสถานการณ์ได้ฝึกปฏิบัติในสภาพจริงจะส่งผลให้ผลการเรียนรู้มากถึงร้อยละ 90 กระบวนการเรียนรู้แบบเชิงรุกทำให้ความจำเกิดขึ้นได้ในระยะยาวเพราะผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเองทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้สูงขึ้น[14] ด้านสื่อการเรียนการสอน สอดคล้องกับผลการศึกษาการจัดการเรียนรู้ด้วยสื่อเสมือนจริงของนักเรียนพยาบาลกองทัพบกต่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่มีค่าเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้โดยรวมภายหลังการจัดการเรียนรู้ด้วยสื่อเสมือนจริงสูงกว่าก่อนเรียน มีความพึงพอใจในการเรียน เข้าถึงบทเรียนได้ง่าย สามารถทบทวนบทเรียนได้บ่อยขึ้น มีภาพเคลื่อนไหวดึงดูดความสนใจ เนื้อหาเข้าใจง่ายช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจริง[15] ส่วนด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน การจัดสถานที่เรียนให้เหมาะสม โดยการปรับปรุงพัฒนาห้องเรียนมีแสงสว่างอุณหภูมิเหมาะสม มีกระดานสามารถเขียนลบได้สะดวก และมีอินเตอร์เน็ตไร้สายใช้งานได้ดี มีสื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทันสมัยใช้งานได้ดี มีผลให้นักศึกษามีความต้องการเข้าเรียนเป็นประจำมากที่สุด[16]

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติของนักศึกษาพยาบาล และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านรูปแบบกิจกรรมการสอนมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านอาจารย์ผู้สอน ด้านสื่อการเรียนการสอนและด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน จากผลการวิจัย นักศึกษามีความคิดเห็นว่า รูปแบบกิจกรรมการสอนแบบเชิงรุกมีความเหมาะสม สามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานการณ์ทั้งในห้องเรียนนอกห้องเรียน การจัดการเรียนรู้มีการสร้างสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวคิด การวางแผนการเรียนรู้ ได้แสดงความคิดเห็นมากขึ้นและได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากผู้สอนทันที สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์ผู้สอนอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ผู้สอนจัดสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ทำให้เกิดแรงจูงใจ คอยชี้แนะแนะนำการคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหา ให้โอกาสได้แสดงความคิดเห็น และสนับสนุนช่วยเหลือในการเรียนรู้[11] ด้านสื่อการเรียนการสอนมีความน่าสนใจและทำให้สนุกกับการเรียนช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาในบทเรียนมากยิ่งขึ้น มีการใช้สื่อการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสมกับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน สามารถประยุกต์ใช้ในวิชาชีพได้ ส่วนปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในห้องเรียน พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้เรียนสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง เช่น สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมและการเจรจาโต้ตอบส่งเสริมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สอนและเพื่อนในชั้นเรียน[17] จากผลการวิจัยเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกมีปัจจัยภายนอกที่จะช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มุ่งหวังเพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

อาจารย์พยาบาลควรนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบเชิงรุกไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในทุกรายวิชา โดยเลือกรูปแบบกิจกรรมการสอนที่เหมาะสมกับลักษณะวิชา และกลุ่มผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนจากการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเชิงรุกในแต่ละชั้นปี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดประสบการณ์เรียนรู้ที่เหมาะสมกับการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพในอนาคต

References

1. Poohongthong C. Transformative learning: Challenges for instructors in higher education. Journal of Behavioral Science. 2018;24(1): 163-82. (in Thai)
2. Panich, V. 21st century skill: Rethinking how students learn. Journal of Learning Innovation. 2015;1(2):1-12. (in Thai).
3. Settles B. From theories to queries: Active Learning in Practice. In Active learning and experimental design workshop in conjunction with International Conference on Artificial Intelligence and Statistics (AISTATS) 2010. Journal of Machine Learning Research Workshop and Conference Proceedings. 2011;15:1-8.
4. Vinitasatitkun P, & Yaemkwanyuen C. Active learning: guidelines for best practice in the 21st century. Journal of Educational Innovation and Research. 2022;6(3):921-33. (in Thai)
5. Brame C. Active learning. Vanderbilt University Center for Teaching; 2016.
6. Kaewngam A, Chatwattana P, & Piriyasurawong P. Supply chain management model in digital quality assurance for ASEAN university Network Quality Assurance (AUN-QA). Higher education studies. 2019;9(4):12-20. (in Thai)
7. Suwanjaroen J, Sarakshetrin A, & Malai C. Teaching models to enhance the 21st century skills for bachelor's degree nursing students. Nursing Journal. 2017; 44(4):177-88. (in Thai)
8. Intawee T. The causal factors affecting students' active learning in active learning. Journal of Educational Innovation and Research. 2020;4(3):383-94. (in Thai)
9. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. Tokyo: Aoyama Gakuin University; 1973.
10. Wijitwanna S. Correlation in statistics: how to use. Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University. 2022;8(2):1–15. (in Thai)
11. Dechphongsumrit A, Sutthiponpaisal T, & Jitsangworn W. Development of learning on active learning to enhance critical thinking for students for the students for the 21st's century. Journal of Science and Technology, Southeast Bangkok University. 2023;3(1):40-52. (in Thai)
12. Sapeni MAAR, & Said S. The effectiveness of case-based learning in increasing critical thinking of nursing students: A literature review. Enfermería Clínica. 2020;30(2):182-5.
13. Radabutr M, Thanirat S, & Pinyomit S. Perceptions and experiences of nursing students in Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi regarding active learning. Journal of the Royal Thai Army Nurse 2019; 20(3): 144-53. (in Thai)
14. Michel N, Cater JJ, & Varela O. Active versus passive teaching styles: An empirical study of student learning outcomes. Human Resource Development Quarterly. 2009;20(4):397-418.
15. Chiewsothon S, Nuilers Y, & Chaleoykitti S. The effect of using augmented reality learning management among the Royal Thai Army nursing students toward learning skills in the 21st century. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3):152-63. (in Thai)
16. Jiwtan P, & Limsuwat A. A study of opinion and satisfaction of students of active learning teaching and Improvement of Smart Classroom Development of Suranaree University of Technology. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University 2020;40(3):65-77. (in Thai)
17. Wongpibool P. Active learning. Journal of Yanasangvorn Research Institute Mahamakut Buddhist University. 2017;8(2):327–36. (in Thai).

ปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Factors Affecting the Outcomes of the Nursing and Midwifery Licensing Examination among Nursing Graduates of Kuakarun Faculty of Nursing: A Qualitative Study

ขจี พงศธรวิบูลย์*[1] นิรมนต์ เหลาสุภาพ[1] สุริศาฐ์ พานทองชัย บุญทิวา สู่วิทย์[1] จุฑารัตน์ อัครวงศ์วิศิษฏ์[1]

Khachee Pongsathonviboon*[1] Niramon Lhaosupab[1] Surisa Panthongchai[2]

Boontiva Soowit[1] Chutarat Akkarawongvisit[1]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย 10300

[1]Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand 10300

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ ราชภัฏรำไพพรรณี, จันทบุรี, ประเทศไทย 22000

[2]Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi, Thailand 22000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบัณฑิตพยาบาลจำนวน 9 คน ซึ่งสำเร็จการศึกษาและผ่านการสอบความรู้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลผลการเรียน 19 รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาที่สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 214 ชุด ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยชี้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการสอบสามารถจำแนกเป็นสองมิติ คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ผลการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้อง แรงจูงใจ เจตคติต่อการสอบ และประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนสอบ การจัดสอบรวบยอด และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่สนับสนุนการพัฒนาความรู้และทักษะ ผลการศึกษานี้พบว่าการเสริมสร้างความพร้อมเชิงวิชาการ การพัฒนาเจตคติและแรงจูงใจที่เหมาะสม และการสนับสนุนการเรียนรู้จากสถาบัน มีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการสอบความรู้ฯ ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการสอบความรู้ฯ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ, ปัจจัยที่มีผล, ผลการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์, ความพร้อมในการสอบ

Corresponding author: * E-mail: chutarat@nmu.ac.th

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่รับ (received) 24 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (resived) 1 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ก.ย. 2568

Abstract

This qualitative research aimed to explore factors influencing the outcomes of the national licensing examination for professional nursing and midwifery (Level 1). The study sample comprised nine nursing graduates who had completed their degree and successfully passed the licensing examination. Data collection employed focus group discussions and semi-structured interviews, together with academic records from 19 relevant courses, totaling 214 datasets. Data were analyzed using content analysis to ensure rigor and credibility.

The findings revealed that factors associated with examination performance can be categorized into two main domains. Internal factors included academic achievement in relevant courses, personal motivation, examination attitudes, and prior experiences with subject content. External factors encompassed pre-examination preparation, the organization of the comprehensive examination, and supportive learning environments that fostered knowledge and skill development. The study highlights the importance of enhancing academic readiness, cultivating appropriate attitudes and motivation, and strengthening institutional learning support systems as critical components of examination success. The findings of this study contribute valuable insights for strengthening the preparedness of nursing students undertaking future professional licensing examinations in nursing and midwifery.

Keywords: "qualitative research, affecting factors, licensing examination outcomes for professional nursing and midwifery, examination readiness"

บทนำ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 กำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจะสามารถประกอบวิชาชีพพยาบาลอย่างถูกกฎหมายได้ต้องรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์[1,2] บุคคลที่ศึกษาสำเร็จหลักสูตรวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์แล้วจะต้องสอบความรู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลในระดับ "ผ่าน" ครบ 8 รายวิชาตามที่สภาการพยาบาลกำหนดก่อน จึงจะได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้[3] การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ จึงมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลมาก เพราะแม้ว่าบัณฑิตจะศึกษาจนสำเร็จได้ตามหลักสูตรของสถาบัน แต่หากสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ "ไม่ผ่าน" จะไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้ ก่อให้เกิดปัญหาต่อบัณฑิตเอง และหน่วยงานที่รับบัณฑิตเข้าทำงานตลอดจนสถาบันการศึกษา กล่าวคือ 1) ต่อบัณฑิต บัณฑิตต้องทำการพยาบาลภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ เท่านั้น การพิจารณาเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพจึงอยู่ในวงจำกัด 2) ต่อหน่วยงานที่รับบัณฑิตเข้าทำงาน มีผลต่อภาระงานการจัดอัตรากำลัง เพราะจำเป็นต้องจัดอัตรากำลังเพื่อดูแลเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ที่สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ "ไม่ผ่าน" เพื่อป้องกันปัญหาทางกฎหมายและมาตรฐานการดูแลผู้ใช้บริการที่ต้องแน่ใจว่าปลอดภัยภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะด้านความรู้ตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล และ 3) ต่อสถาบันผู้ผลิต ร้อยละของบัณฑิตที่ผ่านการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ เป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่สำคัญในการประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบันจากสภาการพยาบาล การจัดให้มีการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จึงเป็นกลไกหนึ่งที่สภาการพยาบาลใช้ผลักดันให้ทุกสถาบันการศึกษาพยาบาลผลิตบัณฑิตให้ได้คุณภาพตามที่สภาวิชาชีพกำหนดเป็นมาตรฐาน ซึ่งส่งผลดีต่อผู้รับบริการในสิทธิขั้นพื้นฐานการรับบริการจากพยาบาลที่มีคุณภาพ

ทั้งนี้การสอบ"ผ่าน"หรือ "ไม่ผ่าน" ความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

หนึ่งในปัจจัยเด่นชัดที่มีผลต่อการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ได้แก่ ปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาและผู้สำเร็จการศึกษา ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เลือกที่จะอ่านหนังสือทบทวนด้วยตนเอง เข้าทบทวนกับอาจารย์ และทบทวนแบบฝึกหัดหรือฝึกทำข้อสอบจำลอง คิดเป็นร้อยละ 92.78, 91.75 และ 90.72 ตามลำดับ[4,5] และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ได้แก่ ความสามารถเฉพาะบุคคล กลวิธีจัดการศึกษา อาจารย์ สถานที่อยู่อาศัย และแรงจูงใจจากคนรอบข้าง ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุนจากวิทยาลัยฯ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงจึงมีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพในการสอบให้นักศึกษา เช่นกัน[6] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยยังพบว่า 1) เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร และผลการสอบประมวลความรู้ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 2) เกรดเฉลี่ยรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายวิชาการผดุงครรภ์ วิชาการพยาบาลมารดาและทารก วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น วิชากฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ในส่วนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า เกรดเฉลี่ยไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ และ 3) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียน ฯ ในทางกลับกันอีกงานวิจัยพบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ[7,8]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ยังมีข้อสรุปที่แตกต่างกัน บางการศึกษาระบุว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (r = .269) ผลการสอบรวบยอดสาขาพยาบาลศาสตร์(r = .468) และทัศนคติต่อการสอบ (r = .391) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการสอบ[9] ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ชี้ถึงบทบาทของแรงจูงใจเจตคติ การสนับสนุนจากครอบครัวและคณาจารย์ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ ส่งผลต่อการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ อย่างไรก็ตามข้อค้นพบเหล่านี้กระจัดกระจาย ไม่สามารถอธิบายกลไกเชิงลึกได้ อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่เน้นการวัดตัวเลขความสัมพันธ์ มากกว่าการสำรวจประสบการณ์จริงและมุมมองของบัณฑิตโดยตรง ที่สำคัญยังไม่พบการศึกษาเชิงคุณภาพในบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ซึ่งมีความเฉพาะตัวทั้งด้านการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมความพร้อมนักศึกษา จึงนำมาสู่ความจำเป็นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อการสอบขึ้นทะเบียนฯ และใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนากลยุทธ์การสนับสนุนและการเตรียมความพร้อมของนักศึกษารุ่นต่อไปอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ของบัณฑิตพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเชื่อว่าความสำเร็จในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์มิได้เป็นผลจากปัจจัยทางวิชาการเพียงประการเดียว หากแต่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการเกื้อหนุนของปัจจัยหลายมิติได้แก่ 1) ปัจจัยภายในผู้เรียน อาทิ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เกรดเฉลี่ยรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เจตคติ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับ 2) ปัจจัยภายนอก อาทิ รูปแบบและกลวิธีการจัดการเรียนการสอนของสถาบัน การสนับสนุนจากอาจารย์ ครอบครัว และเพื่อน รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนปัจจัยทั้ง 2 ด้านอย่างเพียงพอ รวมทั้งเข้าใจและอธิบายถึงความต้องการปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความเฉพาะของตนเองได้ ก็จะนำไปสู่การวางแผนเตรียมความพร้อมของตนเองซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการสอบฯ ได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาเชิงวิเคราะห์บทสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปีการศึกษา 2560 จำนวน 214 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตที่มีประสบการณ์สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 9 คน แบ่งเป็นบัณฑิตที่สอบผ่านครบทั้ง 8 วิชา 6 คน และบัณฑิตที่สอบผ่านไม่ครบ 8 วิชา 3 คน ซึ่งจำนวนนี้พิจารณาตามหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความลึกซึ้งมากกว่าปริมาณและอิงเกณฑ์ เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) เริ่มซ้ำและไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติมจึงถือว่ามีความเพียงพอ

เครื่องมือในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ดำเนินการการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เป็นโดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้อาสาสมัครตอบคำถามได้อย่างชัดเจนและลึกซึ้ง โดยขั้นแรกทำ focus group อาสาสมัครทั้ง 9 รายหลังจากนั้นได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกในอาสาสมัครแต่ละคน

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการสอบ มีลักษณะเป็นคำถามเชิงเปิดพร้อมคำถามย่อยและคำถามกระตุ้น

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์และทดสอบความเข้าใจเบื้องต้นกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับอาสาสมัคร (Pilot test) จำนวน 3 ราย ก่อนปรับปรุงเป็นแบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ หมายเลขรับรองโครงการ KFN-IRB2020-4 วันที่ 22 มกราคม 2563 รวบรวมข้อมูลภายใต้การคำนึงถึงสิทธิของอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียงและแปลงเป็นข้อมูลตัวอักษรในภายหลัง ป้องกันผลกระทบในการระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล การนัดหมายเวลาการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์ ยึดหลักความสะดวกของอาสาสมัครเป็นสำคัญ และย่อยสลายเอกสาร การทำลายบันทึกเสียงที่เกี่ยวข้องภายหลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบสนทนากลุ่ม (focus group) อาสาสมัครทั้ง 9 รายประกอบด้วยทั้งกลุ่มบัณฑิตที่สอบ “ผ่าน” และ “ไม่ผ่าน” สร้างบรรยากาศ ความคุ้นเคยและเริ่มคำถามตามที่เตรียมไว้ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที หลังจากนั้นทำการนัดสัมภาษณ์รายบุคคล ตามที่อาสาสมัครสะดวกทั้งการสัมภาษณ์ต่อหน้าหรือการสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์ (Google Meet) ใช้เวลา 30-45 นาที/คน จนได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนประสบการณ์ของบัณฑิตอย่างครบถ้วน ซึ่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (data saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยใช้โปรแกรม MaxQDA ร่วมกับการพิจารณาข้อมูลโดยผู้วิจัยแต่ละคนอ่านประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก จากนั้นจึงประชุมร่วมกันการสรุปสาระสำคัญเป็นการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทีมผู้วิจัย (peer examination) เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้มีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ คณะผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลหลายทาง (Triangulation) ทั้งข้อมูลจากการสนทนา และข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่คะแนนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาที่ใช้สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง 2555 จำนวน 19 รายวิชา และผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ จำนวน 214 ชุดข้อมูล

ผลการวิจัย

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แสดงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการสอบฯ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ ได้แก่ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ดังนี้

ปัจจัยภายใน หรือปัจจัยซึ่งเกิดจากตัวตนของอาสาสมัคร ไม่ว่าจะเป็นเจตคติ ความคิด ความเชื่อ ความรับผิดชอบส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และผลการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลต่อผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ที่สอบผ่านจำนวนมากมีลักษณะร่วมกันคือ การตั้งเป้าหมายชัดเจน เห็นความสำคัญของการสอบขึ้นทะเบียนฯ และพยายามวางแผนเตรียมตัวล่วงหน้า โดยอาสาสมัครให้ข้อคิดเห็นไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

1) ผลการเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาที่สอบฯ อาสาสมัครแสดงความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า คะแนนผลการเรียนรายวิชา มีความสัมพันธ์ต่อผลการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ แต่ความสัมพันธ์นั้นไม่ชัดเจน ไม่สามารถกล่าวได้ว่าผู้ที่มีผลการเรียนอยู่ในกลุ่ม “เก่ง” จะสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ผ่าน” หรือผู้ที่มีผลการเรียนกลุ่ม “อ่อน” จะสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ไม่ผ่าน” จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนและผลการสอบพบ 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะของความสัมพันธ์โดยตรง กล่าวคือ คนที่มีผลการเรียนดีสามารถสอบผ่านได้ เป็นเพราะมุ่งมั่นตั้งใจการเรียนในขณะที่เรียนจนเกิดความรู้ความเข้าใจ จึงทำให้ผลการเรียนรายวิชามีผลดีสามารถสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ผ่าน”

“ผลการเรียนเป็นปัจจัยหนึ่งแล้วก็เป็นปัจจัยที่ดีด้วย หนูก็สงสัยทำไมเพื่อนที่เก่งอ่านหนังสือเร็ว ก็ได้ Trick จากเพื่อนว่าเพื่อนฟังในห้องเรียนแล้วก็จดสรุป ถ้าเราตั้งใจเรียนตอนนั้น การที่เราจะมาอ่านหนังสือก็น้อยลง เพราะว่าถ้าเราเข้าใจเราก็ผ่านไปได้อย่างง่ายได้สบายเลยไม่ต้องมาย้ำแล้วจำอยู่ตรงนั้นเลย เพราะว่าเข้าใจในขณะที่แบบฟังอาจารย์แล้วพอมาอ่านหนังสือก็เข้าใจ อันนี้เน้นนะ พอเรามาอ่านอีกครั้งทำให้เข้าใจง่ายขึ้น แล้วที่อาจารย์เน้นก็ออกข้อสอบจริง ๆ”

ขณะเดียวกันในลักษณะของความสัมพันธ์ผกผัน กล่าวคือ คนที่มีผลการเรียนไม่ดีสามารถสอบฯ ผ่านได้ เป็นเพราะระหว่างการเรียนตลอด 4 ปี กลุ่มบัณฑิตเหล่านี้จะต้องใช้ความพยายามพากเพียรเรียนรู้ให้ตนเองผ่านเกณฑ์การวัดการประเมินผลรายวิชาหลายครั้ง ทำให้ซึมซับความรู้ สร้างความเข้าใจในเนื้อหาซ้ำแล้วซ้ำอีก จึงจะสามารถสอบผ่านเกณฑ์วัดและประเมินผลรายวิชานั้นๆ ไปได้ และการมีผลการเรียนไม่ดียังเป็นการสร้างความตระหนักให้ผู้เรียนทราบจุดอ่อนของตนเอง ซึ่งต้องปรับปรุงแก้ไขเตรียมศึกษาหาความรู้ให้พร้อมในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ เพื่อให้การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ผ่าน” กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งแสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้ว่า

“ผลการเรียนรายวิชาอาจจะมีส่วน ของผมมีทั้งสอบผ่านและสอบตกมาตลอด 4 ปี รายวิชา....และรายวิชา...ผลการเรียนเกือบผ่านทั้งคู่ ต้องสอบซ่อมวิชาละ 2 ครั้งถึงจะผ่าน แต่พอไปสอบสภาฯ อ่านครั้งเดียวแล้วตอบได้เลย คงเป็นเพราะการสอบซ่อมเพราะการเรียนไม่ดี ทำให้เข้าใจรายวิชา keys word ของข้อสอบวิชานี้ว่าต้องเน้นเรื่องอะไร ผลการเรียนที่ไม่ดีจึงอาจมีส่วน แต่ไม่ใช่ทั้งหมด”

“คนที่เคยซ่อมมาแล้ว เราไปสอบซ้ำก็เหมือนกับที่อาจารย์เคยพาเราอ่านตัวต่อตัวเลยนะ เหมือนอาจารย์เน้นประจำเพราะเราสอบซ่อม เหมือนข้อสอบวนกันอยู่ค่ะ ไปสอบสภาก็เหมือนเอ่อ ไม่เท่าไหร่”

2) เจตคติ ความคิด และแรงจูงใจของผู้สอบต่อการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาการสอบ โดยอาสาสมัครแสดงความคิดเห็นว่า ผู้สอบเองมีความสำคัญที่สุดในการเตรียมสอบ ความเกียจคร้าน ความคิดในทางลบมีผลต่อการเตรียมสอบการวางแผนเตรียมสอบ เข้าสอบอย่างมีสติจดจ่ออยู่กับรายวิชาที่สอบไม่ร้อนรน และประสบการณ์การเรียนเช่นการฝึกปฏิบัติในคลินิก มีผลทำให้การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ผ่าน” ได้ มีอาสาสมัครแสดงความคิดเห็นดังนี้

“ความขี้เกียจ เราคิดไปว่าเนื้อหามันเยอะ พอเราคิดในสิ่งที่ negative กำลังใจเราก็เริ่มถดถอย อะไรๆ ก็เกิดจากความคิดของเรา ถ้าเราคิดไม่ดี คิดลบมันก็จะไปหมดเลย”

“ที่สำคัญคือตัวเอง ต้องวางแผน ซึ่งแต่ละคนต้องวางแผน ว่าตัวเองได้วิชาไหน เรื่องนี้ฉันไม่ได้ ฉันไปอ่านเองการวางแผน ฉันติวกับอาจารย์คนนี้ฉันไม่ได้ ฉันอ่านเองดีกว่า”

“สติทำให้เราสอบผ่าน ก็คือช่วงแรกที่ทำข้อสอบเด็กเป็นวิชาแรก หนูกลัวมากเพราะตอนเรียนสอบก็แค่ 60% ก็คือรนมากตอนแรกเราทำไปก็ตั้งสติคิดดีๆว่าข้อสอบการพยาบาลเราก็คิดตาม blue print เราไม่ต้องไปหลง ตอนแรกก็รนนิดนึงทำไม่ทันก็กลัวจะไม่ผ่านวิชานี้ วิชานี้สอบผ่านเราก็ต้องมีสติในการทำสอบ”

“ประสบการณ์บน ward ตั้งแต่ฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลพื้นฐาน มาจนถึงวันสุดท้ายที่บน ward เอามาใช้ได้หมดเลย”

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการสอบที่คณะฯ จัดให้ในรูปการสอนทบทวนโดยอาจารย์ภายในและภายนอกคณะฯ การจัดกลุ่มทบทวนเนื้อหาโดยผู้สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯเอง การจัดสอบรวบยอดประมวลความรู้ทั้งหมด (Comprehensive) รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้มีผลทำให้การสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ “ผ่าน” ดังนี้

1) การเข้าทบทวนในห้องเรียนทุกรายวิชาตามเวลาที่อาจารย์ประจำชั้นจัดสรร ทบทวนหลักได้แก่อาจารย์ผู้สอนในเนื้อหานั้น ๆ และอาจารย์จากภายนอกคณะฯ ที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่นักศึกษาต้องสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ วิธีการทบทวนของอาจารย์มีทั้งการสรุปเนื้อหาให้กระชับ การสอนทบทวนเนื้อหาให้นักศึกษาใหม่ทั้งหมด การนำตัวอย่างข้อสอบมาเฉลยวิเคราะห์ทำความเข้าใจกับนักศึกษา ซึ่งความคิดเห็นของผู้สอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ต่อการทบทวนมีทิศทางในทางบวก เพราะช่วยทวนความจำ เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่มีสมาธิในการอ่าน อีกทั้งประหยัดเวลาในการอ่าน ดังข้อคิดเห็นของอาสาสมัครต่อไปนี้

“ยังจำได้ที่เป็นอาจารย์ (ชื่ออาจารย์)...เป็นติวเตอร์กับอาจารย์(ชื่ออาจารย์)...ตอนแรกหนูอ่านวิชา... ไม่รู้เรื่องคิดว่ายาก แต่พออาจารย์ติวให้ scope ก็กระชับ หนูชื่นชมมาก เพราะวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่เป็นอะไรที่กว้างมาก ๆ อ่านเท่าไหร่ก็อ่านไม่จบเสียทีเพราะเนื้อหามันมาก แต่พอครูติวก็ทำให้เราจำได้ ทำให้เราจับจุดได้”

2) การทบทวนความรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer-assisted Learning: PAL) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้โดยมีนักศึกษาเป็นผู้จัดการตนเองอย่างเต็มที่ ทั้งในการจัดกลุ่ม กำหนดเวลา และคัดเลือกผู้นำกลุ่มโดยอาศัยความสมัครใจและความถนัดส่วนบุคคล โดยทั่วไปมักจัดตามกลุ่มฝึกปฏิบัติเพื่อความสะดวกด้านเวลา และเปิดโอกาสให้นักศึกษาเลือกเข้าร่วมกลุ่มเอง ซึ่งความหลากหลายของกลุ่มช่วยให้ไม่มีผู้ใดถูกกันออกจากกิจกรรม รูปแบบนี้ช่วยเสริมสร้างบทบาทของนักศึกษาในสองมิติ ได้แก่ 1) ผู้นำกลุ่ม ที่ต้องใช้ทักษะการอ่าน วิเคราะห์ และถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) ผู้เข้าร่วม ที่มีหน้าที่ในการฟัง วิเคราะห์ข้อมูล และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเชิงสร้างสรรค์ ปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มนำไปสู่พลวัตของการเรียนรู้ (learning dynamics) ซึ่งเอื้อต่อความต่อเนื่องของการทบทวนเนื้อหา และเสริมสร้างความมั่นใจในความรู้ของนักศึกษาแต่ละคนอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ข้อดีมาก ๆ ของการติวกลุ่ม มีลักษณะ 2 แบบ คนติวกับคนรับ เพื่อนมาสื่อสารให้เพื่อน คือถ้าเราเข้าใจแล้วเราสื่อสารให้เพื่อนแล้วเพื่อนเข้าใจ ส่วนเพื่อนที่รับ บางทีเพื่อนอาจสมาธิสั้น เขาไม่สามารถที่จะเข้าใจ และไม่ชอบอ่านหนังสือคนเดียว อยากฟังมากกว่า บางคนฟังแล้วจับประเด็น ฟังแล้วจำได้ การติวกลุ่มมันเป็นประโยชน์ที่เอื้อต่อกัน รู้สึกว่าการติวกลุ่มมันดีมาก ๆ เลย”

3. การสอบรวบยอดเพื่อประเมินความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา นักศึกษาถูกจัดให้ทดสอบความรู้รวบยอด 8 รายวิชา โดยจำลองรูปแบบจากการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนฯ หากผลการสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คณาจารย์ประจำวิชาจะจัดการสอนเสริมก่อนสำเร็จการศึกษา การสอบรวบยอดเป็นการฝึกซ้อมก่อนสอบจริง ช่วยให้นักศึกษาประเมินตนเอง เตรียมความพร้อม และคุ้นเคยกับรูปแบบข้อสอบ นักศึกษาสะท้อนว่า การสอบช่วยให้เห็นจุดอ่อนของตนในแต่ละรายวิชา กระตุ้นการทบทวนความรู้ และเสริมความมั่นใจ โดยเฉพาะผ่านการสอบแก้ตัวหรือสอบปากเปล่ากับอาจารย์ผู้สอน ซึ่งช่วยให้นักศึกษาฝึกอธิบายเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง จนนำไปสู่การจดจำและเข้าใจได้ลึกซึ้ง โดยอาสาสมัครให้ความเห็นดังนี้

“การสอบ Comprehensive เป็นสิ่งที่เราประเมินตนเอง เราพร้อมที่จะก้าวเข้าสู่สนาม ช่วง Comprehensive เราควรมีการอ่านหนังสือมาบ้างแล้ว ซึ่งน้อยคนครับที่จะอ่านจบ มันเป็นสิ่งที่ท้าทาย ว่าเราจะรู้มากหรือน้อยใน 8 วิชา เราก็จะรู้ว่าผลลัพธ์จะเป็นยังไง ต้องไปเสริมในการเตรียมตัวสอบสนามใหญ่ บางคนอ่านไม่จบเลย มาเริ่มต้นอ่านใหม่หลังจากสอบ Comprehensive บางคนอ่านเนื้อหาที่สำคัญ มาเสริมในส่วนที่เรายังไม่รู้ สิ่งที่เราต้องกระตุ้นในเรื่องที่เราไม่เข้าใจ”

“การสอบ Comprehensive มันเหมือนลองสนาม มันก็จะรู้ตัวเอง”

4. การเสริมแรงจากครอบครัวและคณะฯ และแรงกดดันจากสังคม

ครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้นักศึกษามุ่งมั่นในการสอบ การเสริมแรงจากครอบครัวมีความสำคัญเป็นแหล่งกำลังใจ

“สภาพจิตใจ ครอบครัว เป็นกำลังใจจริง ๆ กำลังใจนี้เราได้จากครอบครัว”

“ครอบครัวมีส่วนมาก คือช่วยเป็นกำลังใจ พอมีกำลังใจสู้ทุกอย่างก็มีพลังเพิ่มขึ้นแล้วก็ยังมีเรื่องเงิน (ซื้อขนม)

(หัวเราะ) กลางคืนอ่านหนังสือแล้วก็หิวท้องร้องก็กิน”

การเสริมแรงสถาบัน คณะฯ ได้จัดโครงการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 โครงการดังกล่าว ได้จัดอาจารย์ประจำกลุ่มให้นักศึกษา โดยอาจารย์เปรียบเสมือนเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในการเตรียมสอบให้แก่นักศึกษา และยังทำหน้าที่เป็นกำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้นักศึกษาได้มีโอกาสใช้เวลาในการเตรียมสอบให้เต็มศักยภาพ

“เราจะมีอาจารย์ประจำกลุ่มของแต่ละกลุ่ม อาจารย์ก็เป็นแรงกระตุ้น แรงพลัง อาจารย์ถามว่า ติวหรือยัง อาจารย์จะไปฟังด้วยนะ มันเหมือนเป็นแรงพลัง ที่ต้องทำนะ แบบทิ้งใครไว้กลางทางไม่ได้ เราต้องไปพร้อมกัน ไปถึงเป้าหมายเดียวกัน ความคาดหวังที่จะผ่าน 8 วิชา ให้ได้”

แรงกดดันจากสังคม นักศึกษารับทราบถึงความหวังของสังคมที่มีต่อผลการสอบโดยรวมของคณะฯ ร้อยละของผู้สอบผ่าน 8 วิชา ในครั้งแรกของการสอบสะท้อนถึงคุณภาพบัณฑิต และคุณภาพการจัดการเรียนรู้ การผลิตบัณฑิตของคณะฯ แปรเปลี่ยนเป็นการแข่งขันระหว่างรุ่น ด้วยความปรารถนาดีของบัณฑิตที่มีต่อคณะฯ ทำให้นักศึกษารวมกลุ่มเพื่อเป็นแรงผลักดันซึ่งกันและกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ ให้ผ่าน 8 วิชาในการสอบครั้งที่ 1 ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของอาสาสมัครดังนี้

“กลุ่มมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผ่าน 8 ผ่านทุกคน ให้ผ่านทั้งหมด ผ่านไปด้วยกัน จุดเป้าหมายเดียวกัน”

“มีอีกประเด็นหนึ่งซึ่งก็สำคัญอยู่ การแข่งขันกับรุ่นที่ผ่านมา คืออยากให้เปอร์เซ็นสอบผ่านดีขึ้น”

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการกำหนดผลลัพธ์ของการสอบขึ้นทะเบียนฯ[2] โดยสะท้อนว่าความพยายาม ความรับผิดชอบส่วนบุคคล และการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ แม้จะได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์หรือครอบครัว แต่ปัจจัยสำคัญยังคงอยู่ที่ความตั้งใจและความมุ่งมั่นของผู้เข้าสอบเอง ดังที่อาสาสมัครรายหนึ่งกล่าวว่า *“ตัวเราเองสำคัญที่สุด ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะมาทำให้เรา”* ขณะที่อีกหลายรายสะท้อนว่าการมีวินัยและการทบทวนด้วยตนเองเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการสอบผ่าน นอกจากนี้ อาสาสมัครยังกล่าวถึงความหมายของความสำเร็จในการสอบว่าเป็นการยืนยันความสามารถและสร้างความภาคภูมิใจในฐานะพยาบาลวิชาชีพ เช่น *“การที่เราสอบผ่านแล้วก็เป็นเครื่องยืนยันว่าเราเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถดูแลผู้อื่นได้”* และ *“พอเราสอบได้ก็เป็นความภูมิใจของเรา เป็นใบประกอบวิชาชีพของเรา”* เสียงสะท้อนเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้เข้าสอบรับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในฐานะจุดหมายสำคัญของการเรียนรู้และการประกอบอาชีพ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลการสัมภาษณ์อาสาสมัครตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในฐานะปัจจัยกำหนดความสำเร็จในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งไม่เพียงสะท้อนถึงสิทธิทางกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล แต่ยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและความสามารถของบัณฑิต เสียงสะท้อนดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าใบอนุญาตวิชาชีพมีบทบาทเป็นแรงขับภายใน (intrinsic drive) ที่ทำให้บัณฑิตมีความมุ่งมั่น กำหนดเป้าหมาย และเตรียมความพร้อมเพื่อให้การสอบผ่านตั้งแต่ครั้งแรก ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) แสดงถึงความพยายามของบุคคลในการบรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยอาสาสมัครหลายรายสะท้อนว่า แม้จะเผชิญกับความวิตกกังวลต่อความล้มเหลว แต่ก็ยังคงแสวงหาวิธีการและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการเตรียมตัวสอบเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งใจไว้[9,10]

การศึกษานี้พบว่า บัณฑิตพยาบาลเห็นตรงกันว่าการเตรียมความพร้อมสำหรับการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการสอบ แม้ว่าผลการเรียนรายวิชาในหลักสูตรจะสูงหรือต่ำกว่าค่าเฉลี่ย แต่ทุกคนล้วนต้องพยายามสอบให้ผ่านเพื่ออนาคตวิชาชีพของตนเอง การเตรียมตัวเกิดขึ้นทั้งในระดับบุคคลและการสนับสนุนจากคณะฯ วิธีการที่บัณฑิตเลือกใช้ได้แก่ การสรุปเนื้อหาตาม test blueprint ของสภาการพยาบาล การทบทวนร่วมกับเพื่อน การเรียนเสริมโดยอาจารย์ การทำข้อสอบเสมือนจริง และการสอบรวบยอด (Comprehensive exam)

สอดคล้องกับทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อการสอบขึ้นทะเบียนฯ ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2563 มีการวิเคราะห์ถึงการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนฯ อย่างเป็นระบบของนักศึกษาโดยนักศึกษาเตรียมความพร้อมด้วยตนเอง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมายในการอ่านหนังสือ

ทบทวนความรู้ ตามสาระสำคัญที่สอดคล้องกับแผนผังการออกข้อสอบของสภาการพยาบาล (test blueprint) เป็นการกำกับและติดตามตนเอง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญให้กับตนเองในการเตรียมความพร้อมในการสอบ พร้อมทั้งวางแผนการเรียนรู้ตามเป้าหมายที่กำหนด[11]

นอกจากนี้ การทำข้อสอบเสมือนจริงมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเตรียมความพร้อม เนื่องจากเป็นการประมวลและทบทวนความรู้ที่ผู้เรียนสั่งสมไว้ ทำให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และสามารถค้นหาประเด็นที่ยังไม่เข้าใจเพื่อวางแนวทางการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด การทำข้อสอบซ้ำ ๆ ยังช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยเฉพาะเมื่อข้อสอบบางชุดมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีเหตุผล และการคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) อันเป็นกระบวนการเรียนรู้เชิงรุกที่เอื้อต่อความสำเร็จในการสอบขณะเดียวกัน การทบทวนเนื้อหาทั้งแบบรายบุคคลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อน ทำให้นักศึกษาสามารถสะท้อนจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง หากยังมีเนื้อหาบางส่วนที่ไม่เข้าใจ อาจารย์จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้แนวทางในการวิเคราะห์โจทย์และตัวเลือก ซึ่งช่วยให้นักศึกษามีแนวทางการทบทวนที่ชัดเจนและเพิ่มพูนความเข้าใจมากขึ้น การเรียนรู้เชิงโต้ตอบเช่นนี้ช่วยให้ผู้เรียนเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มโอกาสในการสอบผ่านได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งรายงานว่าปัจจัยด้านการเตรียมความพร้อมของผู้สำเร็จการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดกับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ บางงานวิจัยยังพบว่าการเตรียมตัวก่อนสอบมีความสัมพันธ์กับผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .45[12] แสดงให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถทำนายความสำเร็จในการสอบวิชาชีพได้ ทั้งนี้ งานวิจัยบางฉบับพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหรือ GPA มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ โดยบัณฑิตที่มี GPA สูงมักมีวินัย ความตั้งใจ และมีทักษะการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมในการสอบและเพิ่มโอกาสสอบผ่าน งานวิจัยเหล่านี้ชี้ว่า GPA อาจใช้เป็นตัวบ่งชี้ศักยภาพทางวิชาการและทำนายผลการสอบได้ในระดับหนึ่ง[6,12-17]

อย่างไรก็ตาม การสอบขึ้นทะเบียนฯ ไม่เพียงเป็นกลไกทางกฎหมายเพื่อกำหนดสิทธิในการประกอบวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการสร้างตัวตนทางวิชาชีพ (professional identity) และความเชื่อมั่นในสมรรถนะของบัณฑิตเอง เสียงสะท้อนที่บัณฑิตกล่าวถึงความภาคภูมิใจและความมั่นใจเมื่อสอบผ่าน สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง self-efficacy ของ Bandura ที่อธิบายว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเป็นแรงผลักสำคัญต่อการลงมือปฏิบัติและการบรรลุผลสำเร็จ ข้อค้นพบนี้ยังสนับสนุนว่า การสอบขึ้นทะเบียนฯ มีบทบาทเป็นทั้ง “มาตรการกำกับมาตรฐาน” และ “กระบวนการสร้างแรงจูงใจภายใน” ที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพและทัศนคติวิชาชีพของบัณฑิตพยาบาล[13-17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา อาทิ การจัดกิจกรรมทบทวน การส่งเสริมการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน การจัดระบบการให้คำปรึกษาเชิงวิชาการและจิตสังคม รวมถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดความวิตกกังวลและเพิ่มแรงจูงใจในการเตรียมสอบของนักศึกษา นอกจากนี้สถาบันการศึกษาควรพัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับการสอบขึ้นทะเบียนฯ อย่างเป็นมาตรฐานและต่อเนื่อง เช่น การจัดสอบรวบยอด การจัดข้อสอบเสมือนจริง และหน่วยงานกำกับดูแลอย่างสภาการพยาบาลอาจกำหนดนโยบายสนับสนุนการจัดทำฐานข้อมูลติดตามผลการสอบในระดับชาติ ควรมีการต่อยอดโดยใช้วิธีการเชิงผสมผสานติดตามในระยะยาว หรือเปรียบเทียบระหว่างสถาบัน เพื่ออธิบายกลไกปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสอบขึ้นทะเบียนฯ ได้อย่างลึกซึ้งซึ่งจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรและนโยบายการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พิจารณาขยายกลุ่มตัวอย่าง ให้มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งด้านภูมิภาค ผลการเรียน และประสบการณ์การสอบ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. ทำการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-methods research) โดยผนวกข้อมูลเชิงปริมาณ อาทิ ผลคะแนนสอบหรือผลการศึกษาเข้ากับข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่รอบด้าน

3. ดำเนินการวิจัยเชิงติดตาม (Longitudinal study) เพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ การเตรียมความพร้อม และผลลัพธ์ของการสอบในระยะยาว

4. ศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาการศึกษา (Educational Psychology Factors) อาทิ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) อัตลักษณ์วิชาชีพ (Professional Identity) และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) รวมถึงการเปรียบเทียบรูปแบบการสนับสนุนของสถาบันการศึกษาอื่น (Institutional Support Models) เพื่อค้นหากลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงสุด (Effective Strategies)

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Profession Nursing and Midwifery Act B.E. 2528. Royal Gazette. 1985; 102(120): 10-37. (in Thai)
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Profession Nursing and Midwifery Act (no.2) B.E. 2540. Royal Gazette. 1997; 114(75 A): 1-7. (in Thai)
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Thailand Nursing and Midwifery Council rule of Nursing and Obstetric License Tests to get Nursing and Obstetric License level 1 and 2 for Graduated Nurses from Thailand Nursing institutes B.E. 2541. Royal Gazette. 1998; 115(26 D): 32-6. (in Thai)
4. Thasaneesuwan S, Puttakun N, Damkliang J, Mukpradab S, Chuaytaen T & Narkthong N. Development of a preparation model for the nurse licensure examination in adult nursing course, Prince of Songkla University. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2023; 43(1): 40-54. (in Thai)
5. Konsanit S. Predictors of License Examination Results of New Graduates in 2020, Department of Physical Therapy, University of Phayao. Mahidol R2R e-Journal. 2022; 9(3): 66-76. (in Thai)
6. Oatme S, Tanupabrungsun S, Sitthapirom V & Boonluck C. Related factors affecting the result of the nursing and midwifery licensure examination of the graduate students from the Faculty of Nursing, St. Louis College. Journal of Health and Health Management. 2018; 4(1-2): 54-66. (in Thai)
7. Suwaphabh D, Phuangsiken S, & Udomthornsuk P. Factors related to the result of nursing and midwifery licensing examination of bachelor graduates from Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University. Mahasarakham Hospital Journal 2018; 15(3): 35-44. (in Thai)
8. Sangsongrit N, & Wattanatornnan S. Predictor of nursing license examination of bachelor graduates of Srisavarindhira Thai Red Cross institute of nursing in 2017. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019; 12(2): 235-51. (in Thai)
9. Kongyoo S. Predictors of the Result of the License Examination of Graduated Nurses, Royal Thai Army Nurse College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(2): 228-37. (in Thai)
10. Sudhimolibodhi M. Characteristics of individuals with achievement motivation. Buddhist Psychology Journal. 2020; 5(2): 12-7. (in Thai)
11. Poltana P, Chatrung C, Phorang R, & Maneewong J. Systematic review of different methods for preparing for the Thai registered nursing and midwifery licensure examination. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2020; 3(2): 52-69. (in Thai)
12. Utaitum N, Thaisong P, Srikiriyakun P, & Pumpuang S. Factors related to the result of the nursing license examination of graduates Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2018; 1(3):35-45. (in Thai)

13. Nirotnun U, Sriamonruttanakul T, Sirisupluxana P, & Sriklo M. The factor effecting a pass of nursing and midwifery licensure examination at Borommarjonani college of nursing, Bangkok. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2018; 34(3): 108-18. (in Thai)
14. Photharos N. Factors Related to the result of the nursing license examination among graduated nurses, faculty of nursing, Eastern Asia University. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement): 296-304. (in Thai)
15. Srisuwan J, Aryuwat P, Laoratsri P, & Poomsrikeaw O. Relationship between learning styles, learning achievement, and nursing and midwifery national licensing examination of nursing graduates from Boromarajonani College among nursing Udonthani. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019; 29(3): 144-55. (in Thai)
16. Sangsongrit N, & Wattanatornnan S. Predictor of nursing license examination of bachelor graduates of Srisavarindhira Thai red cross Institute of nursing in 2017. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019; 12(2): 235-51. (in Thai)
17. Hachuck W, Kitiwara B, Sirip K, Wangkahad C, Singdong K, Seemouk C, et al. Factor related to first of the graduate of the bachelor of nursing at Ratchathani University. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2019; 3(1): 51-65. (in Thai)

ประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิด ของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Long COVID Experiences, Management and Outcomes of Patients with Post Coronavirus 2019

อังคณา คงโพธิ์น้อย สุพัตรา บัวที* อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
Angkhana Khongphoenoy Supatra Buatee* Apinya Wongpiriyayothar
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม ประเทศไทย 44150
Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham Thailand 44150

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิด ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยืนยันผลจาก ATK หรือ RT PCR และพบภาวะปอดอักเสบ รับการรักษาในโรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างเดือนมิถุนายน – 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 104 คน โดยใช้แบบสอบถามการจัดการอาการหลงเหลือของผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบอายุ22 ถึง 92 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ;1. อาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) เหนื่อยง่าย 2) ไอ 3) ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ 4) อ่อนเพลีย 5) เวียนศีรษะ โดยด้านมิติความถี่อาการ 3 อันดับแรก คือ 1) ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ 2) ผมร่วงมากขึ้น 3) เหนื่อยง่าย ด้านมิติความรุนแรงของอาการ คือ 1) ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ 2) ไอ 3) เหนื่อยง่ายและ ด้านมิติระดับการรบกวนชีวิต คือ 1) ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ 2) เหนื่อยง่าย 3) ผมร่วงมากขึ้น; 2. วิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการส่วนใหญ่ใช้การพักผ่อน นั่งสมาธิ และขอความช่วยเหลือ บุคคลอื่น และการใช้ยา ข้อเสนอแนะการจัดการอาการที่ครอบคลุม นอกจากลดผลกระทบของอาการ ยังช่วยให้บุคคลมีชีวิต อย่างปกติมากที่สุด

คำสำคัญ: การจัดการอาการ, อาการลองโควิด, ผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study Symptom experiences, management and outcomes long COVID among Patients infected with the coronavirus 2019 confirmed by the ATK or RT PCR test results and pneumonia. One hundred and four patients who were admitted at Chaturas Hospital, Chaiyaphum Province between June and December 31, 2022. The instrument was a questionnaire on residual symptom management in patients after COVID-19 infection. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to analyzed the data. The participants aged between 22 and 92 years old, with the majority being female. The symptom experience was as follows: 1. The first five of Long COVID symptoms was 1) weakness 2) cough 3) muscle and joint pain 4) fatigue 5) dizziness. The first three of frequency of Long COVID was 1) muscle and joint pain, 2) increased hair loss, 3) weakness. The first three of severity was 1) muscle and joint pain 2) cough

Corresponding Author: *e-mail supatra.6@msu.ac.th

วันที่รับ (received) 30 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ม.ค. 2568

3) weakness and the first three of Distress of Long COVID was 1) muscle pain and joint pain, 2) increased hair loss, 3) weakness.; 2. Most of symptom management strategies and outcomes was having a rest, asked for help from others and taking medication. It is recommended that health care providers should assess the experiences in order to delivery comprehensive symptom management recommendations. Comprehensive symptom management not only reduce the impact of symptoms but also help individuals live as normal as possible.

Keywords: Symptom management, Long COIVID, Patients Post COVID

บทนำ

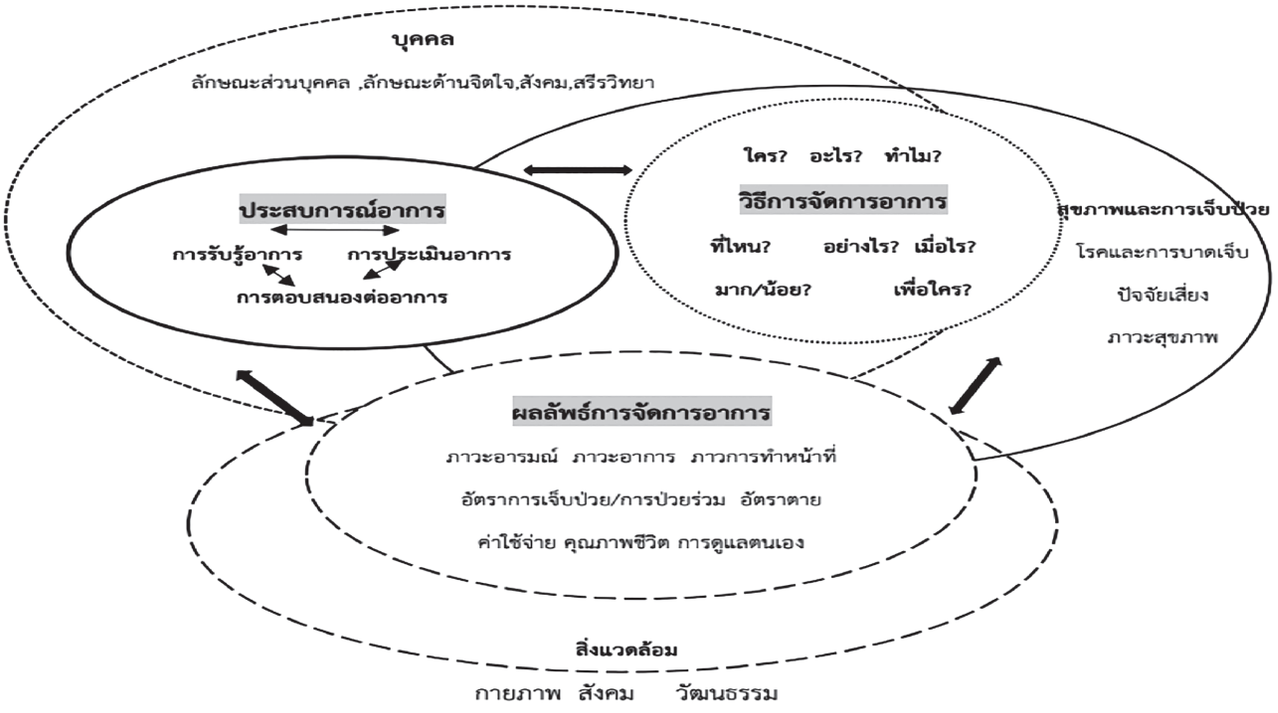
โรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) เป็นโรคทางเดินหายใจผิดปกติเฉียบพลัน เริ่มเมื่อปลายปี 2562 ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถควบคุมได้1 สถิติพบว่าการติดเชื้อไวรัสโค-โรนา 2019 พบเป็นการติดเชื้อสูงสุด และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตอันดับแรกในไทยปี พ.ศ. 2564–2565[2] ปัญหาจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ (การตกงานและการถูกเลิกจ้าง) ปัญหาสุขภาพจิต และใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น[3] ปัจจุบันโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [4] ควบคุมการระบาดของโรคได้ การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นอัตราการเสียชีวิตลดลงและการรอดชีวิตจากการติดเชื้อเพิ่มขึ้นแต่ยังพบการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่

จากการติดตามอาการในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่อง มีภาวะหายใจลำบาก[5] และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพลดลงหลังออกจากโรงพยาบาล[6] ยังพบอาการต่อเนื่องถึง 6 เดือน มีความหลากหลาย และแตกต่างกัน อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหายพบในทุกระบบของร่างกาย โดยอาการอาจดีขึ้นหรือแย่ลง หรือกลับเป็นซ้ำใหม่[7] กลุ่มอาการนี้เรียกว่า “ลองโควิด” (Long COVID) การศึกษาและงานวิจัยอื่น ๆ ได้แก่ ศึกษาอาการลองโควิด 47,000 ราย หลังจำหน่ายที่อังกฤษ[8] การติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากงานวิจัย 15 เรื่องและสอบถามกลุ่มตัวอย่าง 47,910 คน พบอาการผิดปกติ 55 อาการ[6] งานวิจัย 32 เรื่อง พบ 39 อาการ[9] และผลศึกษายังพบเป็นอาการผิดปกติในหลายระบบ[10] การศึกษาผู้ป่วยปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 134 ราย พบมี 15 อาการ[11] ประเทศไทยมีการสอบถามผ่านทางเว็บไซต์ 1,300 ราย ในผู้มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง[8] จำนวน 202 ราย พบ 15 อาการ[5,7,8,9,10,11,12] ผู้วิจัยศึกษาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วย 20 คน ที่มีภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) รักษาที่โรงพยาบาลจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ พบว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกมิติ การจัดการอาการของผู้ป่วยลองโควิดในต่างประเทศพบมีการรักษาโดยการใช้ยา ประเทศไทยยังพบการศึกษาน้อย สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการอาการ[13] ที่กล่าวว่าการจัดการอาการประกอบด้วย 3 แนวคิดที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ประสบการณ์ การจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นแนวทางในการทำวิจัยในครั้งนี้ เพื่อปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการลองโควิด ช่วยแก้ไขหรือลดความผิดปกติและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีอาการลองโควิดของผู้ป่วยทีมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษากลวิธีการจัดการอาการลองโควิดของผู้ป่วยทีมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิดของผู้ป่วยทีมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ที่มา : แบบจำลองการจัดการอาการ[13]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา โดยประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยืนยันผลจากการตรวจ ATK หรือ RT PCR โดยกำหนดคุณสมบัติหรือ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการยืนยันผลจากการตรวจ ATK หรือ RT PCR 2) เป็นผู้มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สื่อสารเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้ 3) สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่าย 4) มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ขณะหรือหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากรที่กำหนดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) รักษาในโรงพยาบาลจุฬารัส มิถุนายน 2565–31 ธันวาคม 2565 มีการวินิจฉัยติดเชื้อ COVID–19 จากข้อมูลเวชระเบียนตาม ICD10 รหัส U071 และ J128 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 104 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ [14]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการจัดการอาการหลงเหลือในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นและสอบถามด้วยตนเอง มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทั้งความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาที่ต้องการศึกษาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและโรคติดเชื้อ 1 คน พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 คน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไขและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2 ทั้ง 3 มิติ คือ ด้านความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรง และด้านรบกวนชีวิตประจำวัน เท่ากับ 0.99, 0.98, และ 1 ได้ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.99 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการจัดการอาการหลงเหลือในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น rating scale ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Co efficiency) ของ

Cranbach และคะแนนที่รับได้คือ 0.99 ไปทดลองใช้เครื่องมือ (Try - out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ชุด ค่า Reliability แบบสอบถามส่วนที่ 2 ทั้ง 3 มิติ คือ ความถี่ของอาการ ด้านความรุนแรง และด้านรบกวนชีวิตประจำวันเท่ากับ 0.89, 0.84, และ 0.86 การจัดการอาการ 0.80 - 0.94 และผลลัพธ์การจัดการอาการ 0.84–0.93 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ในข้อที่ 1-9 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรับการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ข้อที่ 10 ประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อ และอาการของกลุ่มตัวอย่างขณะตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการ อาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในส่วนอาการ จาก 15 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อ่อนเพลีย 2) เหนื่อยง่าย 3) หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย 4) ไอ 5) เจ็บหน้าอก 6) ปวดศีรษะ 7) ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ 8) เวียนศีรษะ 9) ความจำสั้น/หลงลืม 10) สูญเสียการรับรส 11) สูญเสียการรับกลิ่น 12) ท้องเสีย 13) ผมร่วง 14) นอนไม่หลับ และ 15) วิตกกังวล โดยแบบสอบถามนี้สัมภาษณ์ผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 3 เดือนและยังมีอาการคงอยู่มากกว่า 2 เดือน ในส่วนผลกระทบของอาการ ในมิติความรุนแรง ความถี่ และการรบกวนชีวิตประจำวันของอาการจากแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง (The Inventory Functional Status-CA: IFS-CA)15 โดยแบบประเมินเป็นแบบ Numeric rating scale และวิธีการการจัดการอาการ มีรูปแบบการจัดการอาการแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา โดยให้ระบุยาที่ใช้หรือวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการและการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการต่ออาการหรือกลุ่มอาการที่พบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามผลลัพธ์การจัดการอาการลองโควิดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังการจัดการอาการ โดยผลลัพธ์ของการจัดการอาการเป็น Numeric rating scale 3 ระดับ ดังนี้ค่าคะแนน 1 หมายถึง เลวลง ค่าคะแนน 2 หมายถึง เหมือนเดิม และค่าคะแนน 3 หมายถึง ดีขึ้น/หายไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถามอาการหลงเหลือในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลแบบประเมินผลกระทบอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1 วิเคราะห์ในส่วนอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้การแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ

2.2 วิเคราะห์ผลกระทบด้านความถี่ ความรุนแรง และการรบกวนชีวิตประจำวันของอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลจากแบบระเมินการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการลองโควิดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์โดยใช้การหาค่าความถี่ และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในคนและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่การรับรอง : 152-052/2566) อนุมัติวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตพร้อมตัวอย่างแบบสอบถามเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัตุรัสและสาธารณสุขอำเภอจัตุรัส โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์โดยรับทราบจุดประสงค์การวิจัย และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 22 ปี ถึง 92 ปี ส่วนมากเป็น เพศหญิง (ร้อยละ 60. 58) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 65.38) ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 34.62) อาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 40.38) โดยรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่พอใช้และมีเงินเก็บ (ร้อยละ 56.73) สิทธิการรักษา สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 71.15) พบว่ามี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 70.19) สถานที่กักตัว หรือ ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 75.96) ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ มีอาการเล็กน้อย (ร้อยละ 57. 69) ส่วนใหญ่รักษาโดยการใช้ยา (ร้อยละ 99.04) โดยใช้ยา Favipiravir (200 mg./tab) (ร้อยละ 50.49) การรักษาอื่น ๆ ส่วนมากไม่ใช้ออกซิเจน (ร้อยละ 67.31) และพบใช้ออกซิเจนแรงดันสูงร่วมกับการรักษาในห้องแยกผู้ป่วยวิกฤติ 1 ราย (ร้อยละ 0.96) บุคคลที่มีส่วนร่วมในการจัดการอาการมากที่สุด คือ ตนเอง (ร้อยละ 90.38) รองลงมาคือ ครอบครัว/ ญาติ (ร้อยละ 83) และ พยาบาล/ แพทย์ (ร้อยละ 80) ตามลำดับ

2. ประสบการณ์อาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มิติความถี่ ความรุนแรงและการรบกวนชีวิตประจำวัน (n=104)

อาการ	อาการที่พบ		มิติความถี่ของอาการ		มิติความรุนแรงของอาการ		มิติระดับการรบกวนชีวิต	
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
เหนื่อยง่าย	47	45.19	2.87	0.89	5.36	1.78	2.87	0.89
ไอ	40	38.46	2.75	0.99	5.43	2.05	2.75	0.99
ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ	40	38.46	3.13	0.78	5.85	1.70	3.13	0.78
อ่อนเพลีย	36	34.62	2.67	0.78	4.67	1.45	2.67	0.78
เวียนศีรษะ	33	31.73	2.76	0.92	5.09	1.96	2.76	0.92
หายใจลำบาก	32	30.77	2.84	1.09	5.13	2.45	2.84	1.09
นอนไม่หลับ	26	25.00	2.54	1.01	5.08	2.42	2.54	1.01
ปวดศีรษะ	17	16.36	2.59	0.97	5.29	2.37	2.59	0.97
ความจำสั้น/สมาธิสั้น	17	16.35	2.53	0.98	4.94	2.07	2.53	0.98
วิตกกังวล	17	16.35	2.76	1.06	4.41	2.09	2.76	1.06
ท้องเสีย (> 3 ครั้ง/วัน)	13	12.50	2.69	1.38	3.92	2.59	2.69	1.38
สูญเสียการรับรส	12	11.54	2.15	0.53	3.62	1.73	2.15	0.53
สูญเสียการรับกลิ่น	12	11.54	2.00	0.58	3.83	1.62	2.00	0.58
เจ็บหน้าอก	11	10.58	2.09	0.79	3.82	1.85	2.09	0.79
ผมร่วงมากขึ้น	8	7.69	3.00	1.07	5.14	2.64	2.86	0.99

จากผลการวิจัยพบว่าอาการลองโควิดของผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบทั้ง 3 มิติ ได้แก่ มิติความถี่ มิติความรุนแรงของอาการมิติระดับการรบกวนชีวิต โดยมิติความถี่และการรบกวนชีวิตประจำวันมีความสอดคล้องกัน 5 อาการทั่วไปที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อ่อนเพลียง่าย 2) ไอ 3) ปวดกล้ามเนื้อและข้อ 4) อ่อนเพลีย และ5) เวียนศีรษะ ตามลำดับ มิติความรุนแรงของอาการมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของอาการ วิธีการจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการ

อาการที่พบ	วิธีการจัดการ	จำนวน(n%) (n =104)		ผลลัพธ์การจัดการอาการ (n%) ดีขึ้น/หายไป		คงเดิม		เลวลง	
เหนื่อยง่าย	พักผ่อน	44	(93.62)	44	(100.00)	0	(0.00)	0	(0.00)
	จำกัดกิจกรรม	24	(51.06)	22	(91.67)	2	(8.33)	0	(0.00)
	ใช้ยา(MTV *)	10	(21.28)	9	(90.00)	1	(10.00)	0	(0.00)
ไอ	จิบน้ำอุ่น	39	(97.50)	38	(97.44)	1	(2.56)	0	(0.00)
	ใช้ยา(ยาแก้ไอน้ำดำ*)	29	(72.50)	27	(93.10)	27	(6.90)	0	(0.00)
	อมลูกอม	10	(25.00)	9	(90.00)	1	(10.00)	0	(0.00)

อาการที่พบ	วิธีการจัดการ	จำนวน(n%) (n =104)		ผลลัพธ์การจัดการอาการ (n%) ดีขึ้น/หายไป		คงเดิม		เลวลง	
ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ	พักผ่อน	34	(85.00)	32	(94.12)	2	(5.88)	0	(0.00)
	ใช้ยา (Paracetamol*)	28	(70.00)	27	(96.42)	1	(3.58)	0	(0.00)
	จำกัดกิจกรรม	11	(27.50)	7	(63.64)	4	(36.36)	0	(0.00)
อ่อนเพลีย	พักผ่อน	34	(94.44)	31	(86.11)	3	(8.33)	0	(0.00)
	จำกัดกิจกรรม	12	(33.33)	10	(27.78)	2	(5.56)	0	(0.00)
	ใช้ยา (MTV *)	9	(25.00)	7	(77.77)	2	(22.23)	0	(0.00)
เวียนศีรษะ	พักผ่อน	31	(91.18)	30	(96.77)	1	(3.23)	0	(0.00)
	ใช้ยา (Dimen*)	16	(25.00)	7	(77.77)	2	(22.23)	0	(0.00)
	ปรับการเคลื่อนไหว	7	(20.59)	5	(71.43)	2	(28.57)	0	(0.00)
หายใจลำบาก	พักผ่อน	28	(87.50)	25	(89.29)	3	(10.71)	0	(0.00)
	จำกัดกิจกรรม	16	(50.00)	13	(81.25)	3	(18.75)	0	(0.00)
	ออกซิเจนบำบัด	16	(50.00)	16	(100.00)	0	(0.00)	0	(0.00)
นอนไม่หลับ	ส่งเสริมพักผ่อน								
	ลดการรบกวน	21	(84.00)	18	(85.71)	3	(14.29)	0	(0.00)
	ใช้ยา (Amitryp*)	11	(44.00)	10	(90.90)	1	(9.10)	0	(0.00)
	ออกกำลังกายแบบเบา	6	(24.00	6	(100.00)	0	(0.00)	0	(0.00)
ปวดศีรษะ	พักผ่อน	16	(59.26)	15	(93.75)	1	(6.25)	0	(0.00)
	ใช้ยา (paracetamol*)	12	(44.44)	12	(100.00)	0	(0.00)	0	(0.00)
	จำกัดกิจกรรม	7	(25.93)	5	(71.43)	2	(28.57)	0	(0.00)
ความจำสั้น/สมาธิสั้น	อุปกรณ์ช่วยจำ สมุดโน๊ต	11	(64.71)	10	(90.91)	1	(9.09)	0	(0.00)
	การจัดลำดับความสำคัญ	9	(52.94)	7	(77.78)	2	(22.22)	0	(0.00)
	วางแผนกิจกรรมต่าง ๆ	8	(47.06)	5	(62.50)	3	(37.50)	0	(0.00)
วิตกกังวล	พักผ่อน	14	(82.35)	13	(92.86)	1	(7.14)	0	(0.00)
	การฝึกสมาธิ	6	(35.29)	5	(83.33)	1	(16.67)	0	(0.00)
	นวดผ่อนคลาย	5	(29.41)	4	(80.00)	1	(20.00)	0	(0.00)

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยวิธีการจัดการและผลลัพธ์การจัดการอาการ พบทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาส่วนมากจะมีผลลัพธ์การจัดการอาการที่ดีขึ้นและหากไม่สามารถจัดการอาการอาการได้หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจะใช้วิธีการใช้ยาและพบแพทย์ และปรับจนกว่าผลลัพธ์การจัดการอาการดีขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องการจัดการอาการลองโควิดในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอภิปรายอาการ กลวิธี และผลลัพธ์การจัดการอาการตามกลุ่มอาการได้ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย อาการลองโควิดในกลุ่มอาการนี้ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ และอาการถ่ายเหลว จากการที่เชื้อไวรัสก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นใยกล้ามเนื้อโดยตรงหรือการที่เชื้อไวรัสกระตุ้นให้เกิด “สารก่อการอักเสบ”[16] กลไกการกระตุ้นภูมิคุ้มกันและเกิดการอักเสบในร่างกายทำให้ร่างกายมีอาการอ่อนเพลีย[17] อาการท้องเสีย (> 3 ครั้ง/วัน) เชื่อว่าการอักเสบทำให้อวัยวะทำงานผิดปกติเรียกภาวะนี้ว่า “มิส-เอ” (Multisystem Inflammatory Syndrome in Adult; “MIS-A”) อาการแสดงสำคัญคือ ท้องเสีย ปวดท้อง[17] ส่วนมากใช้วิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการพักผ่อนและการเลือกวิธีการจากผลลัพธ์ของการจัดการอาการ อาจใช้วิธีการร่วมกันทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา บางราย พบผลลัพธ์การจัดการอาการคงเดิม จะปรับวิธีการจัดการเพื่อให้ผลลัพธ์การจัดการอาการดีขึ้น

2) กลุ่มอาการระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและ

คาร์บอนไดออกไซด์ลดลง ออกซิเจนในกระแสเลือดลดลง การติดเชื้อรุนแรง ทำให้อ่อนล้า หอบเหนื่อยง่าย หลังทำกิจกรรมและออกกำลังกายได้ลดลง (Exercise intolerance)[17] จากการสอบถามผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าก่อนมีการติดเชื้อและไม่สามารถทำงานหนักได้ แตกต่างจากการเจ็บป่วยอื่น ๆ หรือโรคประจำตัวเดิม ส่วนมากจัดการอาการด้วยตนเองโดยใช้วิธีการพักผ่อน การจำกัดกิจกรรม แต่เนื่องจากอาการในกลุ่มนี้ส่งผลให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย จึงใช้วิธีการใช้ยาร่วมด้วยและเลือกช่องทางในการแจ้งญาติเพื่อให้การช่วยเหลือและพบแพทย์เมื่อเกิดอาการผิดปกติ

3) กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด การทำลายเยื่อบุผิวถุงลมปอด ปอดเกิดผังพืด ปอดขยายตัวได้ลดลง[10] อาการไอเรื้อรัง อาจเกิดจากเชื้อ SARS-CoV-2 ไปจับกับ Glial cell ของเส้นประสาทสมองวากัสเกิดการอักเสบ และหลั่งสารก่ออักเสบ ที่ทางเดินหายใจและปอด[17] โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ ทำให้พบอาการลองโควิดมากขึ้น การจัดการอาการใช้วิธีการพักผ่อนมากที่สุด ส่วนมากมีภาวะติดเชื้อที่ปอด จึงใช้ยาเป็นหลัก และมีช่องทางขอความช่วยเหลือเร่งด่วนเมื่อพบอาการผิดปกติ

4) กลุ่มอาการระบบประสาท ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เนื่องจากเชื้อไวรัสอาจทำลายเนื้อเยื่อตาข่ายป้องกันของสมอง ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะได้[18] อาการเวียนศีรษะจากการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง เลือดแข็งตัว ภาวะเครียดและพักผ่อนน้อย[4] ความจำสั้น/สมาธิสั้น หรือภาวะสมองล้า ประเมินยากว่า เกิดจากการติดเชื้อหรือจากภาวะสูงอายุ การสูญเสียการรับรสเกิดจากเชื้อทำลายระบบประสาทการรับรู้รสและอาจเกิดจากการใช้ยา และอาการสูญเสียการรับกลิ่น เกิดจากเชื้อโควิดทำลายระบบประสาทการรับรู้กลิ่น และความผิดปกติในโพรงจมูก ส่วนมากจะไม่ใช้ยาแต่ฟื้นฟูสภาพความผิดปกติที่พบ ยกเว้นอาการปวดและเวียนศีรษะซึ่งใช้วิธีการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยาทำให้ผลลัพธ์การจัดการอาการดีขึ้น

5) กลุ่มอาการผิวหนังและเส้นผม ได้แก่ ภาวะผมร่วงภายหลังการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากโรคผมผลัด (Telogen effluvium) เนื่องจากร่างกายเกิดความเครียดและมีการกระตุ้นให้เกิดการอักเสบที่รากผม วงจรชีวิตของผมเปลี่ยนเร็วกว่าปกติ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความเครียด ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด และรับประทานอาหารน้อย พบว่าการจัดการอาการอาการที่พบมากที่สุด คือ เปลี่ยนยาสระผมที่ไม่มีน้ำหอมเพื่อลดการระคายเคือง พบผลลัพธ์การจัดการอาการดีขึ้นและคงเดิมเท่า ๆ กัน

6) กลุ่มอาการทางสุขภาพจิต ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ อธิบายได้ว่าจากการที่มีการเจ็บป่วยในหลายระบบในร่างกาย ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ การเจ็บป่วยที่รุนแรง ความเจ็บปวด และความบกพร่องทางระบบประสาท ทำให้การนอนหลับไม่สนิทและปัญหาด้านอารมณ์ ซึ่งอาจพบหลายอาการร่วมกัน และเป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้วิตกกังวลมากขึ้น พบวิธีการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยา โดยการพักผ่อน ลดความเครียด ทำสมาธิ และหากยังมีอาการจะมีการพบจิตแพทย์และมีการใช้ยาร่วมเพื่อบรรเทาอาการ จนกว่าผลลัพธ์การจัดการอาการจะดีขึ้น

การจัดการอาการ มีผลมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยซึ่งอาจมาจากปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อาการหรือภาวะสุขภาพเดิมของผู้ป่วย การติดเชื้อที่พบ ระยะเวลาของการติดเชื้อ และวิธีการจัดการอาการพบทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ส่วนมากดีขึ้น/หายไป บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้มีอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การเพิ่มกำลังใจให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่พึงประสงค์ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ[18]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการหาข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือจากญาติ รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อพยาบาลมีความรู้ ในเรื่องประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการในผู้ป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำแนวทางมาพัฒนาระบบการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีอาการผิดปกติได้ครอบคลุมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล ในรูปแบบการพัฒนาการจัดการอาการโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการอาการตนเอง

2. ควรมีการปรับรูปแบบการจัดการอาการเพื่อใช้ในการให้การดูแลผู้ที่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ

3. มีการวางแผนการนำเสนอในเวทีวิชาการเพื่อให้เป็นตัวอย่างของรูปแบบการจัดการอาการรายโรคต่อไป เพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากที่สุด

References

1. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. 2020.
2. Worldometers, S. Worldometers-COVID-19 coronavirus pandemic. 2020.
3. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet. 2021;397(10270):220-32.
4. Department of Disease Control. Situation of COVID-19 infections in the country. 2022. (in Thai).
5. Lopez LS, Wegman OT, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long- term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Scientific reports. 2021; 11(1): 1-12.
6. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al. Postdischarge symptoms and rehabilitation need in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. Journal of Medical Virology. 2021; 93(2): 1013-22.
7. Department of Medical Services. Care for COVID-19 patients after recovery (Post COVID Syndrome) or long-term conditions for doctors and public health personnel; 2022. (in Thai)
8. National Institute for Health and Clinical Excellence. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. 2020.
9. Michelen M, Manoharan L, Elkheir N, Cheng V, Dagens A, Hastie C, et al. Characterising long COVID: a living systematic review. British Medical Journal global health. 2021; 6(9): e005427.
10. Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G, Rivera SC, McMullan C, Chandan JS, et al. Symptoms, complications and management of long COVID: a review. Journal of the Royal Society of Medicine .2021; 114(9): 428-42.
11. Sykes DL, Holdsworth L, Jawad N, Gunasekera P, Morice AH & Crooks MG. Post-COVID-19 symptom burden: what is long-COVID and how should we manage it? Lung. 2021; 199(2): 113-9. doi:10.1007/s00408-021-00423-z.
12. Wichit Methawee & Vorapan Saran. Prevalence and factors related to stress and depression in COVID-19 patients at field hospitals in the Saraburi hospital network. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2022; 16(1): 265-84. (in Thai).
13. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of advanced nursing. 2021; 33(5): 668-76.
14. Yamane S. Life cycle and nest architecture of Polistes wasps in the Okushiri Island, Northern Japan. Journal of the Faculty of Science. Hokkaido University. Series 6, Zoology. 1972; 18(3): 440-59.
15. Tulman L, Fawcett J & Mc Evoy MD. Development of the Inventory of Functional Status-Cancer. Cancer Nurse. 1991; 14(5): 254-60.
16. Kriengsak L. How does COVID-19 cause “muscle pain”; 2024. (in Thai).
17. Tantipasawasin S. The SARS-CoV-2 Variants: The Effectiveness of Vaccines and Therapies, Update. Chonburi Hospital Journal. 2021; 46(2): 135-58. (in Thai).
18. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M & Edison P. Long covid-mechanisms, risk factors, and management. British Medical Journal. 2021, 374: n1648. doi:10.1136/bmj.n1648.
19. Poltana P, Sanongyard J, Phorang R & Thammakijpirote K. Effectiveness of a self-Care promotion program using wireless technology for patients with pulmonary dysfunction due to COVID-19 infection during home rehabilitation, Suphanburi Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(2): 459-68. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

The Efffect of Self-Efficacy Program on Blood Prerssure Control Behaviors in Hypertensive Patients with Uncontrolled Blood Pressure

จุฑารัตน์ จันทร์มณี* ปริศนา อัครธนพล กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
Chutharat Janmanee Prisana Akaratanapol Kamontip Khungtumneam
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540
Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังสวน ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 31 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่(t= 9.75, p=.000) และกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสทอลิกและไดแอสทอลิกลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (t=10.18 และ t=7.26 ,p= .000)

คำสำคัญ: โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of self-efficacy program on blood pressure control behaviors in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. The study was conducted at Lang Suan Hospital in the Wang Tako Subdistrict of Chumphon Province. Patients were divided into two groups: an experimental group consisting of 31 participants who underwent a self-efficacy program, and a control group of 31 participants who received standard nursing care. Selecting a simple sample group. The research measurement utilized was a self-efficacy program, which included a self-efficacy questionnaire for hypertensive patients and a questionnaire assessing the blood pressure control behaviors in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure. The data were analyzed using mean, standard deviation, and statistical tests

Corresponding Author: *E-mail:Chutharat.1987@gmail.com

วันที่รับ (received) 28 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

including the Paired t-test and Independent t-test

The findings of the study revealed that, the experimental group demonstrated a significantly higher average score for controlling high blood pressure compared to the control group (t= 9.75, p=.000). Furthermore, the experimental group exhibited lower systolic and diastolic blood pressure levels than the control group (t=10.18 and t=7.26, p= .000).

Keywords: Self-efficacy program, hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, blood pressure control behavior.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ มีจำนวนถึง 2.8 ล้านคน ประเทศไทยพบสถิติประชาการวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองหนาตัวและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้ลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โดยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง จากการศึกษา[1] พบว่าการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตความดันโลหิตสูง (r=0.145, p-value= .006) นอกจากนี้ผู้ป่วยควรงดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็ม อาหารที่มีโซเดียม จะช่วยลดการดูดซึมน้ำกลับเข้าระบบไหลเวียนเลือด ลดการทำงานของหัวใจและป้องกันความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5 วัน นานอย่างน้อย 20-30 นาทีต่อครั้ง ทำให้การทำหน้าที่ของผนังหลอดเลือดดีขึ้น ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดยืดหยุ่นดี ความต้านทานของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง[2] สอดคล้องการศึกษา[3] พบว่าภายหลังผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับความดันโลหิตทั้งค่าบน ค่าล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความเครียดส่งผลต่อสมองเกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกและกระตุ้นการหลั่งคอร์ติซอลจากต่อมหมวกไต ให้อวัยวะต่าง ๆ ตื่นตัว คือ ใจเต้นรัว ความดันเลือดสูง หลอดเลือดหดตัว ซึ่งถือเป็นอาการผิดปกติของร่างกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน จึงมีความสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งการที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง (Efficacy beliefs) คือการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดไว้ ซึ่งตรงกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา ที่กล่าวว่าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่ได้คาดหวังไว้

ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2565 พบมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 510 คน และเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 39.41 เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคไต จากการทำงานและการลงเยี่ยมบ้านของผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพอยู่ที่โรงพยาบาลหลังสวน กลุ่มงานหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวมและมีบทบาทหน้าที่ดูแลประชากรในพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุม

ระดับความดันโลหิตไม่ได้ จะได้พบแพทย์ รับยา แผ่นพับและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีอาชีพเกษตรกรทำสวนปาล์มน้ำมัน สวนทุเรียน สวนยางพาราและอาชีพรับจ้าง มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเค็ม เติมน้ำปลาหรือเติมน้ำปลาพริกเวลารับประทานอาหาร รับประทานอาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น ปลาเค็ม น้ำบูดู อาหารทอด เพราะสามารถนำไปรับประทานได้ง่ายไม่เสียง่ายและสะดวกในการรับประทาน ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะไม่มีเวลากว่าจะออกจากสวนก็มืด มีภาวะเครียดสูง เนื่องจากต้องมีค่าใช้จ่ายในการทำสวน และบางครั้งไปทำงานเช้าก็ไม่ได้นำยาไปด้วย ทำงานไม่เป็นเวลา จากการวิเคราะห์พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในคลินิกมีปริมาณเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมากขึ้น ยังขาดทักษะพฤติกรรมที่เฉพาะต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ระดับความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนของแบนดูรา เน้นการให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการที่จัดการกับพฤติกรรมตนเอง โดยมีการให้ความรู้ทั้งในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดผ่านสื่อต่าง ๆ มีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจ นำเสนอตัวแบบที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจูงใจให้เห็นว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและนำมาสร้างกิจกรรมในงานวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

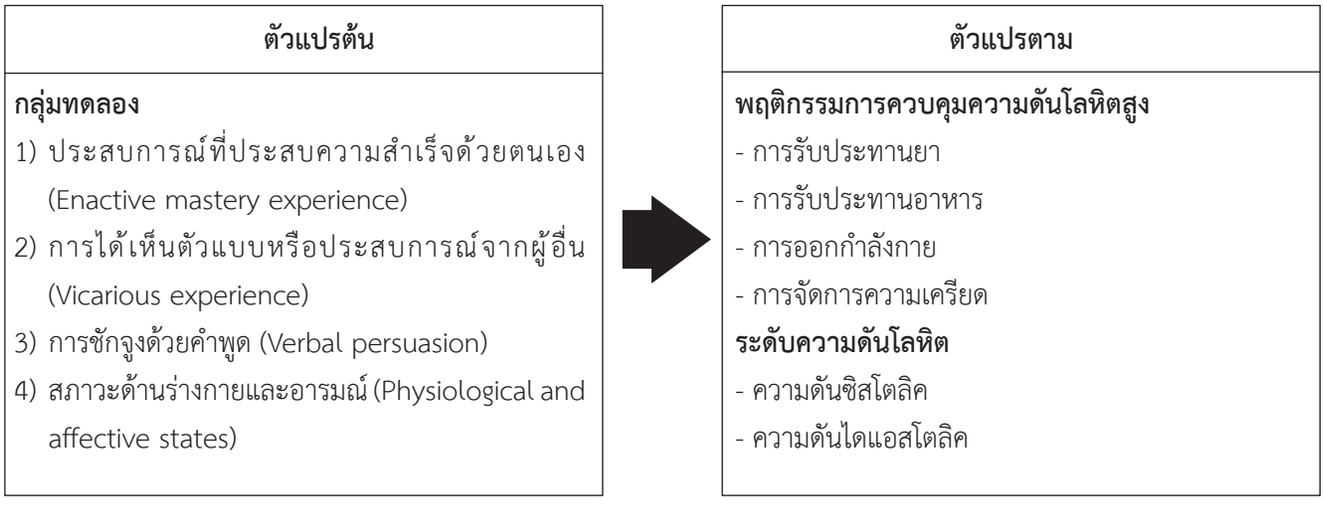
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
3. เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) เชื่อว่าเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 ด้าน จะสามารถทำให้มีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นและทำให้ความดันโลหิตลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในพื้นที่ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม 2565

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังสวน ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร จำนวน 201 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังสวน ตำบลวังตะกอ อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกตามเกณฑ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 ใช้ขนาดอิทธิพลขนาดสูง เนื่องจากงานวิจัยมีความคล้ายกับ[4] ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโลหิตไม่ได้ ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 10 ได้ 62 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 รายและกลุ่มควบคุม 31 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura

1.2 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ และเครื่องชั่งน้ำหนักที่ผ่านการเทียบค่ามาตราฐาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา รายได้ส่วนบุคคล ระยะเวลา แหล่งบริการสุขภาพ ยาที่รับประทาน แหล่งข้อมูลข่าวสาร การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา 4 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 1 หมายถึง น้อย ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปานกลาง ระดับคะแนน 3 หมายถึง มาก ค่า IOC เท่ากับ 0.67 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.75 แปลความหมายคะแนน[5] ดังนี้

คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด = 3 – 1 = 0.66
3 3

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง ระดับการรับรู้น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง ระดับการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับการรับรู้ที่มากมี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา 4 ข้อ การรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ การจัดการความเครียด 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ (0 ครั้งต่อสัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (1-6 ครั้งต่อสัปดาห์) และทำปฏิบัติเป็นประจำ (7 ครั้งต่อสัปดาห์) มีค่า IOC เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.77

แปลความหมายคะแนน[5] ดังนี้

คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด = 3 – 1 = 0.66
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.1238 /2565 วันที่รับรอง 22 กันยายน 2565 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยกับโรงพยาบาลหลังสวน โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การปฏิบัติตัว และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นชื่อแสดงการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีดำเนินการวิจัย

1) ขั้นเตรียมการ หลังจากได้รับการรับรองโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวนเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ขั้นดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลหลังสวน ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการวิจัยอย่างละเอียด ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และให้ลงนามในแบบฟอร์มให้คำยินยอม

3) การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมรายกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพ จัดกิจกรรมกลุ่ม”รู้เท่าทันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อชีวิตที่ยั่งยืน”มอบคู่มือ พร้อมทั้งให้แบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การผ่อนคลายความเครียดให้กลับไปทำที่บ้าน เก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม (pre test) และวัดความดันโลหิตก่อนเข้าร่วม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-3 เยี่ยมบ้านรายบุคคลคนละ 1 ครั้งใช้เวลา 45-60 นาทีต่อ 1 หลังคาเรือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ติดตามการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ให้กำลังใจและชมเชย เพื่อเป็นตัวแบบในกิจกรรมครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 รายกลุ่ม กิจกรรม “เรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling)”คัดเลือกจากผู้มีประสบการณ์ ที่ประสบความสำเร็จเป็นตัวแบบตามเกณฑ์พร้อมทั้งให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 5-7 ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลคนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อ 1 หลังคาเรือน เพื่อติดตามเรื่องการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างกระตุ้นและให้กำลังใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ติดตามแบบบันทึก

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง(post test) สรุปและประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมและยกย่องชมเชยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง/วัดความดันโลหิต

กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมจะได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้ เก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (pre test) และวัดความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 1 รายกลุ่ม 1.1 สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยและแจ้งช่วงเวลาที่จะใช้ในการพบกันแต่ละครั้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วัดความดันโลหิต ส่วนสูง ชั่งน้ำหนักให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และแจกแผ่นพับ

สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4 ปฏิบัติตามแผ่นพับ

สัปดาห์ที่ 5 วัดความดันโลหิต ส่วนสูง ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย

สัปดาห์ที่ 6 - สัปดาห์ที่ 7 ปฏิบัติตามแผ่นพับ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง (post test)/วัดความดันโลหิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลเป็นระดับ Interval Scale การแจกแจงปกติ ข้อมูลมี distribution เป็นโค้งปกติ (Normal Curve) โดยการใช้สถิติการทดสอบที (t-test) ดูความแปรปรวนของประชากร (Variance) พบว่า ประชากร

แต่ละกลุ่มที่นำมาศึกษามีความแปรปรวน (Variance) เท่ากัน โดยการใช้สถิติการทดสอบที (t-test) เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 48.39 เพศหญิง ร้อยละ 51.61 มีอายุ 46-55ปี ร้อยละ 64.52 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย 4-6 ปี ร้อยละ 51.

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.61 เพศหญิง ร้อยละ 48.39 อายุ 46-55ปี ร้อยละ 90.32 ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงนับตั้งแต่แพทย์วินิจฉัย 4-6ปี ร้อยละ 51.61

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(n=31)		กลุ่มทดลองn=31)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม	2.17	.15	2.19	.11	0.38	.190
หลังได้รับโปรแกรม	8.32	1.01	10.14	.21	9.75	.000

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (t= 9.75, p=.000)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและหลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=31)		กลุ่มทดลอง (n=31)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ค่าความดันโลหิตค่าบนก่อนได้รับโปรแกรม	152.84	6.99	152.77	8.14	10.18	.851
ค่าความดันโลหิตค่าบนก่อนได้รับโปรแกรม	95.32	3.37	95.35	4.12	7.26	.637
ค่าความดันโลหิตค่าบนหลังได้รับโปรแกรม	144.74	5.72	135.94	4.60	10.18	.000
ค่าความดันโลหิตค่าล่างหลังได้รับโปรแกรม	89.35	6.58	84.32	7.03	7.26	.000

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าบนลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (t=10.18 , p= .000) และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าล่างลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (t=7.26 , p=.000)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานข้อ 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura[6] หลังทดลองพบว่าพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.26, SD=0.90)

สอดคล้อง[7] พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิคและไดแอสโตลิคต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) สอดคล้อง[8] พบว่ากลุ่มเสี่ยงก่อนระยะความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านการรับรู้ความสามารถในตนเองหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean =28.80, SD=1.540) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean =22.73, SD=2.840)

สมมุติฐานข้อ 2. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่าหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความมั่นใจและเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 4 ส่วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจและเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อบ้านเพื่อติดตามวัดระดับความดันโลหิตสูง การกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัว รวมถึงการกล่าวยกย่อง ชมเชยและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงจะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจทำพฤติกรรมตามที่คาดหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษา[9] พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษา[10] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01)

สมมุติฐานข้อ 3. หลังได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีระดับค่าความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง สามารถอธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความดันโลหิตสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและแรงต้านการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยความดันโลหิตคือปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) และความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีระดับความดันโลหิตสูงเกิดจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือทั้งสองปัจจัยหรือจากความล้มเหลวของกลไกการปรับชดเชยปัจจัยหลัก ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ซึ่งการใช้ยาคือการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยจะลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ มีผลการศึกษาพบว่าการลดความดันโลหิต Systolic (systolic blood pressure, SBP) ลง 10 มม.ปรอท หรือการลดความดันโลหิต Diastolic (diastolic blood pressure, DBP) ลง 5 มม.ปรอท การออกกำลังกายช่วยป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงได้ และช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีในคนที่มีความดันโลหิตสูง มีการศึกษาวิจัยพบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค (Aerobic) ช่วยลดความดันโลหิตในค่า Systolic ได้ประมาณ 2-3 mmHg และยังพบว่าถ้าความดันโลหิตลดลงอย่างน้อย 2 mmHg จะส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือแตกได้ (Stroke) และลดความเสี่ยงต่อการที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีพฤติกรรมดีย่อมทำให้เกิดการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัย[11] พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซีสโตลิคและไดแอสโตลิคต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลหลังสวน ตำบลวังตะกอ สามารถนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในคลินิกรักษ์สุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ศึกษาติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและระดับค่าความดันโลหิตในกลุ่มทดลองต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาและการติดตามผล

เป็นระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน เป็นต้น เพื่อให้ทราบความเปลี่ยนแปลง และความคงทนของผลการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2) การนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

1. Hancharoenpiat P. Factors affecting blood pressure control in hypertensive patients receiving services at Sriratana Hospital, Sisaket Province. Sisaket Surin Buriram Hospital Medical Journal 2020;35(3):651-63. (in Thai)
2. Ignatavicius, D. D., Cherie R Rebar, & Nicole MHeimgartner.Medical-Surgical Nursing: Concepts for Clinical Judgment and Collaborative Care (Evolve) 11th Edition. Elsevier 2024.
3. Thongpad P., Manasatitphong N.The effectiveness of a self-efficacy awareness promotion program on health outcomes of hypertensive patients. Eastern University of Management and Technology Journal 2021;18(2):261-320. (in Thai)
4. Khonsaw A.Effects of self-efficacy and social support promotion program on diet controlbehavior and blood pressure level in uncontrolled hypertensive patients. Prince of Songkla University 2014. (in Thai)
5. Best JN. W.Research in Education. 3ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.1977.
6. Bandura A.Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977; 84(2):191-215.
7. Turongruang S., Wattana C., Haniratsai T., & Liangchuangwong S. Effects of self-efficacy promotion program for disease control on disease control behavior and disease control in patients with uncontrolled hypertension. Nursing Journal 2017; 44(1):69-82. (in Thai)
8. Sitthibun W. Study of the results of self-efficacy perception towards hypertension prevention in the pre-hypertension risk group, Ron Phibun Subdistrict, Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province. Public Health Academic Journal. 2019; 116-24 . (Special Issue 28). (in Thai)
9. Nakkling Y., & Thatsri P. The effect of self-efficacy promotion program on health behavior of elderly with uncontrolled hypertension. Journal of the Private Higher Education Institutions Association of Thailand under the Royal Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. 2017;6(1): 27–35 (in Thai)
10. Chaksingto J., & Panchui R. The effect of self-efficacy awareness program on blood pressure control behavior in uncontrolled hypertensive patients at Kok Sung Hospital, Sa Kaeo Province. Eastern University of Management and Technology Journal 2017;18(2):56-67. (in Thai)
11. Wutthitham N., Chontong R., & Sompradit C. The effects of Self-efficacy Enhancement on Blood Pressure Level Controlled among Hypertension Risk Group. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1):309-18. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

Factors Predicting Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Persons

นันทกร ปราโมทย์[1] นรลักขณ์ เอื้อกิจ*[2]
Nantakorn Pramote[1] Noraluk Ua-Kit*[2]
[1]โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
[1]Phramongkutklao hospital, Bangkok, Thailand 10400
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10900
[2]Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand 10900

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันและปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ ศูนย์ปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 113 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 8 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.09 (SD = 0.84) 2) ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต โดยสามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ ร้อยละ 31.40 (Adjusted R^2 = 0.314, $p < .05$)

คำสำคัญ: ความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน, การปลูกถ่ายไต, ปัจจัยทำนาย

Abstract

This predictive correlational study aims to examine adherence to immunosuppressive medication (ISM) and the predictive factors influencing ISM adherence among kidney transplant persons. The study sample consists of 113 kidney transplant persons, aged 18 years and older, from the Kidney Transplant Clinic in a tertiary-level government hospitals in Bangkok. Data are collected by using eight questionnaires, including: Demographic data questionnaire, ISM questionnaire, comorbidity questionnaire, social support questionnaire, perceived susceptibility to kidney rejection questionnaire, perceived severity of kidney rejection questionnaire,

Corresponding Author: *E-mail: noralukuakit@gmail.com

วันที่รับ (Received) 11 เม.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 26 พ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 มิ.ย. 2568

perceived benefits of ISM questionnaire, and perceived barriers to ISM questionnaire. The results revealed that: 1) The participants demonstrated a high level of ISM adherence, with an average score of 23.09 (SD = 0.84). 2) The predictive factors influencing to ISM adherence among kidney transplant persons included time after transplantation, social support, perceived barriers to ISM, and perceived susceptibility of kidney rejection. These factors account for 31.40% of the variance in ISM adherence among kidney transplant persons (Adjusted $R^2 = 0.314$, $p < .05$).

Keywords: Immunosuppressive medication adherence, Kidney transplant, predicting factor

บทนำ

การปลูกถ่ายไต เป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายการรักษาในระยะยาวน้อยกว่า และอายุเฉลี่ยของไตปลูกถ่ายอยู่ได้นานถึง 10 ปี[1] หลังการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะปฏิเสธไต ซึ่งมีอัตราการเกิดในช่วง 1 ปีแรก สูงถึงร้อยละ 10-12[1] และวิธีการป้องกันการเกิดภาวะปฏิเสธไตที่สำคัญ คือ การรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษาที่เกิดจากการ ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ และปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ แสดงออกโดยการรับประทานยาครบตามขนาดที่กำหนด ตรงเวลา และการไม่ลืมรับประทาน[2] การศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตรับประทานยากดภูมิคุ้มกันไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 35.6[3] ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 0.6-93.7[4] และพฤติกรรมที่พบบ่อย คือ การรับประทานยาไม่ตรงเวลา[3,5,6] ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีโอกาสเกิดภาวะปฏิเสธไตมากขึ้นถึง 4.05 เท่า[7] และอาจรุนแรงจนถึงขั้นสูญเสียไตปลูกถ่ายได้ในที่สุด[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตในประเทศไทย เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์และศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียว[3,5,7] มีเพียง 1 งานวิจัยที่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต เช่น การสนับสนุนทางสังคม[3] เป็นต้น ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เช่น ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต[8] ภาวะโรคร่วม[9] เป็นต้น แต่อาจมีบริบทต่างจากประเทศไทย เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนไตบริจาคและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ[10] อีกทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[11] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยเลือกศึกษาจากโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิหลายแห่งเพื่อสามารถอธิบายปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต

สมมติฐานการวิจัย

ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และ

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน สามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ อธิบายความสม่ำเสมอในการรับประทานยา หมายถึง การรับประทานยาตามแผนการรักษาที่เกิดจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ[2] โดยการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตรับประทานยากดภูมิคุ้มกันได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค[11] ดังนั้น จากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต ภาวะโรคร่วม การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่รับบริการ ณ ศูนย์ปลูกถ่ายไต โรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power[12] กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล 0.15[13] และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 103 ราย เพิ่มจำนวนตัวอย่าง 10% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 113 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ทำให้ได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กันทั้ง 2 โรงพยาบาล จนครบที่กำหนด รวม 113 ราย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และเป็นการปลูกถ่ายไตครั้งแรก อายุ 18 ปีขึ้นไป หากมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อมประเมินด้วยแบบสอบถาม Mini-Cog ฉบับภาษาไทย[14] เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง รับประทานยากดภูมิคุ้มกันชนิดกินด้วยตนเอง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรคหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือผู้ที่ต้องได้รับการพยาบาลเร่งด่วนขณะรอรับการตรวจรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ และแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ

2. แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรักษาซ้ำ[15] จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 4 ข้อ คำถามเชิงลบ 2 ข้อ สอบถามพฤติกรรมการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันใน 1 เดือนที่ผ่านมา มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวม 6-24 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนน 3 ระดับ คะแนน 18–24 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก คะแนน 12-17 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันปานกลาง และคะแนน 6–11 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันต่ำ

3. แบบประเมินภาวะโรคร่วมของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ใช้แบบประเมิน Charlson comorbidity-index. (CCI)[16] ฉบับภาษาไทย[17] โรคร่วมทั้งหมด 19 รายการ ให้คะแนนตามความรุนแรงของโรค (1, 2, 3, 6 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ที่ 0-37 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคร่วมมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลูกถ่ายไต[3]

แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านที่เป็นรูปธรรม จำนวนคำถาม 23 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมจาก 2 แหล่งสนับสนุน ได้แก่ จากคนในครอบครัว 0-115 คะแนน และจากบุคลากรทีมสุขภาพ 0-115 คะแนน คะแนนรวมทั้งสิ้น 0-230 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

5. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไตของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อน[18] จำนวนคำถาม 5 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไตมาก

6. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไตของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค[18] จำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไตมาก

7. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา[18] จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก

8. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยา[18] จำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4-32 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามชุดที่ 2-8 อยู่ระหว่าง 0.80 - 1 จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 คน[12] วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดที่ 2, 4-8 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดที่ 3 ด้วยวิธีการหาความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต โดยการคำนวณสัมประสิทธิ์ Cohen's Kappa[12] ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามชุดที่ 2-8 เท่ากับ 0.75, 0.86, 0.95, 0.96, 0.80, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2567 (IRBRTA 0777/2567) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 (COA No. 0986/2024) โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่พึงได้รับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48.38 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.8 พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 85.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 36.3 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 18.6 รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ย 30,560.60 บาท กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิการรักษาสำหรับการปลูกถ่ายไตและส่วนมากไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการมา

พบแพทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับไตจากผู้บริจาคเสียชีวิตมากที่สุด ร้อยละ 57.5 ระยะรอคอยการปลูกถ่ายไตที่พบมากที่สุดคือมากกว่าเท่ากับ 1 ปี แต่ไม่เกิน 3 ปี ร้อยละ 31.9 ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไตอยู่ในช่วง 6-179 เดือน ส่วนใหญ่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันกลุ่ม Calcineurin inhibitor ร้อยละ 99.1 และมักได้รับคู่กับยา Prednisolone ร้อยละ 95.6

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 185.11 (SD = 33.26) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต เท่ากับ 18.30 (SD = 1.40) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต เท่ากับ 14.58 (SD = 1.25) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เท่ากับ 18.07 (SD = 1.59) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เท่ากับ 11.70 (SD = 2.88)

3. กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.09 (SD = 0.84) เมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างใส่ใจในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันทุกครั้ง ร้อยละ 98.2 รับประทานยากดภูมิคุ้มกันครบทุกชนิดตามที่แพทย์สั่งทุกครั้ง ร้อยละ 99.1 ไม่เคยรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในปริมาณจำนวนเม็ดที่มากกว่าหรือน้อยกว่าแพทย์สั่ง ร้อยละ 97.3 รับประทานยากดภูมิคุ้มกันตรงเวลาทุกมื้อ ร้อยละ 50.4 ไม่เคยลืมรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ร้อยละ 75.2 และไปตรวจตามนัดและรับยาอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง ร้อยละ 92.9

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบประเมินภาวะโรคร่วมค่อนข้างน้อย คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.92 (SD = 1.08) จึงอาจทำให้กำลังในการทดสอบทางสถิติไม่เพียงพอ แต่เนื่องจากตัวแปรนี้ยังมีความสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงปรับตัวแปรภาวะโรคร่วมเป็น 2 กลุ่ม คือ มีและไม่มีภาวะโรคร่วม ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 54.9

ตารางแสดง ค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทำนายของปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไต โดยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) (n=113)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	S.E.	β	t	p-value
1. ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต	-.006	.001	-.313	-3.879	.000
2. การสนับสนุนทางสังคม	.007	.002	.264	3.124	.002
3. การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน	-.054	.024	-.184	-2.275	.025
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต	.104	.048	.173	2.140	.035
(Constant)	21.055	.963		21.853	.000

$R = .582$, $R^2 = .339$, Adjusted $R^2 = .314$, Std. Error = .696

5. ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย พบว่า ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต สามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ ร้อยละ 31.40 (Adjusted $R^2 = 0.314$, $p < .05$)

6. จากตารางแสดง เมื่อพิจารณาค่า β ของแต่ละตัวแปร พบว่า ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด ($\beta = -0.313$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.264$) การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ($\beta = -0.184$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต ($\beta = 0.173$) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพถึงความสำคัญของยากดภูมิคุ้มกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับไตจากผู้บริจาคเสียชีวิต ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของไตปลูกถ่าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากด

ภูมิคุ้มกันที่ดี[2] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมที่พบบ่อยที่ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันลดลง คือ การรับประทานยาไม่ตรงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าทั้งในและต่างประเทศ[3,5,6] ซึ่งจะทำให้ระดับยากดภูมิคุ้มกันในเลือดไม่เป็นไปตามแผนการรักษา เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไตมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรเข้าให้คำปรึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับประทานยาไม่ตรงเวลา เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันที่ดียิ่งขึ้น[6]

ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (β = -0.313) เนื่องจากในระยะแรก กลุ่มตัวอย่างจะเห็นคุณค่าของไตปลูกถ่ายและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันภาวะปฏิเสธไต เมื่อระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไตนานขึ้น การตระหนักถึงความสำคัญของไตปลูกถ่ายลดลง ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของกลุ่มตัวอย่างลดลงในที่สุด[8]

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (β = 0.264) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเอาใจใส่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า[3] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด เมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันที่เหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยากดภูมิคุ้มกันได้อย่างสม่ำเสมอมากยิ่งขึ้น[3]

การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (β = -0.184) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันให้ตรงเวลาเป็นเรื่องยุ่งยาก เมื่อบุคคลมีความเชื่อว่าการกระทำตามคำแนะนำนั้นไม่สะดวก ไม่เป็นที่น่าพอใจ ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันของกลุ่มตัวอย่างลดลง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาที่มาก ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างลดลง[19]

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (β = 0.173) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะรอคอยการปลูกถ่ายไตนาน จึงมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากรับประทานยากดภูมิคุ้มกันไม่สม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง[20] ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอหลังได้รับการปลูกถ่ายไต

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะโรคร่วม ไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วมจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่ายหรือลืมรับประทานยาได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันเพื่อรักษาประสิทธิภาพของไตปลูกถ่าย และมีการรับรู้อุปสรรคด้านการจดจำวิธีการรับประทานยาน้อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอต่อไป การรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต ไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายเป็นผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตครั้งแรกและไตปลูกถ่ายไตยังทำงานได้ดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไตลดลงจนไม่ส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา[20] และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน ไม่สามารถทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ อาจเนื่องจากผลข้างเคียงที่สำคัญของยากดภูมิคุ้มกัน คือ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น เมื่อบุคคลเกิดข้อสงสัยในการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ทำให้บุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพลดลง[11] อย่างไรก็ตาม การปลูกถ่ายไตถือเป็นการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในปัจจุบัน[1] อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไตที่มาก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังคงรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ไตปลูกถ่ายยังทำงานได้ดีต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ การประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยได้แก่ ระยะเวลาหลังได้รับการปลูกถ่ายไต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต สามารถร่วมทำนายความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

นำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมช่วยส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปฏิเสธไต ประเมินการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน รวมถึงในระยะติดตามการรักษา เพื่อส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไต และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันในผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะปฏิเสธไต เนื่องจากการตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะปฏิเสธไตที่มากขึ้น อาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยากดภูมิคุ้มกันที่ต่างกัน

References

1. Arpornsujaritkun N, Kantachuvesiri S, & Jirasiritham S. Kidney transplantation. Bangkok: Ramathibodi Textbook Project; 2021. (in Thai)
2. Osterberg L, & Blaschke T. Adherence to medication. The New England Journal of Medicine. 2005;353(5):487-97.
3. Sopitsakol U, Prapaipanich W, & Maneesriwongul W. Factors related to medication adherence in kidney transplant recipients. Ramathibodi Nursing Journal. 2018;24(3):328-34. (in Thai)
4. Gokoel SRM, Gombert-Handoko KB, Zwart TC, van der Boog PJM, Moes D, & de Fijter JW. Medication non-adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. Transplantation Reviews. 2020;34(1):1-7.
5. Phithakham C, Suttitong N, Kritsadathan T, Chailungkar N, Suyayai N, Manoree C, et al. Adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplant recipients and factors associated with adherence. Lampang Medical Journal. 2022;43(2):60-70. (in Thai)
6. Kobayashi S, Tsutsui J, Okabe S, Hideki I, Akaho R, & Nishimura K. Medication nonadherence after kidney transplantation: An internet-based survey in Japan. Psychology, Health & Medicine. 2020;25(1):91-101.
7. Sornhiran P, Ingsathit A, Phakdeekitcharoen B, Sumethkul V, Kantachuvesiri S, Arpornsujaritkun N, et al. Effect of medication adherence on renal allograft outcome in postkidney transplant patients. Journal of the Nephrology Society of Thailand. 2021;27(3):68-81. (in Thai)
8. Zhang P, Zhu X, Yan J, & Liu J. Identification of immunosuppressive medication nonadherence factors through a combined theory model in renal transplant recipients. Frontiers in Pharmacology. 2021;12:655836.
9. Liu H, Shang Y, Du C, & Wu S. Immunosuppressive medication adherence and its associated factors in renal transplant recipients. Transplantation. 2018;102 (Supplement1) :S68.
10. Larpparisuth N, Cheungpasitporn W, & Lumpaopong A. Global perspective on kidney transplantation: Thailand. Kidney 360. 2021;2(7):1163-5.

11. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974;2(4):328-35.
12. Thato R. Nursing Research: Concepts to Application (fifth edition). 6thed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai)
13. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
14. Kusalaruk P, & Nakawiro D. A validity study of the Mini-Cog test in Thai dementia patients. Ramathibodi Nursing Journal. 2012;35(4): 264-71. (in Thai)
15. Choeichaiyapoom N, & Ua-kit N. Predicting factors of medication adherence among retreatment patients with pulmonary tuberculosis. (master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
16. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, & MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. Journal of Chronic Diseases. 1987;40(5):373-83.
17. Utriyaprasit K. The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients. (doctoral dissertation). Cleveland (OH): Case Western Reserve University; 2001.
18. Surasrisakul I, & Ua-kit N. Predicting factors of medication adherence among myocardial infarction patients after underwent percutaneous coronary intervention. (master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
19. Wangworatrakul W, Suwannaroop N, & Moopayak L. Factors predicting to medication adherence among patients with essential hypertension. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):131-9. (in Thai)
20. Kung P-C, Yeh MC, Lai M-K, & Liu HE. Renal transplant recipients: The factors related to immunosuppressive medication adherence based on the Health Belief Model. Journal of Nursing Research. 2017;25(5):392-7.

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงเป็นโรคประจำถิ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Relationship between the Health Belief Model and COVID-19 Preventive Behaviors among Junior High School Students during the Endemic Phase in Mueang District, Surat Thani Province

ศราวุธ เรืองสวัสดิ์ ธนิดา ทีปะปาล*

Sarawut Rueangsawat Thanida Teepapal*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, สุราษฎร์ธานี, ประเทศไทย 84000

Boromarajonani College Of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Suratthani, Thailand 84000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงเป็นโรคประจำถิ่น กลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 450 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 และ 0.94 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเกือบทุกด้านยกเว้นการรับรู้อุปสรรคที่อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสองช่วงอยู่ในระดับมาก 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งสองช่วง ($p<.01$)

ข้อเสนอแนะ การปรับโปรแกรมให้สุขศึกษาในโรงเรียนควรเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องแม้สถานการณ์เป็นโรคประจำถิ่นแล้ว

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This research aimed to study 1) health belief model and self-care behaviors for COVID-19 prevention, 2) the relationship between health belief model and self-care behaviors for COVID-19 prevention during the endemic phase.

Corresponding Author: *E-mail: thanida@bcnsurat.ac.th

วันที่รับ (Received) 15 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 18 ต.ค. 2568

The sample consisted of 450 junior high school students in Mueang District, Surat Thani Province. The research instruments were questionnaires on health beliefs and self-care behaviors, with reliability coefficients of 0.89 and 0.94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The research findings revealed that 1) health belief model regarding COVID-19 were at high levels in almost all aspects, except for perceived barriers which were at a moderate level, and self-care health behaviors in both phases were at high levels; 2) health belief model had moderate positive correlations with self-care health behaviors in both phases ($p<.01$).

Recommendations: Adapting health education programs in schools adjustments should focus on changing health beliefs, particularly risk perception and disease severity, and continuously promote correct health beliefs even during the endemic phase.

Keywords: Health Belief Model, Self-care Behaviors in COVID-19 Prevention, Junior High School Students.

บทนำ

ทั่วโลกเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ในประเทศไทยรัฐบาลได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 เมื่อมีผู้ติดเชื้อสะสมประมาณ 1,000 คน นับจากการพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 การระบาดได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่องและรุนแรงขึ้นเนื่องจากการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ย่อย BA.4 และ BA.5 ที่ระบาดเร็วขึ้นและหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้มากขึ้น ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 มียอดผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 622 ล้านราย เสียชีวิต 6.5 ล้านราย ส่วนประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 4,681,309 ราย เสียชีวิต 32,764 ราย อย่างไรก็ตาม สถานการณ์มีแนวโน้มดีขึ้นจากการดำเนินมาตรการทางสาธารณสุขอย่างเข้มข้น ความร่วมมือของประชาชนในการฉีดวัคซีน และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน รัฐบาลจึงยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 โดยประเทศไทยมีความครอบคลุมการฉีดวัคซีนทั้งหมด 126,431,235 โดส ครอบคลุมเข็มที่ 1 ร้อยละ 79.5 เข็มที่ 2 ร้อยละ 72.2 และเข็มที่ 3 ขึ้นไปร้อยละ 33.3[1] กระทรวงสาธารณสุขปรับการบริหารจัดการโรคโควิด-19 สู่โรคประจำถิ่น (Endemic) เพื่อให้ประชาชนกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ ปัจจุบันอยู่ในระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post Pandemic) แต่ยังคงมีรายงานผู้ติดเชื้อต่อเนื่อง โดยเป็นการติดเชื้อของไวรัสสายพันธุ์โอมิครอนและสายพันธุ์ย่อย BA.4 และ BA.5[2] สำหรับกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่ 1 เมษายน-24 พฤศจิกายน 2564 มีผู้ติดเชื้อเด็ก (แรกเกิด-18 ปี) สะสม 91,906 ราย เสียชีวิต 13 ราย และหลังปรับสู่โรคประจำถิ่น (1 มกราคม-20 พฤษภาคม 2566) มีผู้ติดเชื้อเด็ก 2,458.3 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มเด็กวัยเรียนมัธยมต้น (13-18 ปี) มีอัตราป่วย 319.16 ต่อประชากรแสนคน วัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 เนื่องจากลักษณะพัฒนาการที่ต้องการความเป็นอิสระ การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และชอบกิจกรรมท้าทาย การรวมกลุ่มทำกิจกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ร่วมกัน ทำให้เพิ่มโอกาสสัมผัสเชื้อ วัยกลุ่มนี้ยังขาดความตระหนักและอาจเป็นพาหะนำโรคไปสู่ผู้สูงอายุและคนในครอบครัว[3] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาและวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ระดับปานกลาง[4] และสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่อธิบายการรับรู้เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกัน และอุปสรรคในการปฏิบัติ[5] ในสถานการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในระยะหลังการระบาดใหญ่ การส่งเสริมความรู้และทักษะการป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่นมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมถึงการพัฒนาความฉลาดรู้ทางสุขภาพเพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดและช่วยให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะโรคประจำถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคโควิด-19 ของนักเรียน

มัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อจะนำผลวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้สุขศึกษาสำหรับโรงเรียนในการเสริมสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่เหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องแม้สถานการณ์เป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ตาม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีแนวคิดว่าความเชื่อของบุคคลนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและการจัดการโรคที่เกิดขึ้น[5] ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน การศึกษานี้จะดำเนินการในบริบทของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โรคระบาดในปัจจุบัน โดยเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมของนักเรียนทั้งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และช่วงเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งประเทศไทยโดยกรมควบคุมโรค ได้ปรับให้โควิด-19 เป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” ซึ่งเปรียบเสมือนการเข้าสู่ระยะโรคประจำถิ่น โดยการเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ประชาชนมีภูมิคุ้มกันดีขึ้นจากการฉีดวัคซีน หรือภูมิที่เกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อมาก่อนแล้ว, เชื้อไวรัสสายพันธุ์หลักมีความรุนแรงลดลงวัดจากอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงตามเกณฑ์ที่กำหนดและระบบสาธารณสุขมีความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้และยาในการรักษาทำให้การดูแลจัดการสาธารณสุขที่ควบคุมและชะลอการระบาดได้ ในระยะนี้สถานการณ์ของโรคมีลักษณะคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือมีการระบาดเป็นระลอก ผู้ติดเชื้อส่วนมากมีอาการไม่รุนแรงและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ มาตรการทางสังคมที่เข้มงวดถูกยกเลิก การสวมหน้ากากอนามัยเป็นไปตามความสมัครใจ และการรักษาพยาบาลกลับเข้าสู่ระบบสิทธิประกันสุขภาพปกติ การเฝ้าระวังของภาครัฐได้เปลี่ยนจากการนับจำนวนผู้ติดเชื้อรายวัน ไปเน้นที่การติดตามจำนวนผู้ป่วยอาการหนักและผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแทน รัฐบาลจึงได้ประกาศโรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงที่มีการระบาดกับช่วงเป็นโรคประจำถิ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2567 โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5,790 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน ทั้งนี้โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 6 โรงเรียน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้ตัวอย่างจาก 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสุราษฎร์ธานี โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา โรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี จำนวน 360 คนเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจเก็บได้ไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ได้ขนาดของ ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 450 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2567 จากโรงเรียนทั้ง 3 แห่ง ได้แก่โรงเรียนสุราษฎร์ธานี โรงเรียนสุราษฎร์พิทยา โรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี (2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ (3) เต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก คือลาออกจากการเป็นนักเรียนระหว่างช่วงที่มีการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้น โรคประจำตัว การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประวัติการติดเชื้อ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ด้านต่าง ๆ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility), การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity), การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits), การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) เป็นแบบประเมินค่า เกณฑ์การแบ่งระดับความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้หรือแรงจูงใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบ่งระดับการรับรู้ 5 ระดับ[6] คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 กับช่วงเป็นโรคประจำถิ่นโดยประยุกต์จากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา[7] และแนวทางคำแนะนำการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบประเมินค่า เกณฑ์การให้คะแนนการปฏิบัติและการประเมินค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติเป็นแบบ Likert มาตราอันตรภาค (Interval Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้[6] มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และเกณฑ์ในการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.00 หมายความว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.01-0.30 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ,ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.31–0.70 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.71-1.00 หมายความว่ามีความสัมพันธ์กันระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยมีค่า IOC .67-1.00 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ชุด หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2024/16 ลงวันที่ 18 เมษายน 2567 การเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้นรวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ในทุกขั้นตอนโดยไม่ต้องระบุสาเหตุ และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยการยินยอมในแบบสอบถามออนไลน์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ชี้แจงสิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความ

ร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยเป็นการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google form โดยทำเป็น QR code ส่งให้ครูประจำห้องพยาบาลของโรงเรียน และผลการตอบจะส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง ข้อมูลที่ได้ไม่ผ่านครูประจำห้องพยาบาล เพื่อรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการตอบแบบสอบถามกลับมาทุกคน

2. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 กับช่วงเป็นโรคประจำถิ่นโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 19 ผ่านช่องทางสื่อทั่วไป ทีวี วิทยุ นอกจากนี้มีการเดินทางไปเรียนหนังสือโดยรถยนต์ส่วนตัว เคยมีประวัติผ่านโรคโควิด-19 แล้ว 1 ครั้ง และได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 เข็ม

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=1.12), ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=1.08), ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D.=1.00), ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.37 (S.D.=1.05) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย = 3.77 (S.D. = 1.04) โดยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุดคือ เมื่อผลการตรวจ ATK เป็นบวกจะแยกของใช้ส่วนตัว ค่าเฉลี่ย = 4.16 (S.D. = 1.00) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่ำสุดคือ การใช้ช้อนข้าว แก้วน้ำ และขวดน้ำเดียวกันกับเพื่อนที่โรงเรียน ค่าเฉลี่ย = 2.74 (S.D. = 1.38) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงช่วงเป็นโรคประจำถิ่นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย = 3.66 (S.D. = 1.07) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสูงสุดคือ เมื่อผลการตรวจ ATK เป็นบวกจะสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา งดทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและผู้อื่นค่าเฉลี่ย = 3.89 (S.D. = 1.03) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่ำสุดคือ การใช้ช้อนข้าว แก้วน้ำ และขวดน้ำเดียวกันกับเพื่อนที่โรงเรียน โดยที่มีค่าเฉลี่ย = 2.87 (S.D. = 1.24)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (n=450)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 (r)	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในช่วงเป็นโรคประจำถิ่นของโรคโควิด-19 (r)	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19	0.45**	0.36**	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	0.57**	0.53**	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19	0.66**	0.63**	ปานกลาง
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของโรคโควิด-19	0.40**	0.42**	ปานกลาง

** p-value < .01

จากตารางที่ 1 พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และช่วงช่วงเป็นโรคประจำถิ่นในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญหลายประการที่สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันโรคในช่วงที่มีการระบาดเปรียบเทียบกับช่วงเป็นโรคประจำถิ่น ผู้วิจัยขออภิปรายผลดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดที่ระบุว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ[8] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรองประเมินข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ[9] การรับรู้ประโยชน์เน้นความสำคัญของการเฝ้าระวังอาการ การสร้างภูมิคุ้มกันผ่านการออกกำลังกายและโภชนาการที่ดี[3] สิ่งน่าสนใจคือ การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยอุปสรรคสำคัญที่นักเรียนระบุคือการที่คนรอบข้างไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน สะท้อนถึงปัญหาการขาดความร่วมมือในการสวมหน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่างในสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาอุปสรรคสำคัญในการป้องกันโรคติดโรคโควิด-19 ได้แก่ การขาดความร่วมมือในการสวมหน้ากาก และการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล[10] ดังนั้น การรณรงค์ในอนาคตจึงไม่ควรเน้นเพียงการให้ความรู้ แต่ต้องมุ่งเน้นการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมและส่งเสริมความร่วมมือเพื่อจัดการกับอุปสรรคดังกล่าว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนทั้งในช่วงการระบาดและช่วงโรคประจำถิ่นอยู่ในระดับมาก แสดงถึงการปรับตัวสู่วิถีชีวิตใหม่ได้อย่างเหมาะสมและมีความรับผิดชอบต่อสังคมชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่พบว่ามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมาก[11] และการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่พบว่ามีความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก[8] รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับดี[12] สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการรณรงค์ด้านสาธารณสุขในวงกว้าง แต่ยังคงพบพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้น คือ การใช้ช้อนและภาชนะดื่มน้ำร่วมกับเพื่อน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงแม้จะมีความรู้ที่ถูกต้องก็ตาม[13] ซึ่งอาจมาจากอิทธิพลกลุ่มเพื่อนและวัฒนธรรมการรับประทานอาหารร่วมกัน ดังนั้น สถานศึกษาควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ถึงอันตรายของการใช้ภาชนะร่วมกัน พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อปิดช่องว่างความเสี่ยงและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องยั่งยืนอย่างแท้จริง

ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ทั้งในช่วงการระบาดของโควิด-19 และช่วงเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการรับรู้และความเชื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นได้ดีกว่าเพียงความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งตอกย้ำถึงความสำคัญของกรอบแนวคิดนี้ในการอธิบายและส่งเสริมสุขภาพ การที่ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่า แม้ความเชื่อด้านสุขภาพจะเป็นรากฐานที่สำคัญ แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่กำหนดพฤติกรรม[14,15] ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลสูงในกลุ่มวัยรุ่น เช่น บรรทัดฐานทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และนโยบายของสถานศึกษา ซึ่งสะท้อนถึง ช่องว่างระหว่างความเชื่อและการปฏิบัติ (Belief-Behavior Gap) ที่เห็นได้ชัดจากการที่นักเรียนยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การใช้ภาชนะร่วมกัน แม้จะมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับดีแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในวัยรุ่น ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงมีนัยสำคัญในทางปฏิบัติต่อสถานศึกษาการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคยังคงเป็นกลยุทธ์หลักที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด กลยุทธ์จำเป็นต้องครอบคลุมไปถึงการสร้างสภาพแวดล้อมและบรรทัดฐาน

ทางสังคมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีควบคู่กันไป เพื่อลดช่องว่างระหว่างสิ่งที่นักเรียนเชื่อกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และนำไปสู่การดูแลสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นได้ดีกว่าเพียงความรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการปรับรูปแบบการให้สุขศึกษาแบบองค์รวม สถานศึกษาควรปรับรูปแบบการให้สุขศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้อุปสรรคยังอยู่ในระดับปานกลาง และยังพบพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ภาชนะร่วมกันของนักเรียน

2. การสร้างสภาพแวดล้อมและบรรทัดฐานทางสังคมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมในโรงเรียน เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือจากกลุ่มเพื่อนและลดช่องว่างระหว่างความเชื่อกับการปฏิบัติจริงที่พบในกลุ่มวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม (เช่น Focus Group Discussion หรือ In-depth Interview) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพล รวมถึงกลไกการตัดสินใจของวัยรุ่นในสถานการณ์ต่าง ๆ

References

1. Ministry of Public Health. Plans and measures for managing the COVID-19 situation toward endemic approach to COVID-19 (Endemic Approach to COVID-19). Bangkok: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
2. Centre for COVID-19 Situation Administration's (CCSA). Report on the situation of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) epidemic. Bangkok: CCSA; 2022. (in Thai)
3. Waehayi H. Severity perception and preventive behavior on the coronavirus disease-2019 among youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. Academic Journal of Community Public Health. 2020; 6(4):158-68. (in Thai)
4. Morasakul B, & Punthasee P. Knowledge and prevention behaviors regarding COVID-19 among the first-year nursing students of saint theresa international college and saint louis college. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(37):179-95. (in Thai)
5. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. In: Becker MH, editor. The health belief model and personal health behavior. Thorofare (NJ): Charles B. Slack; 1974.
6. Nawsuwan K, Singweratham N, & Damsangsawas N. Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. 2020;14(2):92-103. (in Thai)
7. Glomjai T, Kaewjiboon J, & Chachvarat T. Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019. Journal of Nursing and Health Research. 2020;21(2):29-39. (in Thai)
8. Glanz K, Rimer BK, & Viswanath K, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass/Wiley; 2008.

9. Summart U, Ruangsuksud P, & Sukontawat W. Factors Associated with Self-Protective Behavior of COVID-19 in Undergraduate Students in the Northeastern Region. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(3):70-9. (in Thai)
10. Chaobanpho Y. The Role of Village Health Volunteers in Preventing the COVID-19 in Phrapradaeng District, Samutprakarn Province. SSRU Journal of Public Administration. 2021; 4(1):44-58. (in Thai)
11. Waedueramae R, Kaewsuksai R, Kongkun P, Suwankanjana A, & Chaiprasit K. Relationships between Knowledge, Perception and "New Normal Behaviors" on COVID-19 Prevention among Nursing Students, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021;8(2):80-92. (in Thai)
12. Bunthan W, Whaikit P, Soysang W, Soynahk C, Akaratanapol P, & Kompayak J. Factor influencing health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. Journal of The Police Nurses and Health Science. 2020; 12(2):323-37. (in Thai)
13. Lee Y, Blebea J, Janssen F, & Domoff S. The Impact of Smartphone and Social Media Use on Adolescent Sleep Quality and Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Human Behavior and Emerging Technologies. 2023;1(6).
14. Chanwin B, Dissara W, & Wongpitak K. The Relationship between Health Belief and Self-Protection Behavior of Covid-19 among Youth in Nakhon Si Thammarat Province. Christian University Journal. 2022;28(4):74-87. (in Thai)
15. Kruttakart S, Phianthanyakam N, Wannapo P, Rungnoei N, & Kullaboot S. The relationships between knowledge and perception with preventive behaviors of COVID-19 infection among nursing students. BCNNON Health Science Research Journal. 2022;16(3):86-97. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ

Association between HIV Prevention Literacy and HIV-Infected Risk Behaviors among Military Conscripts

ณภัทรชนม์ มีสุขมาก[1] ละอองดาว วรรณฤทธิ์[1]* กมลภู ถนอมสัตย์[2]
Naphatchon Meesukmak La-Ongdao Wannarit* Kamollabhu Thanomsat
[1]วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กรุงเทพ ฯ ประเทศไทย 10220
[1]Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services,
Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand 10220
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000
[2]Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Muang, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ กลุ่มตัวอย่างคือทหารกองประจำการ จำนวน 165 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 0.87 และ 0.88 ค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.81 และ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.200$, $p < .01$) โดยทักษะการไต่ถาม ทักษะการเข้าถึง ทักษะการนำไปใช้ ทักษะการตัดสินใจ ($r= -.209, -.208, -.201, -.192$, $p < .01$) และทักษะการเข้าใจ ($r = -.137$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นทักษะการไต่ถาม การเข้าถึง การนำไปใช้ และการตัดสินใจ มีความสำคัญในการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของทหารกองประจำการ

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี, ความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี , ทหารกองประจำการ

Abstract

This study aimed to examine the association between Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention literacy and HIV risk behaviors among military conscripts. A sample of 165 conscripts was selected by simple random sampling. The research instruments included an HIV prevention literacy questionnaire and an HIV risk behavior questionnaire, with content validity index (CVI) values of 0.87 and 0.88, respectively, and Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.81 and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive

Corresponding Author: *Email: Lchumthi@gmail.com
งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิจอมพลอากาศเฉลิมเกียรติ วัฒนางกูร

วันที่รับ (received) 12 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 ต.ค. 2568

statistics, means and standard deviations, and Pearson's product-moment correlation coefficients.

The findings revealed that overall, HIV prevention literacy was significantly and negatively correlated with HIV risk behaviors (r = -0.200, p < .01). Specifically, questioning, assessing, application, and decision-making skills demonstrated significant negative correlations with risk behaviors (r = -0.209, -0.208, -0.201, -0.192; p < .01). Additionally, understanding skills were negatively correlated with HIV risk behaviors (r = -0.137, p < .05). The results indicate that enhancing HIV prevention literacy, particularly emphasizing inquiry, access, application, and decision-making competencies, is crucial for reducing sexual risk behaviors among military conscripts, providing practical guidance for prevention strategies.

Keywords: HIV-Infected Risk Behaviors, HIV Prevention Literacy, Military Conscripts

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี 2566 มีผู้ติดเชื้อ HIV ประมาณ 1.3 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ HIV ประมาณ 630,000 ราย เช่น การติดเชื้อวัณโรค ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ Pneumocystis jiroveci และ sepsis อีกทั้งมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ ประมาณ 374 ล้านรายต่อปี[1]

ในประเทศไทย กลุ่มทหารกองประจำการเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในช่วงอายุ 18-22 ปี เมื่อระยะเวลา 2 ปี ซึ่งต้องอยู่ในบริบทที่ต้องอยู่ห่างไกลจากครอบครัวและคู่สมรส การอยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ การมีอิสระในช่วงวันหยุดหรือได้รับการปล่อยตัวกลับบ้าน ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการยั่วยุให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้ จากศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทหารกองประจำการที่ผ่านมาพบว่า มีจำนวนน้อยที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ทั้งทางช่องคลอดและทางทวารหนัก ตลอดจนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ทราบสถานการณ์ติดเชื้อ การมีคู่นอนมากกว่า 3 คน บางส่วนมีการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดก่อนและขณะมีเพศสัมพันธ์ทำให้ขาดสติและการตระหนักในความสำคัญของการสวมถุงยางอนามัย[2,3] ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในกลุ่มเหล่านี้คือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) (adjusted OR=5.3, 95% CI =3.25- 8.65)[4]

จากการศึกษาในทหารกองประจำการจำนวน 387 นาย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันและด้านการมีเพศสัมพันธ์ตามลำดับ (r= 1.34, 0.93, และ 0.64, p < .05) บางรายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หนองใน ซิฟิลิส เริมฯการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่รู้จัก โดยการไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะ มีเพศสัมพันธ์ โดยการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักหรือทางปาก[5] นอกจากนี้บางการศึกษาพบเพียงร้อยละ 41.18 ระบุว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย อายุในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยที่สุดที่ 11 ปี อีกทั้งมีเพียงร้อยละ 12.6 เท่านั้นที่รายงานการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนร้อยละ 19.5 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย[6]

ที่ผ่านมา แม้มีผลการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือนของทหารกองประจำการเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 38.8 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 40.4 ในปี พ.ศ. 2560 ส่วนการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์และรู้ผลลดลงจากเดิมร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 20.1 ในปี พ.ศ. 2560 โดยทหารกองประจำการส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากค่ายทหารมากที่สุด ร้อยละ 43.2 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/คลินิกภาครัฐ ร้อยละ 32.9 อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 27.7 สื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ ร้อยละ 27.0 และศูนย์สุขภาพวัยรุ่น เช่น โครงการทูบีนัมเบอร์วัน ร้อยละ 15.37

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี คือ ขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (Sexual Health Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และ

ประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่เพียงพอจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[8,9,10]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศมีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากทหารเกณฑ์อยู่ในวัยที่มีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ มีโอกาสพบปะกับคู่นอนหลากหลาย และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพทางเพศที่ถูกต้องและเพียงพอ[11] จากการศึกษาความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหมู่ทหารเกณฑ์มุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 360 นาย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทหารเกณฑ์ชาวมุสลิมร้อยละ 78.7 มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ และร้อยละ 60.0 มีทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง[12]

ในปัจจุบัน แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการที่จะส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถูกพัฒนาต่อมาโดยนักวิชาการหลายท่าน และในประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skills) 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (Understand skills) 3) ทักษะการไต่ถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (Questioning skills) 4) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision-making skills) และ 5) ทักษะการนำไปใช้และบอกต่อ (Apply skills)[13]

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสร้างทักษะต่าง ๆ มีหลักการสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล ร่วมกับการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ ได้แก่ นโยบายและสภาพแวดล้อม ควบคู่กัน ส่งเสริมแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อศึกษาและหาวิธีลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทหารกองประจำการ มีการศึกษาในต่างประเทศที่แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี[9,10,14] โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มทหารกองประจำการยังมีจำกัด

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารกองประจำการของประเทศไทยต่อไป

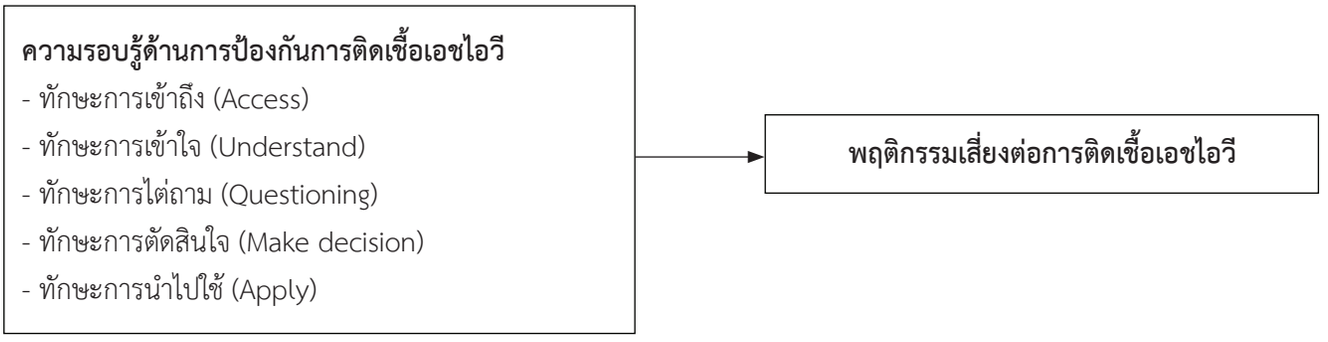
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ โดยอ้างอิงจากแนวคิดของ Nutbeam[8] และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งกล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในบริบทของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ความรอบรู้จึงครอบคลุมทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจข้อมูล ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำข้อมูลไปใช้ ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการศึกษาความสามารถในการรับรู้และจัดการข้อมูลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของทหารกองประจำการ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่อาจมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยตัวแปรตามในงานวิจัยนี้คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหมายถึงการแสดงพฤติกรรมที่มีโอกาสนำไปสู่การติดเชื้อ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมี

คู่นอนหลายคน หรือการใช้ยาเสพติดร่วมกัน

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในแต่ละด้านกับพฤติกรรมเสี่ยงของทหารกองประจำการ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทหารกองประจำการ โดยดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ทหารกองประจำการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ทหารกองประจำการ หน่วยบัญชาการอากาศโยธิน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยใช้สูตรของ Cohen[15] กำหนดค่า effect size = 0.30, α = .05, power = 0.95 ผลลัพธ์จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกำหนดเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (28 คน) รวมเป็น 166 คน ซึ่งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลจนสิ้นสุดโครงการวิจัยจำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 99.40

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้แอปพลิเคชันสำหรับสุ่มตัวเลข (Random Number Generator) จากหมายเลขลำดับในบัญชีรายชื่อของทหารกองประจำการ สังกัดหน่วยบัญชาการอากาศโยธิน ทั้งนี้ใช้เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กับความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของทหารกองประจำการ

เครื่องมือในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ภูมิลำเนา ระดับการศึกษา สถานภาพการมีคู่ อาชีพก่อนเกณฑ์ทหาร ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเกณฑ์ทหาร และอายุเมื่อตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

2. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สร้างโดยผู้วิจัย โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่าง ๆ 19 ข้อ คำถามเชิงบวก 7 ข้อ คำถามเชิงลบ 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด สารมึนเมา แอลกอฮอล์ และการเจ็บป่วย การเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี การให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ 0-2 คะแนน ค่าคะแนนมากแสดงถึงมีพฤติกรรมที่กระทำทุกครั้ง ส่วนค่าคะแนนน้อยแสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่เคยทำ[5] คะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ (0.00-0.99) ปานกลาง (1.00-1.50) และสูง 1.51 - 2.00)

3. แบบสอบถามความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ภาวะสุขภาพของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง จำนวน 20 ข้อ มาปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง การให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 คะแนน ค่าคะแนนมากแสดงถึงมีระดับความสามารถที่

ทำได้ง่ายมาก ส่วนค่าคะแนนน้อยแสดงถึงระดับความสามารถที่ทำได้ยากจนถึงไม่ได้ทำ[13]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการ และ แบบสอบถามความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1. การวิเคราะห์ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับหัวข้อวิจัย ได้ค่า CVI ของ แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการ และแบบสอบถามความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.87 และ 0.88 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าของแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการ และแบบสอบถามความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 0.81 และ 0.98 ตามลำดับซึ่งถือว่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้[16]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ. และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย การดำเนินการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้สถิติ Kolmogorov–Smirnov test เพื่อเลือกสถิติที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ให้เหมาะสม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้สถิติ Pearson product-moment correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เอกสารรับรองโครงการวิจัย IRB no.63/66 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การให้ข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยอิสระ ทั้งนี้การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม จึงไม่สามารถสืบค้นกลับได้ว่าเป็นบุคคลใด ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ เอกสารที่ใช้บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ทหารกองประจำการมีความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศพบว่า ร้อยละ 75.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 52.4 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 33.9 มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=165)

ความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	$\bar{X}$	SD
ทักษะการเข้าถึง	3.10	1.63
ทักษะการสร้างความเข้าใจ	3.32	1.62
ทักษะการไต่ถาม	3.10	1.56
ทักษะการตัดสินใจ	3.21	1.57
ทักษะการนำไปใช้	3.27	1.56
รวม	3.20	1.59

จากตารางที่ 1 พบว่าความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง (n=165) มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.20 คะแนน (SD = 1.59) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าทักษะการสร้างความเข้าใจมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 3.32, SD = 1.62) รองลงมาคือทักษะการนำไปใช้ ($\bar{X}$= 3.27, SD = 1.56) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X}$= 3.21, SD = 1.57) และทักษะการเข้าถึงกับทักษะการไต่ถามซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X}$= 3.10, SD = 1.63 และ 1.56 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.48 คะแนน (SD = 0.59) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (n=165)

ตัวแปร	พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	
	r	P-value
ทักษะการเข้าถึง	-.208**	0.004
ทักษะการเข้าใจ	-.137*	0.040
ทักษะการไต่ถาม	-.209**	0.003
ทักษะการตัดสินใจ	-.192**	0.007
ทักษะการนำไปใช้	-.201**	0.005
ความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	-.200**	0.005

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน *p – value < .05, **p – value < .01

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าทักษะทั้ง 5 ด้านของความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ทักษะการไต่ถาม (r = -0.209, p < .01) ทักษะการเข้าถึง (r = -0.208, p < .01) ทักษะการนำไปใช้ (r = -0.201, p < .01) ทักษะการตัดสินใจ (r = -0.192, p < .01) และทักษะการเข้าใจ (r = -0.137, p < .05) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและทิศทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อพิจารณาความรอบรู้โดยรวม พบว่ามีระดับต่ำและทิศทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน (r = -0.200, p < .01) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีต่ำลง

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ทหารกองประจำการมีทักษะการไต่ถามคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือทักษะทักษะการเข้าถึง ทักษะการนำไปใช้ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการเข้าใจซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามเพื่อขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์และมีการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการนำไปใช้ การตีความและทำความเข้าใจข้อมูลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นทักษะสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ[8]

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้จากบริบทของการฝึกทหาร ทหารกองประจำการส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ค่ายทหารตลอดระยะเวลาการฝึกและปฏิบัติหน้าที่ ทำให้มีโอกาสออกไปมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าประชากรทั่วไป กิจวัตรประจำวันที่มีการฝึกอย่างเข้มข้นและมีระเบียบวินัยสูง ช่วยลดโอกาสเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจร่างกายประจำปี รวมถึงการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ทหารกองประจำการตระหนักถึงความเสี่ยงและป้องกันตนเองมากขึ้น หน่วยทหารหลายแห่งมีโครงการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี โดยการให้ข้อมูลเชิงรุกและเน้นการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ มีผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงเช่นกัน[5] สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทหารกองประจำการในจังหวัดนครพนม ประเทศไทย จำนวน 179 คน พบว่าการเข้าเป็นพลทหารกองประจำการและการให้ความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[17]

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่าทหารกองประจำการบางยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยร้อยละ 52.4 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 33.9 มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทหารกองประจำการร้อยละ 78.7 มีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ และร้อยละ 60.0 มีทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยในระดับปานกลาง[12] และผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ทหารกองประจำการมีระดับความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.1 โดยเป็นด้านการเข้าใจ การเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อและด้านการโต้ตอบซักถาม (ร้อยละ 54.9, 38.7, 34.9 ตามลำดับ)[18] อีกทั้ง ทหารกองประจำการส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรมีรสนิยมทางเพศที่หลากหลาย อาจขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้กลุ่มนี้มีแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง[19]

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีระดับความรอบรู้สูงจะมีแนวโน้มเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากกว่า อีกทั้งปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลที่ดีขึ้น โดยทหารกองประจำการที่มีความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสูง จะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฮชไอวีได้ดีกว่า เช่น การซักถาม/ขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ประจำหน่วย และการเข้าร่วมอบรมสุขศึกษาของหน่วย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[20] สนับสนุนการศึกษาในกลุ่มทหารกองประจำการที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.271$ $p < .05$)

จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำและทิศทางลบ แสดงว่าเมื่อทหารกองประจำการมีความรอบรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ก็จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีลดลง แต่ความสัมพันธ์นี้อยู่ในระดับต่ำนั้นสามารถชี้ให้เห็นว่า แม้การมีความรอบรู้จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ในระดับหนึ่ง แต่อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้วยเช่นกัน เช่น ทัศนคติ ค่านิยมส่วนบุคคล หรือบรรทัดฐานกลุ่มเพื่อน ดังนั้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอาจต้องมองหาแนวทางอื่น ๆ เพิ่มเติมด้วย โดยความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่ทหารกองประจำการจะนำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงควรพิจารณาว่าความรอบรู้ที่ให้นั้นได้รับการถ่ายทอดหรือนำไปสู่ทักษะจริงในการป้องกันตัวหรือไม่ หรือเพียงแค่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเท่านั้น

โดยสรุป ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ยังคงมีความสำคัญและความจำเป็นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันเอชไอวีของทหารกองประจำการโดยจากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยเสนอว่าการพัฒนานโยบายและมาตรการด้านสุขศึกษา ควรเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การเสริมสร้างทักษะการซักถามและตัดสินใจ เพื่อให้ทหารกองประจำการสามารถนำความรู้ไปปรับใช้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ก็อาจต้องอาศัยกลยุทธ์อื่น ๆ เพิ่มเติม และมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อสร้างแนวทางการป้องกันเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ด้านนโยบายและการกำหนดกลยุทธ์การป้องกัน

1. หน่วยงานต้นสังกัดที่ดูแลด้านบริการสุขภาพของทหารกองประจำการ ควรบูรณาการผลการวิจัยนี้พัฒนามาตรการที่เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและกิจกรรมอบรมในค่ายทหารเพื่อเสริมสร้างทักษะทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การสร้างความเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำความรู้ไปใช้

2. ส่งเสริมทหารกองประจำการ ให้มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ทันสมัย และเหมาะสม ผ่านสื่อหลากหลายช่องทาง

ด้านการปฏิบัติและการให้บริการ

1. หน่วยงานต้นสังกัดควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์เสี่ยงและการตัดสินใจอย่างปลอดภัย

2. จัดอบรมบุคลากรต้นสังกัดให้มีทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลและให้คำปรึกษาเชิงลึก เพื่อช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสำรวจปัจจัยเชิงคุณภาพที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น บทบาทของบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมด้านเพศ

2. พัฒนาและทดสอบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้และมีการประเมินผลโครงการในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมเสี่ยงและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างยั่งยืน

References

1. World Health Organization. HIV and AIDS. 2024.
2. Rangsin R, Kana K, & Chuenchitra T, Sunantarod A, Mungthin M, Meesiri S, et al. Risk factors for HIV infection among young Thai men during 2005–2009. PloS one. 2015;10(8):1-12.
3. Saengdidtha B, & Rangsin R. Risk Factors for HIV Infection among Thai Young Men Aged 21-23 Years. Epidemiology. 2016.
4. Nelson KE, & Rangsin R. The Importance of Military Conscripts for Surveillance of Human Immunodeficiency Virus Infection and Risk Behavior in Thailand. Current HIV Research. 2017;15(3):161-9.
5. Julawong O. Exploring Risky Behaviors Related to HIV Infection in Thai Army Conscripts. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;14(3):142-50. (in Thai)
6. Surit P, Jariya W, Zheng N, Yi H, Yu X, Srithong W, et al. Risk factors affecting condom use among Royal Thai Army conscripts in Thailand. World Journal of AIDS. 2017;7(2):92-105.
7. Bureau of Epidemiology. Behavioral surveillance survey report related to HIV infection among conscripts, male and female workers in establishments, Thailand, 2017. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2017. Thai.
8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.

9. Liu R, Xu K, Zhang X, Cheng F, Gao L, & Xu J. HIV-Related Knowledge and Sexual Behaviors among Teenagers: Implications for Public Health Interventions. Children. 2023;10(7):1-11.
10. Tran BR, Davis A, Sloan M, Macera C, Mbuyi AM, & Kabanda GK. Alcohol use and sexual risk behaviors in the Armed Forces of the Democratic Republic of the Congo. Bio Med Central Public Health. 2019;19(1):1-19.
11. Vargas SE, Kade T, Colby N, Galen G, F. CM, Leslie R, et al. Sexual and reproductive health in military settings: A qualitative study. Military Psychology. 2025;37(2):138-47.
12. Singkun A, Kallawicha K, & Yamarat K. Risk of HIV/STIs among Muslim army conscripts in the three deep southern provinces of Thailand. Health Promot Perspect. 2021;11(4):444-51.
13. Kaeodumkoeng K, & Junhasobhaga J. A development and testing of health literacy on disease prevention and control assessment form for public health officers. Romphruek Journal of the Humanities and Social Sciences. 2021;39(2):193-220.
14. Berhan Y, & Berhan A. A Meta-Analysis of Risky Sexual Behaviour among Male Youth in Developing Countries. AIDS Research and Treatment. 2015;1(1)1-9.
15. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41(4): 1149-60.
16. Waltz CF, Strickland OL, & Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2017.
17. Nishiyama M, Sillabutra J, & Sermsri S. Sexual risk behavior on HIV infection among military conscripts in Nahon Phanom. Journal of Public Health and Development. 2008;6(1): 62-70.
18. Donghong S, Srisuriyawet R, & Homsin P. Factors Related to Health Literacy Among Military Conscripts in Chon-Buri Province. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2021;29(2):13-23.
19. Diana P, & Esposito S. Epidemiology, risk factors, and prevention strategies of HIV, HPV, and other sexually transmitted infections among cisgender and transgender youth: a narrative review. Front Public Health. 2024.
20. Sookpool A, Kingmala C, Pangsuk P, Yeanyoun T, & Wongmun W. Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. Journal of Health Science. 2020;29(3):419-29.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

Factors Associated with Vaginal Infections in Pregnant Women with Preterm Labor at the Government Hospital

พรอุมา ราศรี*[1] พิมพ์ใจ มากสกุล[2]
Pornuma Rasri[1] Pimjai Maksakul[2]
[1]มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, นนทบุรี ประเทศไทย 11000
[1]Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation, Nonthaburi Thailand 11000
[2]โรงพยาบาลวิเชียรบุรี, เพชรบูรณ์ ประเทศไทย 67130
[2]Wichian Buri Hospital, Phetchabun Thailand 67130

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 327 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของการติดเชื้อในช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดคือ ร้อยละ 42.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้สารเสพติด (χ^2 = 6.782, p = .014) และค่าดัชนีมวลกาย (χ^2 = 6.920, p = .048) ในขณะที่ข้อมูลทั่วไปอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ รวมถึงการพัฒนานโยบายและแนวทางการพยาบาลที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ลดการใช้สารเสพติด และจัดการภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดและลดโอกาสการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ : การติดเชื้อทางช่องคลอด, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, สตรีตั้งครรภ์, ประวัติการฝากครรภ์,ประวัติสุขภาพ

Abstract

This retrospective analytical study aimed to investigate the prevalence and associated factors of vaginal infection among pregnant women with preterm labor. The study sample comprised 327 pregnant women who were admitted to a hospital. Data were collected from medical records using a structured data collection form and analyzed with descriptive statistics and the chi-square test. The findings revealed that the prevalence of vaginal infection in pregnant women with preterm labor was 42.8%. Statistically significant factors associated with vaginal infection included substance use (χ^2 = 6.782, p = .014) and body mass index (χ^2 = 6.920, p = .048). In contrast, other general characteristics such as age, educational level, and

Corresponding author: *E-mail: pornuma.r@ku.th

วันที่รับ (received) 20 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2568

occupation were not significantly associated. These findings highlight the need for early screening of pregnant women with such risk factors during antenatal care, as well as the development of policies and nursing guidelines focusing on health promotion, substance use reduction, and nutritional management to prevent vaginal infections and reduce the risk of preterm birth.

Keywords: vaginal infection, preterm labor, pregnancy, pregnancy history, health history

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) หมายถึงภาวะที่มีการหดรัดตัวของมดลูกร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกก่อนอายุครรภ์ครบ 37 สัปดาห์ สามารถนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดโดยตรง ซึ่งผลลัพธ์จากการคลอดก่อนกำหนดมีความรุนแรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักเผชิญปัญหาความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อ ตลอดจนพัฒนาการทางสมองและระบบประสาทที่ล่าช้า[1] นอกจากนี้ยังสร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายการรักษาและภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุขโดยรวม[2] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดเชื้อในช่องคลอดถือเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่อาจนำไปสู่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยภาวะนี้เกิดจากการเจริญผิดปกติของเชื้อจุลชีพ เช่น แบคทีเรีย เชื้อรา หรือพยาธิ ภายในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งก่อให้เกิดการอักเสบและกระตุ้นการผลิตสารพรอสตาแกลนดิน (prostaglandins) สารดังกล่าวจะเหนี่ยวนำให้มดลูกหดรัดตัวและเป็นสาเหตุของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[3-5] ดังการศึกษาก่อนหน้าที่มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและผลลัพธ์ของการคลอดก่อนกำหนด โดยพบสัดส่วนการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ร้อยละ 30.7[6] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่า การติดเชื้อในช่องคลอดสามารถทำนายการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[7] หลักฐานดังกล่าวยิ่งเน้นย้ำให้เห็นว่าการติดเชื้อในช่องคลอดมีบทบาทสำคัญต่อการกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

จากการรายงานข้อมูลขององค์กรอนามัยโลก พบว่าในปี 2563 คาดว่ามีทารกคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ประมาณ 13.4 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นมากกว่า 1 ใน 10 ของทารกทั้งหมด[8] ซึ่งสอดคล้องผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับการประมาณการคลอดก่อนกำหนดระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ พบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดทั่วโลกโดยประมาณในปี 2557 อยู่ในช่วงร้อยละ 9-12 โดยมีความแตกต่างกันตามภูมิภาคและประเทศ[9] เช่นเดียวกันกับประเทศไทย มีรายงานว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11.6 ในช่วงปีงบประมาณ 2565[10] ซึ่งสะท้อนถึงการคงอยู่ของปัญหานี้ในระบบสุขภาพไทย

เมื่อพิจารณาบริบทท้องถิ่นตามการรายงานผลการดำเนินงานกลุ่มการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบว่าสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 7.28 9.92 และ 9.21 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นว่าปัญหานี้เป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่เช่นกัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานในแผนกสูติกรรมสังเกตเห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มักมีการติดเชื้อในช่องคลอดร่วมด้วย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่เป็นระบบเกี่ยวกับความชุกตลอดจนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อดังกล่าวโดยตรงในบริบทของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จึงนำมาสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อเติมเต็มองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการกำหนดมาตรการคัดกรองและแนวทางการดูแลป้องกันการติดเชื้อในช่องคลอดที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

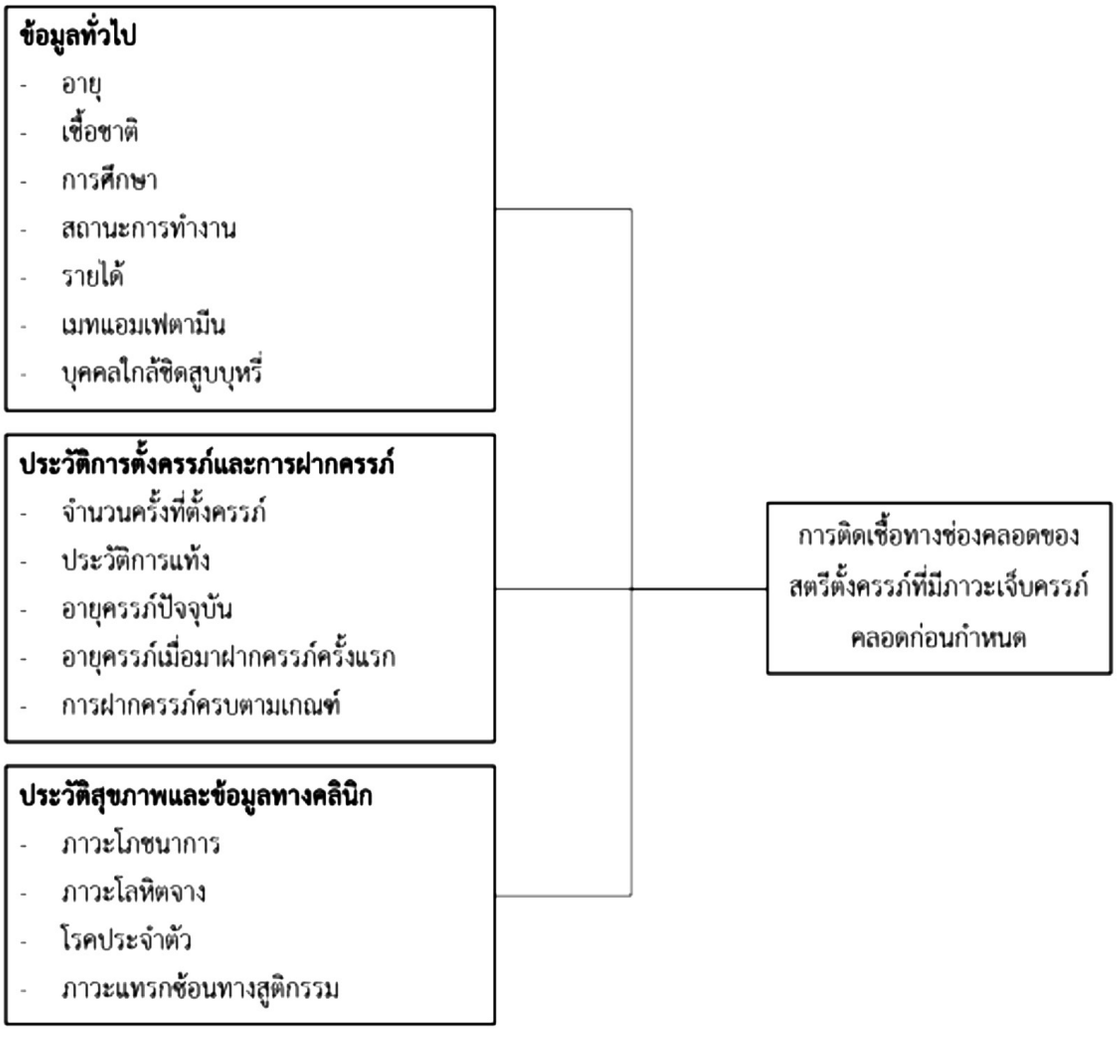
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัย ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ การใช้เมทแอมเฟตามีน การมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนเอกสารและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยจำแนกปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ การใช้เมทแอมเฟตามีน และการมีบุคคลใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ 2) ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการแท้งบุตร อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ และ 3) ประวัติสุขภาพและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ภาวะโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง โรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม (แสดงดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์แบบย้อนหลังจากเวชระเบียน (retrospective chart review) ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือน ธันวาคม 2566 ถึง พฤษภาคม 2567 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลวิเชียรบุรี และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2566 ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีการลงวินิจฉัยโรคตามรหัส International Classification of Disease (ICD 10) รหัส O470 2) มีข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนครบถ้วน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร (sample size for estimating a population proportion) โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้าที่ พบว่าความชุกของภาวะการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเท่ากับ ร้อยละ 30.76 กำหนดระดับค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกินร้อยละ 0.05 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 327 คน

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ การศึกษา สถานะการทำงาน รายได้ การใช้เมทแอมเฟตามีน และบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ประกอบด้วย จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง อายุครรภ์ปัจจุบัน อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประวัติสุขภาพและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย ภาวะโลหิตจาง โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม และผลตรวจการติดเชื้อของตกขาวจากห้องปฏิบัติการ ซึ่งจำแนกประเภทของการติดเชื้อเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย การติดเชื้อรา และการติดเชื้อพยาธิในช่องคลอด จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางด้านสูติกรรม และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย ผลการประเมินพบว่าค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 หมายความว่าแบบบันทึกข้อมูลมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดี จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ IEC-52-2566 เลขที่โครงการวิจัย 83-2566 วันที่รับรอง 21 พฤศจิกายน 2566 ทั้งนี้ ผู้วิจัยแสดงผลการวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยรายบุคคล และไม่มีการแสดงข้อมูลอันนำมาสู่การระบุตัวบุคคลได้ เช่น หมายเลขบัตรประชาชน หมายเลข HN ฯลฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงรายละเอียดของโครงการแก่หัวหน้าหน่วยเวชระเบียน พร้อมทั้งขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังของสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 รวมทั้งสิ้น 327 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกออกเป็น 1) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน

กำหนด ด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-Square Tests และ Fisher's Exact Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < .05

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 327)

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n = 327)	การติดเชื้อในช่องคลอด		χ^2	df	p-value
		ติดเชื้อ (n=140), n (%)	ไม่ติดเชื้อ (n=187), n (%)			
อายุ				0.162	2	.922[a]
น้อยกว่า 19 ปี	41 (12.5)	17 (41.5)	24 (58.5)			
20-35 ปี	242 (74.0)	103 (42.6)	139 (57.4)			
มากกว่า 35 ปี	44 (13.5)	20 (45.5)	24 (54.5)			
เชื้อชาติ				2.761	1	.097[a]
ไทย	307 (93.9)	135 (44.0)	172 (56.0)			
ต่างด้าว	20 (6.1)	5 (25.0)	15 (75)			
การศึกษา				3.500	3	.321[a]
ประถมศึกษา	51 (15.6)	28 (54.9)	23 (45.1)			
มัธยมศึกษา	175 (53.5)	71 (40.6)	104 (59.4)			
ปวช./ ปวส.	40 (12.2)	17 (42.5)	23 (57.5)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	59 (18.0)	24 (40.7)	35 (59.3)			
การทำงาน				0.622	1	.430[a]
ไม่ได้ทำงาน	146 (44.6)	59 (40.4)	87 (83.5)			
มีงานประจำ	181 (55.4)	81 (44.8)	100 (55.2)			
รายได้ (บาท)				0.463	4	.997[a]
น้อยกว่า 5,000	85 (26.0)	36 (42.4	49 (57.6)			
5,001-10,000	97 (29.7)	42 (43.3)	55 (56.7)			
10,0001-15,000	82 (25.1)	36 (43.9)	46 (56.1)			
15,001-20,000	36 (11.0)	16 (44.4)	20 (55.6)			
มากกว่า 20,000	27 (8.3)	10 (37.0)	17 (63.0)			
การใช้เมทแอมเฟตามีน				6.782	1	.014[b]*
ใช้	5 (1.5)	5 (100)	0 (0)			
ไม่ใช้	322 (98.5)	135 (41.9)	187 (58.1)			
มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่				0.958	1	.328[a]
มี	183 (56.0)	74 (40.4)	109 (59.6)			
ไม่มี	144 (44.0)	66 (45.8)	78 (54.2)			
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์				0.082	1	.774[a]
ครรภ์แรก	139 (42.5)	58 (41.7)	81 (58.3)			
ครรภ์หลัง	187 (57.5)	81 (43.3)	106 (56.7)			
ประวัติการแท้ง				0.031	1	.860[a]
เคยแท้ง	81 (24.8)	34 (42.0)	47 (58.0)			
ไม่เคยแท้ง	246 (75.2)	106 (43.1)	140 (56.9)			
อายุครรภ์ปัจจุบัน				2.832	2	.243[a]
น้อยกว่า 28 สัปดาห์	25 (7.6)	7 (28.0)	18 (72.0)			
28-31 สัปดาห์	83 (25.4)	39 (47.0)	44 (53.0)			
32-36 สัปดาห์	219 (67.0)	94 (42.9)	125 (57.1)			
การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์				3.568	2	.312[a]
ครบเกณฑ์	247 (75.5)	101 (40.9)	146 (59.1)			
ไม่ครบเกณฑ์	78 (23.9)	38 (48.7)	40 (51.3)			
ไม่ฝากครรภ์	2 (0.6)	1 (50.0)	1 (50.0)			

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 327) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n = 327)	การติดเชื้อในช่องคลอด		χ^2	df	p-value
		ติดเชื้อ (n=140), n (%)	ไม่ติดเชื้อ (n=187), n (%)			
อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก				1.525	1	.217[a]
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	247 (75.5)	101 (40.9)	146 (59.1)			
12 สัปดาห์ขึ้นไป	80 (24.5)	39 (48.8)	41 (51.3)			
ดัชนีมวลกาย (kg/m2)				6.460	4	.048[a]*
น้อยกว่า 18.5	14 (4.3)	8 (57.1)	6 (42.9)			
18.5-22.9	68 (20.8)	34 (50)	34 (50)			
23.0-24.9	54 (16.5)	32 (59.3)	22 (40.7)			
25.0-29.9	109 (33.3)	66 (60.6)	43 (39.4)			
มากกว่า 30	82 (25.1)	50 (61.0)	32 (39.0)			
ภาวะโลหิตจาง				0.463	1	.496[a]
ใช่	94 (28.7)	43 (45.7)	51 (54.3)			
ไม่ใช่	233 (71.3)	97 (41.6)	136 (58.4)			
โรคประจำตัว				0.414	1	.520[a]
มี	17 (5.2)	6 (35.3)	11 (64.7)			
ไม่มี	310 (94.8)	134 (43.2)	176 (56.8)			
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม				0.169	1	.681[a]
มี	45 (13.8)	18 (40.0)	21 (60.0)			
ไม่มี	282 (86.2)	122 (43.3)	160 (56.7)			
ผลตรวจการติดเชื้อจากตกขาว						
ติดเชื้อ	140 (42.8)					
ไม่ติดเชื้อ	187 (57.2)					

หมายเหตุ: * หมายถึง p-value < .05, a = chi-square test, b = Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 327 คน พบกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดเชื้อในช่องคลอด ร้อยละ 42.8 มีอายุอยู่ในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 74.0 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 93.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 ทำงานประจำ ร้อยละ 55.4 รายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 29.7 มีการใช้สารเสพติด ร้อยละ 1.5 มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 56.0 เป็นครรภ์หลังร้อยละ 57.5 ไม่เคยแท้ง 75.2 อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วง 32-36 สัปดาห์ ร้อยละ 67.0 ฝากครรภ์ครบเกณฑ์ ร้อยละ 75.5 อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยหว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75.5 ดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 kg/m^2 ร้อยละ 33.3 มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 28.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.8 มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ร้อยละ 13.8

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 = 6.782, p = .014) เช่นเดียวกับดัชนีมวลกายที่ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 = 6.920, p = .048)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อในช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า ความชุกการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เท่ากับ ร้อยละ 42.8 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับรายงานจากหลายประเทศ ดังเช่นการศึกษาความชุกของการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ประเทศบอสเนียและเฮอร์เซโกวีนา เท่ากับ ร้อยละ 19[11] ในขณะที่ประเทศอินเดียพบความชุกของการติดเชื้อในช่องคลอดเท่ากับ ร้อยละ 30.7[6] ความแตกต่างนี้เป็นผลมาจากคุณลักษณะทางสังคมประชากร ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศ[12]

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ในด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า การใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสารเสพติดชนิดนี้อาจส่งผลต่อความสมดุลของจุลชีพในช่องคลอด ทำให้สัดส่วนของแบคทีเรียชนิดดีลดลงและเอื้อต่อการเจริญของเชื้อก่อโรค[13] นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมักมีพฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่เหมาะสม และเข้ารับบริการฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ[14] ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องคลอดของกลุ่มนี้ ทั้งนี้ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการใช้ยาเมทแอมเฟตามีนขณะระหว่างตั้งครรภ์ในประเทศออสเตรียที่พบว่า การใช้เมทแอมเฟตามีนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม รวมถึงการคลอดก่อนกำหนดและการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์[15]

ในด้านปัจจัยทางสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการเกินมักเกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้สมดุลของจุลชีพในช่องคลอดถูกรบกวนและเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ[16] สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะโภชนาการเกินกับการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด 2 การศึกษาที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่สูงขึ้นอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอด[17, 18] นอกจากนี้ งานวิจัยจากประเทศจีนยังยืนยันว่า การติดเชื้อในช่องคลอดเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด โดยมีค่าดัชนีมวลกายและพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเป็นตัวแปรร่วม (covariates) ที่สำคัญ[3]

ในขณะที่ข้อมูลทั่วไปอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ รวมถึงปัจจัยด้านการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ ไม่พบความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน อีกทั้งระบบบริการฝากครรภ์ในพื้นที่เอื้อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวไม่แสดงความแตกต่างในระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องคลอดของประเทศเอธิโอเปียที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์[12]

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและภาวะโภชนาการ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ข้อค้นพบนี้ช่วยสะท้อนถึงความจำเป็นของการบูรณาการการดูแลที่ครอบคลุมในระหว่างการฝากครรภ์ ซึ่งไม่เพียงแต่จำกัดอยู่เพียงการตรวจคัดกรองทางด้านสุขภาพ แต่ต้องรวมถึงการประเมินปัจจัยทางสังคม พฤติกรรม และการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในช่องคลอดและป้องกันการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผู้บริหารทางการพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพมารดาโดยเน้นการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง การประเมินภาวะโภชนาการ การให้คำปรึกษาเพื่อลดการใช้สารเสพติด รวมถึงการติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องคลอดอันนำมาสู่การเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการติดเชื้อในช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์

2) ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการด้านการป้องกันและให้คำปรึกษา โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่บูรณาการเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม และการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติด เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในช่องคลอดและการคลอดก่อนกำหนด

References

1. Mikula F, Wimmer M, Farr A, Leitich H, Ebner J, Grill A, et al. Vaginal Microbial Colonization after Antibiotic Treatment in Women with Preterm Premature Rupture of Membranes: An Observational Cohort Study. Journal of Clinical Medicine. 2023;12(23):1-12.

2. Sethi N, Narayanan V, Saaid R, Ahmad Adlan AS, Ngoi ST, Teh CSJ, et al. Prevalence, risk factors, and adverse outcomes of bacterial vaginosis among pregnant women: a systematic review. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. 2025;25(1):1-13.
3. Yao D, Tang X, Xue M, Zhu K, Li W, Chen Z, et al. The effects of vaginal infections on pregnancy outcomes: a retrospective cohort study in China. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2025;25(1):1-15.
4. Gigi RMS, Buitrago-Garcia D, Taghavi K, Dunaiski CM, van de Wijgert J, Peters RPH, et al. Vulvovaginal yeast infections during pregnancy and perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis. BioMed Central Womens Health. 2023;23(1):1-12.
5. Daskalakis G, Psarris A, Koutras A, Fasoulakis Z, Prokopakis I, Varthaliti A, et al. Maternal Infection and Preterm Birth: From Molecular Basis to Clinical Implications. Children (Basel). 2023;10(5):1-17.
6. Mathew SM, & Kumar A. A prospective analysis of the risk factors and the perinatal outcome of preterm labour. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2018;7(12):4833-40.
7. Huang C, Gin C, Fettweis J, Foxman B, Gelaye B, MacIntyre DA, et al. Meta-analysis reveals the vaginal microbiome is a better predictor of earlier than later preterm birth. BioMed Central Biology. 2023;21(1):1-16.
8. Ohuma EO, Moller A-B, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. The Lancet. 2023;402(10409):1261-71.
9. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A-B, Lumbiganon P, Petzold M, Hogan D, et al. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. The Lancet Global Health. 2019;7(1):e37-e46.
10. Department of Medical Services Ministry of Public Health. Guidelines for prevention of preterm labor in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
11. Djogic LM, Cehic E, Hodzic H, Babic A, & Sljivo B. Prevalence of Bacterial Vaginosis of Pregnant Women in the General Hospital Tesanj. Medical Archives. 2025;79(3):194-8.
12. Ahmed M, Admassu Ayana D, & Abate D. Bacterial vaginosis and associated factors among pregnant women attending antenatal care in Harar City, Eastern Ethiopia. Infection and Drug Resistance. 2022:3077-86.
13. Froehle L, Ghanem KG, Page K, Hutton HE, Chander G, Hamill MM, et al. Bacterial vaginosis and alcohol consumption: a cross-sectional retrospective study in Baltimore, Maryland. Sexually transmitted diseases. 2021;48(12):986-90.
14. Saengsuwan D, & Anusornteerakul S. Prevalence of Methamphetamine Use and Health Promotion Behaviors among Pregnant Women at Antenatal Clinic of the Subdistrict Health Promotion Hospital in Mueang Udonthani District. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):92-100. (in Thai)
15. O'Connor A, Harris D, Seeber D, Hamilton D, Fisher P, & Sachmann D. Methamphetamine use in pregnancy, Child Protection, and Removal of infants: Tertiary Centre Experience from Western Australia. Midwifery. 2020; 83:102641-47.

16. Qi J, Han H, Li X, & Ren Y. Association between body mass index and prevalence of bacterial vaginosis: Results from the NHANES 2001–2004 study. Plos one. 2024;19(5):e0296455-62.
17. Brookheart RT, Lewis WG, Peipert JF, Lewis AL, & Allsworth JE. Association between obesity and bacterial vaginosis as assessed by Nugent score. American journal of obstetrics and gynecology. 2019;220(5):476. e1-. e11.
18. Lokken EM, Richardson BA, Kinuthia J, Mwinyikai K, Abdalla A, Jaoko W, et al. A Prospective Cohort Study of the Association Between Body Mass Index and Incident Bacterial Vaginosis. Sexually Transmitted Diseases. 2019;46(1): 31-6.
19. Raksatham C, Kaipho T, & Khungtumneam K. The Practiced Guideline for Continuing Care of Pregnant Women with Preterm Labor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(0): 348-56. (in Thai)

ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

Factors Predicting Sleep Quality Among School-Age Children in Bangkok Metropolis

จารุวรรณ ไทยบัณฑิต[1] วราพรรณ วงษ์จันทร์*[1] กรุณา นนทรักส์[2]
Jaruwan Thaibandit[1] Waraphan Wongchan*[1] Karuna Nontharux[2]
[1]สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
[1]Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330
[2]นักวิชาการอิสระ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10310
[2]Academic Freelance, Bangkok, Thailand 10310

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 418 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และ 5) แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ร้อยละ 83.25 โดยปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .12, 32.06, p < .05$ และ $r = -.24, p < .001$ ตามลำดับ) และปัจจัยข้างต้นสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับได้ ($O_{Radj} = 3.31$, 95%CI =1.38-7.98; $O_{Radj} = 3.67$, 95%CI =1.99-6.78 และ $O_{Radj} = 11.90$, 95%CI = 4.70-30.07 ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 31.70 (Nagelkerke $R^2 = .31$)

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, เด็กวัยเรียน, ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน, พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์, พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย

Abstract

This research aimed to study the factors predicting sleep quality among school-aged children in Bangkok metropolis. The sample consisted of 418 students in grades 4 to 6 from elementary schools in Bangkok. Participants were selected through multi-stage sampling. The research tools included the following questionnaires: 1) demographic information, 2) emotional problem and peer relationship questionnaire, 3) electronic media usage behaviors, 4) physical activity behavior questionnaire, and 5) sleep quality questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Spearman's rank correlation coefficient, and logistic regression analysis. The results revealed that the majority of school-aged children

Corresponding Author: *Email: waraphan.w@stin.ac.th

วันที่รับ (received) 9 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ต.ค. 2568

(83.25%) had poor overall sleep quality. Emotional problem and peer relationship, electronic media usage behaviors, and physical activity behavior were significantly correlated with sleep quality (r = .12, .32, p < .05 and r = -.24, p < .001, respectively). These factors also predicted sleep quality (O_{Radj} = 3.31, 95%CI = 1.38-7.98; 3.67, 95%CI = 1.99-6.78; and 11.90, 95%CI = 4.70-30.07, respectively) and together explained 31.7% of the variance in sleep quality among school-age children (Nagelkerke R^2 = .31).

Keywords: Quality sleep, School-age Children, Emotional problem and peer relationship, Electronic media usage behaviors, Physical activity behaviors

บทนำ

การนอนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นต่อชีวิต เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและคงไว้ซึ่งการปรับสมดุลสารเคมีของร่างกาย และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของสุขภาพ คุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนก็สำคัญเช่นกัน เพราะหากเด็กวัยเรียนได้นอนหลับอย่างมีคุณภาพจะช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างฮอร์โมนโกรท (growth hormone) และไซโตไคน์ (cytokines) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง ระบบการเผาผลาญพลังงานทำงานได้ดี ทำให้ควบคุมน้ำหนักตัวได้เหมาะสม รักษาสมดุลอุณหภูมิของร่างกาย ระบบผิวหนังมีความชุ่มชื้น ระบบหัวใจและหลอดเลือดได้พักผ่อน จึงเป็นการฟื้นฟูสุขภาพและสร้างพลังงานให้กับเด็กวัยเรียน และช่วยพัฒนาระบบประสาทและพัฒนาการทุกด้าน เพราะในระหว่างที่นอนหลับเป็นช่วงที่สมองทำการเรียบเรียงและจัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ทำให้สามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นคุณภาพการนอนหลับที่ดีของเด็กวัยเรียนจะช่วยส่งเสริมให้สมองมีการจดจำที่ดี อารมณ์ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล สร้างความมั่นใจในตนเอง แก้ไขปัญหาตนเองได้อย่างสร้างสรรค์ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างได้[1]

เด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ควรนอนหลับอย่างมีคุณภาพทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เชิงปริมาณคือ เด็กวัยเรียนควรนอนหลับให้ได้ 9-11 ชั่วโมงต่อคืน[2] ส่วนเชิงคุณภาพคือ เด็กวัยเรียนนอนหลับและตื่นนอนด้วยความสดชื่น รู้สึกว่าพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ และพึงพอใจต่อการนอนหลับที่ผ่านมา[3] จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับที่ใกล้เคียงกับเด็กวัยเรียน คือ การศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 46.20[4] และในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 60[5] และเด็กวัยก่อนเรียนมีพฤติกรรมการนอนไม่ดีถึงร้อยละ 80.40[6] การนอนหลับที่ดีจึงมีความสำคัญ

หากมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียน ดังนี้ ด้านร่างกาย ทำให้มีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ง่วงซึม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในชีวิตประจำวัน ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ลดลง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีการเจริญเติบโตไม่สมส่วน อาจส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะกระบวนการย่อยและเผาผลาญอาหารไม่ดีหรือน้อยลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิดปกติ และเป็นสาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคอ้วน โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดอุดตัน และโรคกลุ่มเมตาบอลิก เป็นต้น[7] ด้านจิตใจ ทำให้มีความเครียด หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ได้ลดลง ขาดสมาธิ ขาดความสนใจ และความใส่ใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการนอนหลับไม่เพียงพอนั้นมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในเด็ก[8] ด้านสังคม ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ต้องแยกตัวออกจากสังคม จึงมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมด้านลบ ก้าวร้าว ส่งผลต่อทักษะการตัดสินใจและการควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความคิดและความรับผิดชอบ[9] ด้านสติปัญญาการเรียนรู้ ทำให้การเรียนรู้และความจำระยะสั้นลดลง หลงลืมง่าย สมองไม่สามารถจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความจำและความสนใจในบทเรียนลดลง ทักษะการคิดและการแก้ปัญหาลดลง จึงมีแนวโน้มการทำข้อสอบได้ไม่ดี และมีผลการเรียนที่ไม่ดีตามมา[10] เห็นได้ว่า การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพนั้นส่งผลกระทบต่อเด็กวัยเรียนในหลายด้านอย่างมาก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับในเด็กวัยเรียนมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่จะส่งเสริมหรือรบกวนการนอนหลับของเด็ก โดยปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กเอง เช่น โรคประจำตัว จิตใจอารมณ์ การใช้สื่อ

อิเล็กทรอนิกส์ การออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่เข้ามากระทบบุคคลนั้น ๆ ทางใดทางหนึ่ง และส่งผลต่อการนอนหลับ เช่น แสงจ้า อุณหภูมิในห้องนอนที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เสียงดังรบกวน กลิ่นรบกวน และอากาศถ่ายเทไม่สะดวก ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ ลักษณะที่พักอาศัยในเขตเมืองหรือในชนบท และสมาชิกที่นอนร่วมห้องกับเด็ก เป็นต้น[11]

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีบริบทด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างจากประเทศไทย มีทั้งข้อมูลที่สนับสนุนและขัดแย้ง และยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับอย่างแท้จริง และในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการนอนเด็กวัยก่อนเรียน และปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนมัธยมศึกษา ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยเรียนเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงขนาดใหญ่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น มีบริบทและวิถีชีวิตแตกต่างกับจังหวัดอื่น และเด็กส่วนใหญ่พักอาศัยกับผู้ปกครองในบ้านทาวน์เฮ้าส์ติดกัน แฟลตที่มีพื้นที่จำกัด หรือบ้านพักเป็นชุมชนแออัด หรือขาดพื้นที่ส่วนตัวในการนอน ทำให้มีปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการนอนหลับ มีปัญหาการจราจรที่มีรถติดหนาแน่น และปัญหาฝุ่น PM 2.5 มากขึ้น เป็นต้น และการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมตัวแปรด้านอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน การใช้หน้าจอและสื่ออิเล็กทรอนิกส์รูปแบบต่าง ๆ ที่เด็กมีแนวโน้มการใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตก่อนนอนมากขึ้น และมีในบางครอบครัวที่มุ่งมั่นสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการศึกษาของเด็กวัยเรียนอย่างมาก ก็อาจทำให้เด็กวัยเรียนต้องทำการบ้าน เรียนพิเศษ หรืออ่านหนังสือทบทวนบทเรียนจนเลยเวลาการเข้านอน จึงมีเวลานอนหลับพักผ่อนน้อยลง ทั้งการมีกิจกรรมทางกายน้อยลงที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมและปัจจัยเกี่ยวข้องในการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กวัยเรียนที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ดังนั้นพยาบาลเด็กและครูประจำชั้นเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีตามช่วงวัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนให้เจริญเติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีสุขภาพดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

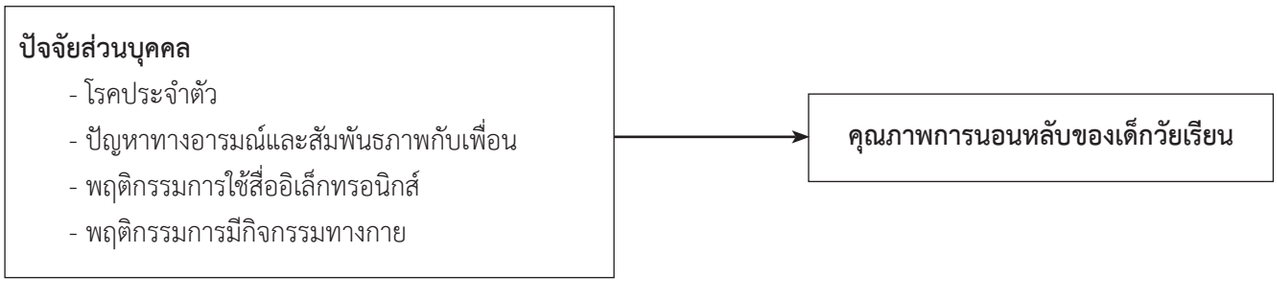
1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของตัวแปรที่คัดสรร ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของตัวแปรที่คัดสรร ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย

สมมติฐานการวิจัย

1. โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน
2. โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม[11] ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและสามารถจัดกระทำได้ในเด็กวัยเรียน โดยมีตัวแปรที่คัดสรร ได้แก่ โรคประจำตัว ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร เขตกรุงเทพมหานครชั้นใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2568 จำนวน 6 โรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานครเขตชั้นใน เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ห้องเรียนปกติ 2) อายุ 9-12 ปี 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 5) ผู้ปกครองอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เด็กที่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการคิดรู้ โรคทางโครโมโซมและเด็กพิเศษ เช่น ปัญหาสมาธิสั้น ออทิสติก ดาวน์ซินโดรม เป็นต้น และ 2) เด็กที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบทุกข้อ หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดระดับค่านัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ = .95 จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน[4] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 348 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจากกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 418 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยการสุ่มเขตอย่างง่ายจากกรุงเทพมหานคร เป็นเขตกรุงเทพมหานครชั้นใน ซึ่งมีจำนวน 21 เขต 135 โรงเรียน มีโรงเรียนขนาดกลางและขนาดใหญ่ จำนวน 50 โรงเรียน และทำการสุ่มเขตมา 2 เขต จากนั้นสุ่มโรงเรียนอย่างง่ายมาเขตละ 3 โรงเรียน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงเรียนละ 68-70 คน โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการช่วยสุ่มเลขที่ให้มีสัดส่วนแต่ละชั้นเรียนใกล้เคียงกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการสถานศึกษา 6 โรงเรียน เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยส่งหนังสือชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมถึงผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าแถวเคารพธงชาติเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เก็บข้อมูลช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ และการเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ กำลังศึกษาระดับชั้น อายุ เพศ โรคประจำตัว ในครอบครัวนักเรียนพักอาศัยอยู่กับใคร ส่วนใหญ่นักเรียนเข้านอนเวลา ส่วนใหญ่นักเรียนตื่นนอนเวลา นักเรียนนอนร่วมห้องกับใครบ้าง ลักษณะที่พักอาศัยของนักเรียน และผู้ปกครองมีการจัดตารางเข้านอนให้นักเรียน

2. แบบสอบถามปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เลขา (2560)[12] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ดังนี้ ไม่จริง ให้ 0 คะแนน จริงบ้าง ให้ 1 คะแนน และจริงแน่นอน ให้ 2 คะแนน รวม 20 คะแนน การแปลผล 0-10 คะแนน หมายถึง ปกติ 11-20 คะแนน หมายถึง มีปัญหา

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะ

เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) การแปลผล เด็กที่มีระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวัน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ระดับมาก เด็กที่มีระยะเวลาการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ระดับน้อย[13]

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามสำหรับเด็กอายุ 10-13 ปี การสำรวจกิจกรรมทางกายในเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2558 (Thailand Physical Activity Children Survey: TPACS)[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าความถี่ของพฤติกรรม (Rating scale) ดังนี้ ไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน รวม 30 คะแนน การแปลผล 24-30 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมาก 19-23 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง 0-18 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย

5. แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพิตส์เบิร์กฉบับภาษาไทย แปลโดย ตุลยา สีตสุวรรณ (2557)15 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 1 คะแนน 1 หรือ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ให้ 2 คะแนน และ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ให้ 3 คะแนน รวม 21 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับดี และถ้าคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทุกฉบับ เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน แบบสอบถามพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .75, .80, และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ COA No. 003/2025 ลงวันที่ 22 เมษายน 2568 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัด ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัว พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ กับคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย กับคุณภาพการนอนหลับด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียว (Enter mode) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.11 เป็นเพศหญิง มีอายุ 10-12 ปี อายุเฉลี่ย 10.95 ปี กลุ่มตัวอย่าง แต่ละระดับชั้นมีจำนวนใกล้เคียงกัน ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.84 อาศัยอยู่กับมารดา ร้อยละ 37.79 ในห้องนอนมีเสียงรบกวน ร้อยละ 23.68 ได้แก่ เสียงจากสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน (เพื่อนบ้าน ร้อยละ 30.30 สัตว์ ร้อยละ 9.09 และ อื่น ๆ ร้อยละ 18.18) เสียงจากสมาชิกในบ้าน ร้อยละ 17.17 เสียงทีวี พัดลม แอร์ ร้อยละ 15.15 ลักษณะเป็นบ้านทาวน์เฮ้าส์ ร้อยละ 30.14 และผู้ปกครองมีการจัดตารางเข้านอน ร้อยละ 53.11

2. ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 83.25 (Mean = 8.37, SD = 2.69) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.84 อุปกรณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้มากที่สุด คือ

โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 78.71 และระยะเวลาที่ใช้สื่อก่อนนอนมากที่สุด คือ ใช้สื่อก่อนนอนน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 37.32

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียน (n = 418)

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพการนอนหลับ					
	ไม่ดี (n = 348)		ดี (n = 70)		รวม (n = 418)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน	8.87	2.40	7.73	2.23	8.68	5.66
พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย	17.22	4.27	20.60	3.59	17.79	7.78

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อนโดยภาพรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 8.68, SD = 5.66) และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 17.79, SD = 7.78)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน (n = 418)

ปัจจัยที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน	p-value
โรคประจำตัว	2.16 (χ^2)	.142
ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน	0.12 (rs)	.015*
พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์	32.06 (χ^2)	.000*
พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย	-0.24 (rs)	.001**

*p< .05, **p< .001, (χ^2) = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์, rs = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน และพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.12, 32.06 ตามลำดับ, p < .05) ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.24, p < .001)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน (n = 418)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)		B	S.E.	Exp (β)	95% CI	p
	การนอนหลับไม่ดี (n = 348)	การนอนหลับดี (n = 70)					
ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน							
ปกติ	263(62.90)	64(15.30)			1.00		
มีปัญหา	85(20.40)	6(1.40)	1.19	.44	3.31	1.38-7.98	.007*
พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์							
< 3 ชั่วโมงต่อวัน	144(34.50)	34(8.10)			1.00		
≥ 3 ชั่วโมงต่อวัน	204(48.80)	36(8.60)	1.30	.31	3.67	1.99-6.78	.000*

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน (n = 418) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)		B	S.E.	Exp (β)	95% CI	p
	การนอนหลับไม่ดี (n = 348)	การนอนหลับดี (n = 70)					
พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย							
มาก (ref)	28(6.70)	15(3.60)			1.00		
ปานกลาง	99(23.70)	44(10.50)	.44	.40	1.56	.71-3.44	.264
น้อย	221(52.90)	11(2.60)	2.47	.47	11.90	4.70-30.07	.000*
Nagelkerke R2 = .31, Cox & Snell R^2 = .18, Overall Predictive Percentage Correct = 84.20							

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้ร้อยละ 31.70 (Nagelkerke R^2 = .31) โดยปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายในระดับน้อย สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (O_{Radj} = 3.31, 95%CI =1.38-7.98; O_{Radj} = 3.67, 95%CI = 1.99-6.78 และ O_{Radj} = 11.90, 95%CI = 4.70-30.07, p < .05 ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 83.25 เนื่องจากบริบทสังคมชุมชนเมืองที่หนาแน่น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าที่พักอาศัยส่วนมากเป็นบ้านทาวน์เฮ้าส์ติดกัน ร้อยละ 30.14 เป็นแฟลตที่มีพื้นที่จำกัด ร้อยละ 23.44 มีเสียงรบกวนจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 30.30 และเสียงรบกวนภายในบ้าน เช่น การพูดคุยเสียงดัง การคุยโทรศัพท์ ร้อยละ 17.17 เป็นต้น ส่งผลให้เด็กวัยเรียนนอนหลับช้าลง หรือต้องเผชิญกับปัญหาการนอนหลับได้ อีกทั้งการนอนหลับร่วมห้องกับสมาชิกอื่นที่ขาดความเป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพการนอนหลับ พบว่า ร้อยละ 43.1 ของเด็กมีปัญหาการนอนหลับ โดยการนอนร่วมห้องกับสมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ ส่งผลให้เด็กวัยเรียนนอนหลับไม่สนิท ตื่นกลางดึกหรือนอนหลับไม่เพียงพอ และมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีตามมา[16]

2. ความสามารถของปัจจัยคัดสรรในการทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียน

จากการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .142) เด็กวัยเรียนมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.16 ที่พบบ่อย ได้แก่ ภูมิแพ้ ร้อยละ 7.89 และหอบหืด ร้อยละ 1.91 อาจเป็นไปได้ว่าโรคประจำตัวมีอาการไม่รุนแรง หรือไม่รบกวนการนอนหลับ หรืออาจควบคุมอาการของโรคได้ดีไม่มีอาการกำเริบ หรือสามารถปรับตัวเองได้ดี จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาการหายใจผิดปกติขณะหลับในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โรคหวัดจากภูมิแพ้ ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงของการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากโรคหวัดจากภูมิแพ้ ทำให้มีน้ำมูกไหลลงคอ จาม คันจมูก เยื่อบุหายใจบวมทำให้คัดจมูก หายใจลำบาก อาการไอทำให้เด็กตื่นนอนหรือสะดุ้งตื่น และรบกวนการนอนได้[17]

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

- ปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อน สามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนมีคะแนนปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อนโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}$ = 8.68, SD = 5.66) แต่เด็กที่มีปัญหาทางอารมณ์และสัมพันธภาพกับเพื่อนนั้นมีแนวโน้มของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ร้อยละ 20.40 หากปัญหาเกิดขึ้นบ่อยครั้ง

และไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่มีความเครียดรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อคุณภาพการนอนหลับไม่ดี เนื่องจากความเครียดจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนที่ทำให้ตื่นตัวและนอนหลับยาก[4] และหากเด็กวัยเรียนมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี หรือมีพฤติกรรมการนอนที่ไม่ดีต่อเนื่องและไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการถูกรังแกในโรงเรียนกับสภาวะทางจิตใจของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา พบว่า เด็กที่มีประสบการณ์การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งในโรงเรียนมักมีปัญหาทางสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อรูปแบบและคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี[18]

- พฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ของเด็กวัยเรียนสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 57.40 มีระยะเวลาที่ใช้สื่อก่อนนอนน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 37.32 อาจเนื่องด้วยเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมการใช้สื่อดิจิทัลและอิเล็กทรอนิกส์ในหลายวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้น ทั้งเพื่อการศึกษา การสื่อสาร การบันเทิง การเล่นเกม การติดตามข่าวสาร เห็นได้จากที่มีการใช้อุปกรณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากกว่า 1 ชนิด และที่ใช้มากที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 78.71 ทำให้ต้องอยู่หน้าจอมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการใช้หน้าจอและการนอนของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การใช้โทรศัพท์มือถือ การดูทีวีหรืออินเตอร์เน็ต การเล่นวิดีโอเกม ส่งผลให้เด็กเข้านอนช้า ระยะเวลาการนอนหลับสั้นลง และมีความสัมพันธ์กับอาการเหนื่อยล้า ง่วงนอน เนื่องจากแสงสีฟ้าจะรบกวนการผลิตเมลาโทนินซึ่งเป็นฮอร์โมนจำเป็นที่ควบคุมการนอนหลับ[19] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้หน้าจอต่อรูปแบบการนอนหลับในเด็กวัยเรียน พบว่า เด็กวัยเรียนที่ใช้หน้าจอมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน จะมีคุณภาพการนอนหลับลดลง และมีอาการง่วงนอนในระหว่างวันมากขึ้น[13] และพฤติกรรมการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป ทำให้นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และจิตสังคมได้[20]

- พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายของเด็กวัยเรียนสามารถทำนายคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X} = 17.79$, $SD = 7.78$) สอดคล้องกับแนวโน้มการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง หรือมีกิจกรรมทางกายน้อยเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กวัยเรียน ทำให้ต้องพึ่งพาโทรศัพท์มือถือมากขึ้น และนำไปสู่ปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้[21] แต่ถ้าเด็กวัยเรียนมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและระยะเวลาของการนอนหลับลึก ช่วยปรับปรุงวงจรการนอนหลับและตื่นให้สมดุล สอดคล้องกับการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายและคุณภาพการนอนหลับในเด็กนักเรียนอายุ 6-17 ปี ที่มีและไม่มีกิจกรรมกีฬาที่โรงเรียน พบว่า เด็กที่มีกิจกรรมทางกายในระดับที่สูงกว่าจะมีประสิทธิภาพการนอนหลับดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย ($p = .001$)[22] และช่วยเพิ่มระดับสมรรถภาพร่างกาย เสริมสร้างบุคลิกภาพ ท่าทางการเคลื่อนไหว การเผาผลาญพลังงานที่ดี ช่วยลดการสะสมไขมันและควบคุมร่างกายไม่ให้มีภาวะน้ำหนักเกิน และช่วยเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการนอนหลับพักผ่อนที่ดี[23]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า มีปัจจัยที่สามารถทำนายปัจจัยคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานครได้ จึงควรจัดโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายอย่างมีแบบแผนระหว่างวันและหลังเลิกเรียนทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน และจัดกิจกรรมที่ลดการใช้หน้าจอและสื่ออิเล็กทรอนิกส์รูปแบบต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมกลุ่มที่เสริมสร้างทั้งด้านสุขภาพจิตและด้านสังคม เพื่อช่วยผ่อนคลาย ลดความเครียดและลดปัญหาทางอารมณ์ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับพักผ่อน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาคุณภาพการนอนหลับของเด็กวัยเรียนในเขตกรุงเทพมหานครชั้นนอก หรือจังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากกรุงเทพมหานครชั้นใน หรือเด็กวัยเรียนอายุ 9-12 ปี ที่ไม่ได้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

เด็กวัยเรียนต่อคุณภาพการนอนหลับ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลสภากาชาดไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับการศึกษานี้

References

1. Galland BC, Gray AR, Peno J, Smith C, Lobb C, & Taylor RW. Gender differences in Sleep hygiene practices and sleep quality in New Zealand adolescents aged 15 to 17 years. Sleep Health. 2017; 3(2), 77-83. doi: 10.1016/j.sleh.2017.01.001.
2. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, Don Carlos L, et al. National sleep foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. Sleep health. 2015; 1(1), 40-3.
3. Nelson KL, Davis JE, & Corbett CF. Sleep quality: an evolutionary concept analysis. Nursing forum. 2022; 57(1), 144-51. doi: 10.1111/nuf.12645.
4. Piboonworakulkit R, Kongsaktrakul C, & Santati S. Factors Predicting Sleep Quality of Secondary School Students in Bangkok, Thailand. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2019; 31(2): 60-71. (in Thai)
5. Phyong Y. Sleep Quality Among High School Children, Samut Prakarn Province. [Master's thesis, Nursing science program]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai)
6. Phianthanyakam N, Santati S, & Pookboonmee R. Factors Predicting Sleeping habits in Pre-school Children in Bangkok Metropolis. Journal of Health Science Research. 2021; 15(1): 59-69. (in Thai)
7. Miller MA, & Howarth NE. Sleep and cardiovascular disease. Emergency Top Life Science. 2023; 7(5): 457-66. doi: 10.1042/ETLS20230111.
8. Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. Journal of pediatrics and child health. 2017; 53(4): 333-8. doi: 10.1111/jpc.13462.
9. Mindell JA, Leichman ES, DuMond C, & Sadeh A. Sleep and social-emotional development in infants and toddlers. Journal of clinical child and adolescent psychology. 2017; 46(2): 236-46. doi: 10.1080/15374416.2016.1188701.
10. Lo JC, Ong JL, Leong RL, Gooley JJ, & Chee MW. Cognitive performance, sleepiness, and mood in partially sleep-deprived adolescents: the need for sleep study. Sleep. 2016; 39(3): 687-98. doi: 10.5665/sleep.5552.
11. Simşek Y, Tekgül N. Sleep Quality in Adolescents in Relation to Age and Sleep-related Habitual and Environmental Factors. The Journal of Pediatric Research. 2019; 6(4): 307-13. doi: 10.4274/jpr.galenos.2019.86619
12. Sirirutraykha T. Mental health screening for school-aged children in Bangkok. Bangkok: Beyond Publishing; 2017. (in Thai)
13. G CS, V H, Tumati KR, & Ramisetty, UM. The impact of screen time on sleep patterns in school-aged children: a cross-sectional analysis. Cureus. 2024; 16(2), e55229. doi: 10.7759/cureus.55229.
14. Amornsriwatanakul A, Lester L, Bull FC, & Rosenberg M. Are Thai children and youth sufficiently active? prevalence and correlates of physical activity from a nationally representative cross-sectional study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2017; 14(1): 72. doi: 10.1186/s12966-017-0529-4

15. Buysse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, & Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research. 1989; 28(2): 193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
16. Pasupathy S, Anantharaaman K, Garg M, Soundararajan P, & Sugumaran A. Sleep quality in school-aged children: the role of environmental factors and screen time. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences. 2024; 15(4): 17-23. doi: 10.26452/ijrps.v15i4.4715.
17. Deecharoen S, Santati S, & Phuphaib R. Factors predicting sleep quality of school aged children who have abnormal breathing problems while sleeping in Bangkok Metropolis. Vajira Nursing Journal. 2024; 26(1): 14-25. (in Thai)
18. Zhao N, Yang S, Zhang Q, Wang J, Xie W, Tan Y, et al. School bullying results in poor psychological conditions: evidence from a survey of 95, 545 subjects. Frontiers in Psychology. 2024; 15:1279872. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1279872.
19. Hale L, & Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. Sleep Medicine Reviews. 2015; 21(1): 50-8.
20. Jeerat A, Bunthumporn N, & Vuthiarpa S. Factors predicting depressive symptoms of cyberbullyingvictimsin middle-school students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3): 144-52. (in Thai)
21. Xiao T, Pan M, Xiao X, & Liu Y. The relationship between physical activity and sleep disorders in adolescents: a chain-mediated model of anxiety and mobile phone dependence. BioMed Central Psychology. 2024; 12(1): 751. doi: 10.1186/s40359-024-02237-z.
22. Chaput JP, Gray CE, Poitras VJ, Carson V, Gruber R, Olds T, et al. Systematic review of the relationship between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. Applie Physiology Nutrition Metabolism. 2016; 41(6 Suppl 3): S266-82. doi: 10.1139/apnm-2015-0627.
23. Wongchan W, Chuchot R, & Piyaaramwong P. Physical Activity of Health Status and Prevention Diseases in Late School-Age Children. Ramathibodi Medical Journal. 2023; 46(2): 43-53. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์อย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

The Effects of Health Literacy Promote Program on Rational Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs on Health Literacy and Drug Use Behaviors by Elderly with Musculoskeletal Disorders Symptoms

ศิรกาญจน์ ฉันทเฉลิมพงศ์ ณยฎา ธนกิจธรรมกุล*
Sirakarn Chantachaloempong Nayada Thanakijtummakul*
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiangmai, Thailand 50000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) อย่างสมเหตุผลต่อความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจำนวน 70 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดตามลำดับการลงทะเบียน โดยใช้แบบสอบถามที่มีเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test, Independent Samples test, Wilcoxon Pairs Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney Test ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุผลในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ NSAIDs อย่างสมเหตุผล สามารถเพิ่มความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการใช้ NSAIDs แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การจัดการตนเอง การทำหน้าที่

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to determine the effects of a self-management program on the functioning of patients with bipolar disorder during the recovery stage. The sample consisted of 72 patients with bipolar disorder aged between 20 and 59 years, recruited using inclusion criteria, and paired based on age. Then each pair was assigned to the control or the experimental group, with 36 patients in each

*Corresponding author: E-mail: nayada54@gmail.com
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

วันที่รับ (received) 27 พ.ค. 2563 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 ก.ย. 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ก.ย. 2563

group. The experimental group participated in the self-management program. Their activities comprised 6 sessions, each session lasting 100 minutes, once a week for 6 weeks. The control group received normal nursing care. The research instruments were the following: 1) the self-management program, which passed an examination for content validity by 3 professional experts; 2) the functioning assessment short test (FAST); and 3) the Young mania rating scale: Thai version. The reliability of these questionnaires were determined with a Cronbach's alpha coefficient of .93 and .82 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results found as follow: (1) The experimental group, participants had mean functional scores post test participating in the self - management program higher score than pre test (pre-test; M = 52.72, SD = 6.76 and post test; M = 64.31, SD = 6.09) the functional higher scores was significantly (t = 16.83, p < .001). (2) The mean difference of the patients' functioning between the pretest and posttest in the experimental group that participated in the self-management program (E = 11.58, SD = 4.13) was higher scores than the control group that received normal nursing care (C = 6.08, SD = 4.99) significantly (t = 16.37, p <.001).

Keywords: functioning, patients with bipolar disorder, self-management

บทนำ

โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ แบ่งอาการเป็น 3 ระยะคือ ระยะซึมเศร้า (Major depressive episode) ระยะแมเนีย (Manic episode) และระยะไฮโปแมเนีย (Hypomanic episode)[1] อธิบายโดยสังเขปว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว คือโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติทางชีววิทยา ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท ความผิดปกติของระบบวิทยาภูมิคุ้มกัน รวมทั้งโครงสร้างและการทำงานของสมอง หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม หรือสาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม[2] ซึ่งอาการจะเป็น ๆ หาย ๆ มีผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยลดลง มีการทำหน้าที่ระดับบกพร่องถึงร้อยละ 60.61 ในขณะที่พบว่าการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้อยู่ในระดับปกติมีร้อยละ 24[3] พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[4] องค์การอนามัยโลกคาดว่าขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ประมาณ 27 ล้านคน หรือร้อยละ 1 - 2 ของประชากรโลก และได้จัดโรคนี้เป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือความพิการสูงเป็นอันดับ 6 ของโลกในกลุ่มประชากรอายุ 15 - 44 ปี[5] จากรายงานกรมสุขภาพจิตพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 4.79 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด และที่สำคัญพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เคยเป็นมีโอกาสจะกลับป่วยซ้ำ ลักษณะของผู้ป่วยทีมีอาการทางจิตกำเริบบ่อยจะทำให้ระยะฟื้นฟูการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันช้าตามไปด้วย[6,7]

จากการทบทวนวรรณกรรม จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งฐานข้อมูลวารสารภาษาไทย (Thai Journals Online: ThaiJO) และฐานข้อมูลวารสารนานาชาติ (WILEY, Springer, ScienceDirect, Scholar) วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย และเอกสารตำรา ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วถือว่าเป็นโรคจิตเวชเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคจิตเวชอื่น ที่เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ แสดงให้เห็นชัดเจนขึ้นเรื่อย ๆ เช่น การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด การทำงานและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นต้น[2,6] ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวช จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความสามารถในการ ใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง[8] ดังนั้นการทำหน้าที่ทางจิตสังคมบกพร่องจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และมีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขด้วยการใช้ยาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม[9] และยังพบว่ามีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในประเทศไทยในหลายด้าน พอสรุปได้ว่านักวิจัยส่วนใหญ่สนใจศึกษาด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

มากที่สุด[3,10] และสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ ศึกษาการมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมนั่นเอง ปัจจัยส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ การทำให้ความสามารถประกอบอาชีพ การมีรายได้เป็นของตัวเอง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และระดับคุณภาพชีวิต[4,11,12] จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการจัดการตนเอง (Self – management) คือหนึ่งในกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทิศทางในการจัดการกับโรคและอาการของตนเองอย่างเหมาะสม เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น[13] ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เรื้อรังของตนเอง เสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และการฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ ที่จะดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วย และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11,15] ซึ่งการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการจัดการสุขภาพตนเองที่ดีและถูกต้องจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีภาวะสุขภาพที่ดี[14] ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตรุนแรง เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และโรคอารมณ์สองขั้ว ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าการจัดการตนเองสามารถช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้นและมีสุขภาวะที่ดี[10] ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นกระบวนการเพิ่มความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการพัฒนาทักษะในรับรู้และควบคุมอาการต่าง ๆ และช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็งหรือข้อดีของตนเองและทำให้รู้สึกถึงพลังอำนาจและการรับผิดชอบตนเองได้[16] สิ่งเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในด้านการรู้คิด การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำงานและการใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสมของตนเองได้[17] ซึ่งผลลัพธ์ที่มุ่งหวังของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองคือการเพิ่มระดับความสามารถ และความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่าเขาสามารถที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองในหลากหลายสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ฟื้นฟูการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน[16] ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยการนำพื้นฐานความคิดจากทฤษฎีอัตตลิขิต[16] มาประยุกต์เป็นแนวทางในวางแผนโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่เพื่อฟื้นฟูสภาพของตนเองดีขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่กับอาการของโรคได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพได้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองหรือไม่
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

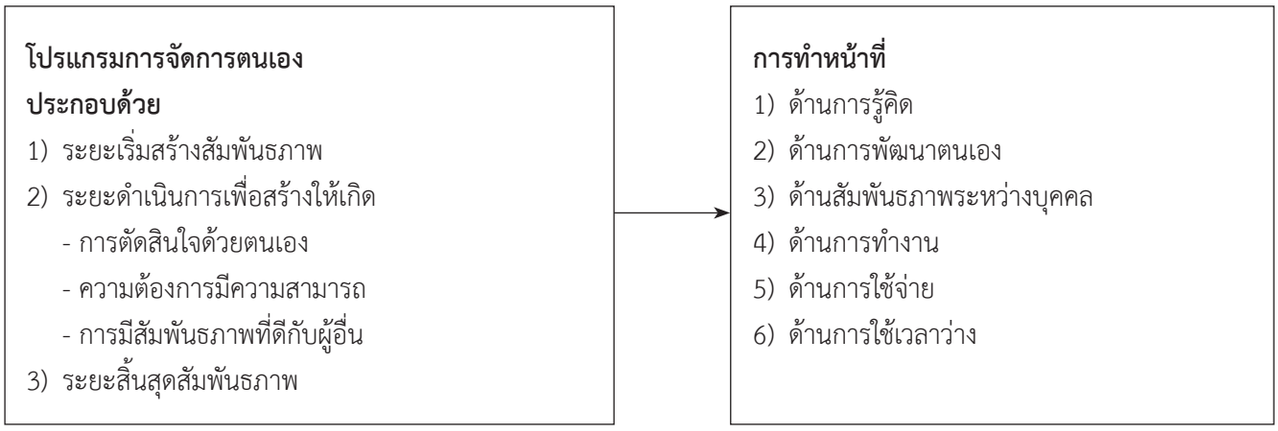
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการจัดการตนเองโดยการนำพื้นฐานความคิดจากทฤษฎีอัตตลิขิต[16] มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีแนวคิดหลักประกอบด้วย 1) การตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomy) 2) ความต้องการมีความสามารถ (competence) และ 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (relatedness) และนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาใช้เพื่อช่วยในการสร้างสัมพันธภาพในระหว่างดำเนินกิจกรรม ด้วยการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรู้คิด มีความสามารถในการจัดการตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เกิดแรงจูงใจภายในที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้สามารถทำหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม โดยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ในด้านการพัฒนาตนเอง (Autonomy) ด้านการรู้คิด (Cognitive functioning) ด้านการทำงาน (Occupational functioning) ด้านการใช้จ่ายเงิน (Financial issues) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationships) และด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure time)[17] ดังแสดงในภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยไม่มีโรคทางจิตอื่นร่วม และสามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้ มีอาการทางจิตสงบโดยมีคะแนนความรุนแรงของอาการแมเนียต่ำกว่า 26 คะแนน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 72 คน ทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุได้จำนวน 36 คู่ แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละคู่เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 36 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.0.1.0 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุด ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ .60 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ข เดือนกรกฎาคม 2561

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบวัดอาการแมเนีย ของยัง และคณะ พัฒนามาเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกนธ์ และดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 2) แบบสอบถามการทำหน้าที่แปลโดยโศรดา สุรเทวมิตร และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา[3] ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 3) โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมเราจะอยู่กับโรคอารมณ์สองขั้วให้มีความสุข 2) ยานั้น สำคัญไฉน 3) ยามว่าง สร้างสรรค์ประโยชน์ 4) ใช้จ่ายเป็น เห็นคุณค่า 5) การงาน สานสมรรถนะ และ 6) วางแผนกิจวัตรประจำวันดี ชีวีมีสุข

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติ จากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ หนังสือรับรองโครงการวิจัยที่ COA No. 054/2561 และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองเลขที่ 005/2561 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ประสานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งนั้น เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ดังนี้ 1) กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อทำแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Post-test) 2) กลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Pre-test) และเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเอง 6 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 100 นาที และมีการบ้านกลับไปทำที่บ้านวันละ 30 นาที ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังกล่าวข้างต้น หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำแบบสอบถามการทำหน้าที่ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 และนัดหมายกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองตามความสมัครใจอีกจำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statitics) และทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) การทดสอบของฟิชเชอร์ แอคแซค(Fisher’s exact test)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยสถิติที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t - test) วิเคราะห์ความต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t - test)

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาในการนอนหลับต่อคืน (ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ด้วยด้วยสถิติไค - สแควร์ (Chi - square) พบว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะในด้านดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกันด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอคแซค (Fisher’s exact test) แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน สรุปได้ว่าเริ่มต้นก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ทุกด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม ภายหลังการทดลอง ($M = 64.31$, $SD = 6.09$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 52.72$, $SD = 6.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.83$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 36)

คะแนนการทำหน้าที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p - value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	10.53	1.30	13.25	1.16	35	17.29	.000
ด้านการทำงาน	10.69	2.19	12.58	1.83	35	8.28	.000
ด้านการรู้คิด	10.69	1.97	13.17	1.86	35	9.20	.000
ด้านการใช้จ่ายเงิน	4.06	.89	4.78	.90	35	4.91	.000
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	13.64	2.28	16.14	1.48	35	7.27	.000
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.11	.75	4.39	.90	35	8.69	.000
การทำหน้าที่โดยรวม	52.72	6.76	64.31	6.09	35	16.83	.000

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n = 36)

คะแนนการทำหน้าที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p – value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	10.14	1.51	6.78	2.30	35	9.80	.000
ด้านการทำงาน	10.03	2.47	9.86	2.82	35	.58	.567
ด้านการรู้คิด	10.42	2.45	9.92	2.45	35	1.73	.092
ด้านการใช้จ่ายเงิน	3.81	1.04	3.39	.93	35	2.44	.020
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	13.28	2.29	12.08	2.42	35	4.01	.000
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.42	.87	2.97	.91	35	3.16	.003
การทำหน้าที่โดยรวม	51.08	7.97	45.00	8.68	35	7.32	.000

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการใช้จ่ายเงิน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการใช้เวลาว่าง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการทำงานและด้านการรู้คิด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังนั้นจากตารางที่ 2 สรุปได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม ภายหลังการทดลอง ($M = 45.00$, $SD = 8.68$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 51.08$, $SD = 7.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.32$, $p < .001$)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่โดยรวม หลังการทดลอง ($M = 64.31$, $SD = 6.09$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 45.00$, $SD = 6.68$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.93$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

3. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่รายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n = 72)

การทำหน้าที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p - value
	M	SD	M	SD			
ด้านการพัฒนาตนเอง	13.25	1.16	6.78	2.30	70	15.05	.000
ด้านการทำงาน	12.58	1.83	12.58	1.83	70	4.86	.000
ด้านการรู้คิด	13.17	1.86	9.92	2.45	70	6.33	.000
ด้านการใช้จ่ายเงิน	4.78	.90	3.39	.93	70	6.43	.000
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	16.14	1.48	12.08	2.42	70	8.59	.000
ด้านการใช้เวลาว่าง	4.39	.90	2.97	.91	70	6.63	.000
การทำหน้าที่โดยรวม	64.31	6.09	45.0	8.68	70	10.93	.000

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลการเปรียบเทียบ ผลต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (E = 11.58, SD = 4.13) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (c = 6.08, SD = 4.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.37, p < .001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 72)

คะแนนการทำหน้าที่	กลุ่มทดลอง (n = 36)				กลุ่มควบคุม (n = 36)				df	t	p - value
	M	SD	$\bar{D}_E$	SD	M	SD	$\bar{D}_E$	SD			
ก่อนการทดลอง	52.72	6.76			51.08	7.97					
			11.58	4.13			6.08	4.99	70	16.37	.000
หลังการทดลอง	64.31	6.09			45.00	8.68					

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งพบว่าผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (M = 64.31, SD = 6.09) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (M = 52.72, SD = 6.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.83, p < .001) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดหลักจากทฤษฎีอัตตลิขิตได้แก่ การตัดสินใจด้วยตนเอง ความต้องการมีความสามารถ และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบพลาวในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย 1) ระยะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase) ทำให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีเกิดขึ้น 2) ระยะดำเนินการ (Working phase) ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เกิดแรงจูงใจภายในที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สามารถทำหน้าที่ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม[13,16] และ 3) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase) จะเป็นการสรุปแผนในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย โดยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ในทุก กิจกรรมของโปรแกรมจะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาตนเอง นั่นคือผู้ป่วย

สามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม 2) ด้านการทำงาน ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมได้สำเร็จ เช่น การทำงานหรือการคงสภาพการเป็นลูกจ้างเพื่อสร้างรายได้ การช่วยเหลือทำงานบ้าน หรือช่วยกิจกรรมในครอบครัว 3) ด้านการรู้คิด โดยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรค สัญญาณเตือน ตัวกระตุ้น แนวทางการรักษาและยา สามารถวางแผนที่จะเผชิญกับสัญญาณเตือนและตัวกระตุ้นนั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา และมีวิธีแก้ไขเมื่อเกิดอาการดังกล่าวขึ้นได้ 4) ด้านการใช้จ่ายเงิน ผู้ป่วยมีการวางแผนการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง และครอบครัว 5) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ป่วยสามารถสร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และมีการติดต่อสื่อสาร ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม และ 6) ด้านการใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยสามารถเลือกทำกิจกรรมยามว่างในแบบที่ตนเองชอบได้อย่างมีอิสระ[4,17] ดังนั้นภายหลังดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรม สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองนี้มีประสิทธิผลมากกว่าการให้การพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเอง และรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ ส่งผลให้ทำหน้าที่ของตนเองในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (E = 11.58, SD = 4.13) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (c = 6.08, SD = 4.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.37, p < .001) แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิผล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการใช้จ่ายเงิน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการใช้เวลาว่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อเวลาผ่านไปหากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพหรือมีการจัดการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงได้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากพยาธิภาพของการดำเนินโรค ซึ่งการป่วยแต่ละครั้งของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจะเพิ่มโอกาสการกลับเป็นซ้ำทำให้ทุกข์ทรมานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและเมื่อเวลาผ่านไปอาการมักเลวลงเรื่อย ๆ[5,7] และยิ่งปล่อยให้เวลาผ่านไปเนินนานต่อเนื่อง จะยิ่งส่งผลให้การทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการพัฒนาตนเองตามช่วงวัย การใช้จ่ายเงิน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการใช้เวลาว่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว ที่พบว่าการฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วให้อยู่ในระดับปกติพบเพียงร้อยละ24[3] โดยที่ปัญหาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ปัญหาการขาดงานต่อเนื่อง การงานไม่ได้ประสิทธิภาพ สัมพันธภาพกับเพื่อนและบุคคลในครอบครัวลดลง ความรับผิดชอบต่อตนเองหรือครอบครัวบกพร่อง และยังพบว่ามีความสามารถเรื่องการคิด จำ และการตัดสินใจลดลง ในขณะที่กลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.83, p < .001) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.93, p < .001) ตามตารางที่ 3 เมื่อนำผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพก่อนและหลังการให้โปรแกรมการจัดการตนเอง มาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.37, p < .001) ตามตารางที่ 4 จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผล ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพได้ และสามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองนี้ มีผลช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติ ดังจะเห็นได้ว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาและโรงพยาบาลจิตเวชอื่นสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเอง ไปใช้เป็นแนวทางการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในระยะฟื้นฟูสภาพที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้

2. การวิจัยในอนาคต

2.1 ควรศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองกับผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรังอื่น ๆ ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่หรือการดูแลตนเอง

2.2. ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลการทำหน้าที่หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลการคงไว้ของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา กองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณกัลยาณมิตรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการให้กำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Lotrakul, M., and Sukanich, P. Psychiatry Ramathibodi. 4th edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. Mahidol University; 2015. (In Thai).
2. Sitdhiraksa, N., Wannasewak, K., Wannarit, K., Pukrittakayamee, P., Apinuntavech, S., Katumarn, P. Psychiatry Siriraj DSM-5. Bangkok: Prayoonsanthai; 2015. (In Thai).
3. Suratavamit, S., Soonthornchaiya, R. Selected factors related to functioning of patients with bipolar disorder. Thai Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011; 25(1): 63-74. (In Thai).
4. Suksomnirundorn, N, Uthis, P. Factors related to quality of life of patients with bipolar disorders. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2012; 24(1): 68–82. (In Thai).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013.
6. Seeherunwong, A, Yuttatri P, Kaesornsamut P, Thanoi W. Psychiatric nursing. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2014. (In Thai).
7. Inoue, I., and Kimura, S. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET - LMBP). Journal of Affective Disorders. 2015; 174(15): 535-41.
8. Leethongkham, S., and Uthis, P. The effect of negative symptoms self - management program on functioning of schizophrenic patients with negative symptoms. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement):459-67. (In Thai).
9. Leelanajan, T. Euthymia issues in medical practice. Bangkok: Beyond Enterprise; 2010. (In Thai).
10. Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari. E, Michalak, EE. Self-management strategies used by ‘high functioning’individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2011;18(2):95-109.

11. Srithanya Hospital. Introduction to psychiatric rehabilitation for health: employment for health personnel. Nonthaburi: Prosperous Plus; 2016. (In Thai).
12. Reinares, M., Sánchez-Moreno, J., Fountoulakis, KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. Journal of affective disorders. 2014; 156: 46-55.
13. Seenee, A. Self management program in chronic diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2):129-34. (In Thai).
14. Wongchan, W. Metabolic syndrome in adult : self - management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement):16-24.
15. Zarate, CA., Tohen, M., Land, M., Cavanagh, S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder. Psychiatric Quarterly. 2000; 71(4):309-29.
16. Ryan, R., and Deci, E. Self - determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well - being. The American Psychologist. 2000; 55(1):68-78.
17. Suominen, K., Salminen, E., Latheenmaki, S., Tupala, T., Isometsa, E. Validity and reliability of the finish version of the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. International Journal of Bipolar Disorders. 2015; 3(1): 10.
18. Kongsakon, R., and Bhatanaprabhabhan, D. Validity and reliability of the Young Mania Rating Scale: Thai version. J Med Assoc Thai. 2005; 88(11):1598-604. (In Thai).

ประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน

Effectiveness of Development the Innovation of Photo Patch Category Play Activity to Develop Receptive Language and Expressive Language of Preschool-Aged Child

รุจิรัตน์ มณีศรี[1] ณัฐนันท์ วรสุข*[1] นวลใย พิศชาติ[1]
Rujiruth Maneesri[1] Nattanan Worasuk*[1] Nualyai Pitsachart[1]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี ประเทศไทย 12160**
[1]**Faculty of Nursing, Shinawatra University, Pathum Thani, Thailand 12160**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนและเพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการทั้ง 2 ด้านนี้หลังการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 4-5 ปี โรงเรียนวัดบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่1.นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่และ2.แบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน CVI เท่ากับ 0.87และ0.80ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าทักษะด้านการเข้าใจภาษาในด้านการ แบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง มีการปรับปรุงที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด t = 8.95 - 9.85 ที่ระดับ<.001 และ การลบเลขตามรูปเบื้องต้นมีการปรับปรุงน้อยที่สุด t = 4.68-5.12 ที่ระดับ<.01 ด้านการใช้ภาษาการตอบคำถามt = 7.24 คงที่ ที่ระดับ<.001 และการอธิบายหน้าที่ของสิ่งของ t = 3.85 คงที่ที่ระดับ<.01

คำสำคัญ: นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่, การพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา, เด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

This quasi-experimental pretest posttest design aimed to study the effectiveness of development the innovation of photo patch category play activity to develop receptive language and expressive language of preschool-aged child to compare the development of both aspects after using. The sample group consisted of 30 preschool children aged 4-5 years from Wat Bo-Ngern School, Lad Lum Kaew District, Pathum Thani Province, selected through purposive sampling. The research instruments included: 1) the innovation of photo patch category play activity and 2) a developmental assessment form for receptive language and expressive

Corresponding Author: *Email: nattanan.w@siu.ac.th

วันที่รับ (Received) 26 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 ส.ค. 2568

language of preschool-aged child with CVI values of 0.87 and 0.80 respectively, and reliability of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics. The research results showed that language comprehension skills in shape categorization showed the greatest improvement, t = 8.95 - 9.85 at p<.001 level, while basic subtraction by shapes showed the least improvement, t = 4.68-5.12 at p<.01 level. For language use skills, answering “if hungry” questions showed t = 7.24 constant at p<.001 level, and explaining object functions showed t = 3.85 constant at p<.01 level.

Keywords: Photo Patch Category Play Activity, Receptive language and Expressive Language, Preschool-Aged Child

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียน เป็นช่วงที่มีความสำคัญของชีวิต เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม[1,2,3,4] ซึ่งพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษาสามารถช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่น ๆ ในเด็กวัยก่อนเรียน ความสามารถในการเข้าใจภาษาและใช้ภาษาจึงเป็นเสมือนกุญแจเปิดทางไปสู่ความเจริญงอกงามทางสติปัญญาทำให้เกิดการพัฒนาชีวิตทางสังคมและการช่วยเหลือตนเองพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและ การใช้ภาษาได้จากการสั่งสมประสบการณ์และการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมโดยเริ่มพัฒนาขึ้นจากการเลียนแบบเลียนเสียงที่ได้ยิน และเชื่อมโยงกับความเข้าใจคำที่รู้จักซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความจำและพูดอย่างถูกความหมายได้[5] การพัฒนาเด็กวัยก่อนเรียน สู่ความมั่นคง แข็งแรง ดี มีสุข และสร้างสรรค์[6] ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนควรได้รับการพัฒนาคุณภาพให้เหมาะสมตามวัย เช่น การเล่น การอ่าน การเขียนเพื่อให้ มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับวัยพร้อมด้วยคุณธรรมจริยธรรม[7]

การเล่นต้องคำนึงถึงธรรมชาติและความต้องการของเด็กโดยการจัดกิจกรรมควรเปิดโอกาสให้เด็กได้พัฒนาความสามารถด้วยตนเอง ดังนั้นการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์สำหรับเด็กวัยก่อนเรียน ต้องจัดให้เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้เกิดพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ โดยคำนึงถึงตัวเด็กเป็นสำคัญ โดยให้เด็กได้เป็นผู้ริเริ่มกิจกรรม และควรเน้นให้มีสื่อของจริงเพื่อฝึกให้เด็กได้สังเกต สำรวจ ค้นคว้า และทดลองด้วยตนเอง[8]

ดังนั้นการเล่นที่เป็นพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการทำความรู้จักกับตนเองและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยเด็กได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงที่เป็นรูปธรรมผ่านการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5[9] จากรูปร่าง ขนาด ความหยาบ ความละเอียดของวัตถุที่เล่น และได้สังเกตเห็น ความแตกต่างและความคล้ายคลึงของส่วนต่าง ๆ ที่เล่น และผลจากการที่เด็กทำอะไรด้วยตนเองจากการเล่น จะเกิดเรียนรู้ เกี่ยวกับตนเองโดยสามารถใช้อารมณ์และความคิดของตนออกมาเป็นการกระทำเพื่อทดลองและฝึกความสามารถของตนเองพัฒนาจนเกิดภาวะผู้นำ[10] ซึ่งสามารถสร้างได้และฝึกได้ เพียงแต่เริ่มจากการที่พ่อแม่และผู้ดูแลเด็กให้เวลากับความสัมพันธ์ที่มีต่อเด็ก และสนับสนุนให้เด็กมีโอกาสเป็นตัวของตัวเอง[11] ทำให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพที่มีเมื่อได้รับการฝึกทักษะด้วยความคิดสร้างสรรค์[12] ความคิดในการสร้างนวัตกรรมก็จะตามมา และร่วมกับการฝึกภาษาที่สอง เช่น ภาษาอังกฤษ ได้รับการเอาใจใส่อย่างจริงจังในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง ก็จะเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างดี นำไปสู่ความสำเร็จ ทั้งการเรียน การทำงาน ไม่ทำในสิ่งไม่ดีจากข้อมูลที่สั่งสมไว้[13] เกิดการยับยั้งชั่งใจ และความรับผิดชอบในสังคม[14] การเล่นจึงมีความสำคัญต่อพัฒนาการการเรียนรู้และการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางร่างกาย สติปัญญา สังคม อารมณ์และจิตใจให้ดำเนินไปอย่างสมดุลตามศักยภาพ จึงถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้สมวัย

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงได้สร้างนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ขึ้น โดยผ่านกระบวนการสร้างนวัตกรรม 7 ขั้นตอน[15] และศึกษาประสิทธิผลเพื่อนำผลมาปรับปรุงให้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน โดยมุ่งหวังว่านวัตกรรมนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการวางรากฐานทางภาษาที่แข็งแกร่ง นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของเด็กอย่างรอบด้านและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะการเข้าใจภาษาและทักษะด้านการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียน

2. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่

สมมุติฐานของการวิจัย

เด็กวัยก่อนเรียนที่ใช้นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่มีทักษะการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดโดยบูรณาการแนวคิดกระบวนการสร้างนวัตกรรม 7 ขั้นตอน (7-steps of innovation process)[15] ร่วมกับหลักการจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual)[1] และสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO)[2] และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)[3] ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อสร้างนวัตกรรมที่มีมาตรฐานสากลและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

กระบวนการพัฒนานวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ ดำเนินการผ่าน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา (Define) ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจองค์ความรู้ (Explore) ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบนวัตกรรม (Solve) ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาต้นแบบ (Analyze) ขั้นตอนที่ 5 ทดสอบและประเมินผล (Develop) ขั้นตอนที่ 6 นำไปใช้และขยายผล (Prepare) และขั้นตอนที่ 7 ติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Launch)

นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นการส่งเสริมทักษะด้านการเข้าใจภาษา ได้แก่ การแบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง การเลือกวัตถุตามขนาด การคิดคำนวณเบื้องต้น การจำแนกประเภทสัตว์ การนับและบอกจำนวน การจัดหมวดหมู่ และการเล่าเหตุการณ์ รวมถึงทักษะด้านการใช้ภาษา ได้แก่ การออกเสียงพยัญชนะ การอธิบายหน้าที่และคุณสมบัติของสิ่งของ การตอบคำถาม และการบอกชื่อสิ่งของต่าง ๆ เพื่อให้การพัฒนาทักษะทางภาษาของเด็กก่อนวัยเรียนมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย

กรอบแนวคิดนี้ตอบสนองวัตถุประสงค์การวิจัยในการศึกษาประสิทธิผลและเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม เพื่อสร้างฐานความรู้ที่เชื่อถือได้สำหรับการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับเด็กไทยในบริบทชุมชนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังทดลอง (The pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 4-5 ปี ที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) 2 ครั้งได้กลุ่มทดลองคือ นักเรียนชั้นอนุบาล ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ครั้งที่ 1 กลุ่มละ 30 คน และครั้งที่ 2 กลุ่มเดิม 30 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)ได้แก่ (1)เป็นเด็กวัยก่อนเรียน อายุ 4-5 ปี ที่มีทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษา การสื่อสารและทักษะการเรียนรู้พื้นฐานในระดับที่คล้ายคลึงกัน (2) พัฒนาการทางสมองและร่างกายปกติได้ในระดับพื้นฐานตามลำดับขั้นอายุและพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(Fine Motor: FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) ด้านการใช้ภาษา(Expressive Language: EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social: PS)ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM (3) มีความสนใจในการทำกิจกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตาม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)ได้แก่ (1) มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็นในระหว่างร่วมกิจกรรม และ (2) เด็กที่มีแผนการย้ายที่อยู่ในระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการสร้างนวัตกรรม 7 ขั้นตอน[15] ดังนี้ (1) การระบุปัญหา (Define) โดยพบว่าจากเด็กวัยก่อนเรียนที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนวัดบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เด็ก 40 คน มีปัญหาในการเข้าใจภาษาคือ ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ และการใช้ภาษาคือพูดภาษาไทยไม่ชัด อีกทั้งยังขาดความมั่นใจในการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร จะมีสภาพปัญหาดังกล่าว 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25[16] (2) การสำรวจองค์ความรู้(Explore) โดยศึกษาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย[1] และสอดคล้องกับนโยบายของ WHO[2] และ UNICEF[3] ของเด็กวัยก่อนเรียนช่วงอายุ 4–6 ปีได้แก่ △○□ ทักษะด้านการเข้าใจภาษาโดยแบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรงเลือกวัตถุที่มีขนาดใหญ่-เล็กกว่า เลือกหยิบรูปภาพ 5 รูป ลบ-บวกเลขตามรูปเบื้องต้น ผลลัพธ์น้อยกว่า 10 เลือกรูปภาพสัตว์ที่แสดงประเภทของสัตว์ นับรูปภาพ 5 รูป บอกจำนวนได้เลย แบ่งรูปภาพตามหมวดหมู่ได้ และเล่าถึงเหตุการณ์ที่พึ่งผ่านไปใหม่ ๆ ได้ และทักษะด้านการใช้ภาษาโดยแบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง เลือกวัตถุที่มีขนาดใหญ่กว่า และเล็กกว่า เลือกหยิบรูปภาพตามคำสั่ง ลบเลขตามรูปเบื้องต้น บวกเลขตามรูปเบื้องต้น เลือกรูปภาพสัตว์ที่แสดงประเภทของสัตว์ นับรูปภาพ 5 รูป บอกจำนวนได้เลย และแบ่งรูปภาพตามหมวดหมู่ได้ (3) การออกแบบนวัตกรรม (Solve) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามต้องการ (4) การพัฒนาต้นแบบ (Analyze) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดทำนวัตกรรมได้แก่ สร้างการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ดังนี้ สามารถเลือกภาพตามคำสั่ง แปะภาพตรงตามหมวดหมู่ สามารถบอกชื่อ ขนาด ในภาพได้โดยใช้ ฟิวเจอร์บอร์ด สี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้าง 65 เซนติเมตร ยาว 122 เซนติเมตร 3 แผ่น 35 เซนติเมตร 1 แผ่น 31 เซนติเมตร 1 แผ่น และ 20 เซนติเมตร 1 แผ่น ฟิวเจอร์บอร์ด สามเหลี่ยม กว้าง 35 เซนติเมตร ยาว 40 เซนติเมตร 1 แผ่น 32 เซนติเมตร 1 แผ่น 28 เซนติเมตร 1 แผ่น ฟิวเจอร์บอร์ด วงกลม เส้นผ่าศูนย์กลาง 39 เซนติเมตร 1 แผ่น 27.5 เซนติเมตร 1 แผ่น และ17 เซนติเมตร นำฟิวเจอร์บอร์ดสี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้าง 65 เซนติเมตร ยาว 122 เซนติเมตร 3 แผ่นมาต่อกันให้เป็นแนวตรง นำรูปสัตว์ เสื้อผ้า อาหารที่แบ่งตามหมวดหมู่และนำมาตัดตามรูปทรงเมื่อได้รูปตามที่ต้องการแล้ว นำมาติดใส่กับรูปทรงเรขาคณิตแต่ละรูปจำนวนไม่เท่ากัน นำตีนตุ๊กแกติดใส่ฟิวเจอร์บอร์ดแผ่นใหญ่ และติดอีกด้านใส่รูปเรขาคณิตเพื่อที่จะสามารถแปะติดได้ (5) ทดสอบและประเมินผล (Develop) โดยนำนวัตกรรมไปใช้ด้วยแบบประเมินพัฒนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น (6) นำไปใช้/ขยายผล(Prepare) และ (7) ติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Launch)โดยการรวบรวมข้อเสนอแนะและพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

2. แบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 22 ข้อประกอบด้วย ข้อคำถามด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL) จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ข้อ1-3แบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง ข้อ 4-5 เลือกวัตถุที่มีขนาดใหญ่กว่า-เล็กกว่า ข้อ6.เลือกหยิบรูปภาพ 5 รูปตามคำสั่ง ข้อ 7-8 ลบ-บวกเลขตามรูปเบื้องต้น ผลลัพธ์น้อยกว่า 10 ข้อ 9-11 เลือกรูปภาพสัตว์ที่แสดงประเภทของสัตว์ สัตว์บก สัตว์น้ำและสัตว์ปีก ข้อ12 นับรูปภาพ 5 รูป บอกจำนวนได้เลย (โดยไม่นับ 1-2-3-4-5) ข้อ 13-15 แบ่งรูปภาพตามหมวดหมู่ได้ ได้แก่ หมวดสัตว์ หมวดเสื้อผ้าและหมวดอาหาร ข้อ16 เล่าถึงเหตุการณ์ที่พึ่งผ่านไปใหม่ ๆ ได้ และด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 17 อ่านออกเสียงพยัญชนะ จากรูปสัตว์ได้ถูกต้อง ข้อ 18 อธิบายหน้าที่ หรือคุณสมบัติของสิ่งของได้อย่างน้อย 6 ชนิด 19 ตอบคำถามได้ถูกต้องเมื่อถามว่า “ถ้าหิว” จะทำอย่างไร และข้อ 20-22 บอกชื่อสิ่งของได้ ได้แก่ หมวดสัตว์ หมวดเสื้อผ้า หมวดอาหาร โดยลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นเกณฑ์การให้คะแนนแบบมาตรประเมินแบบตัวเลข (Numerical rating scale) 5 ระดับดังนี้ ไม่สามารถทำได้ ทำได้บ้างแต่ต้องช่วยเหลือมาก ทำได้บ้างต้องช่วยเหลือเล็กน้อย ทำได้ดีส่วนใหญ่ และทำได้ดีเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ต่อการพัฒนาทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาของเด็กวัยก่อนเรียนผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน การคำนวณ CVI (Content Validity Index.) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.87 การทดสอบการใช้งานจริง (Usability Testing) ในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 4-5 ปีในชุมชนวัดบ่อเงินจำนวน 15 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสามารถ ในการใช้งานของนวัตกรรมใน

สภาพแวดล้อมจริง รวมถึงการสังเกตทักษะด้านการใช้ภาษาและการใช้ภาษาของเด็ก ในการเล่นด้วยนวัตกรรมแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่เพื่อเก็บข้อมูลป้อนกลับสำหรับการปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมให้มีประสิทธิภาพสูงสุดก่อนนำไปใช้ในการทดลองหลัก ความสนใจของเด็ก 82% ความเข้าใจคำแนะนำ 80% `ความปลอดภัย (ไม่มีอุบัติเหตุ) ความสะดวกในการใช้นวัตกรรมให้ 5/5 คะแนน แบบประเมินพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน 1 ชุด 22 ข้อ CVI เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม และความถูกต้อง และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตรเลขที่ เลขที่ 24/57 ลงวันที่ 16 เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มอายุอยู่ในระหว่าง 4-5 ปี โดยผู้วิจัยติดต่อขอความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวด้วย ในการให้ข้อมูลและดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนและผู้วิจัยมีความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยและสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม สำหรับแต่ละข้อคำถามเพื่อดูว่าความแตกต่างของคะแนน Pre-test และ Post-test โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.0 อายุ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 เพศหญิง ร้อยละ73.33 เพศชายร้อยละ26.67 โดยกลุ่มทดลองพักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 100

2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แสดงดังตารางที่ 1

ตาราง การเปรียบเทียบค่า t-test ระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองในข้อที่แสดงการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL) และทักษะด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL)ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม

ข้อ	รายการทดสอบ	การทดลองครั้งที่ 1		การทดลองครั้งที่ 2		ระดับนัยสำคัญ
		t-value	P-value	t-value	p-value	
	ด้านการเข้าใจภาษา					
1	แบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง △	8.95**	<.001	9.85**	<.001	สูงมาก
7	ลบเลขตามรูปเบื้องต้น	4.68*	<.01	5.12*	<.01	สูง
8	บวกเลขตามรูปเบื้องต้น	6.45**	<.001	6.45**	<.001	สูงมาก
9	เลือกรูปภาพสัตว์บก	5.27**	<.001	5.27**	<.001	สูงมาก
10	เลือกรูปภาพสัตว์น้ำ	5.27**	<.001	5.27**	<.001	สูงมาก
	ด้านการเข้าใจภาษา					
18	อธิบายหน้าที่ของสิ่งของ	3.85*	<.01	3.85*	<.01	สูง
19	ตอบคำถาม “ถ้าหิว”	7.24**	<.001	7.24**	<.001	สูงมาก

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

ตาราง พบว่าผลการวิจัยด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) โดยข้อที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญระดับสูงมาก p <.001 ได้แก่ △ ในข้อ 1 แบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรงมีการปรับปรุงที่เพิ่มขึ้นจากการทดลองครั้งที่ 1 t = 8.95 ไปเป็นการทดลองครั้งที่ 2 t = 9.85 ลำดับถัดมาคือข้อ 8 บวกเลขตามรูปเบื้องต้น มีค่า t-value คงที่ t = 6.45 ในทั้งสองครั้งการทดลอง ข้อ 9 และ 10 การเลือกรูปภาพสัตว์บกและสัตว์น้ำ มีค่า t-value เท่ากันคือ t = 5.27 และข้อที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญระดับสูง p .01คือข้อ 7 ลบเลขตามรูปเบื้องต้น มีการปรับปรุงเพิ่มขึ้นจาก t = 4.68 ในครั้งที่ 1 เป็น t = 5.12 ในครั้งที่ 2

ผลการวิจัยด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) พบว่าข้อที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญระดับสูงมาก p <.001 คือข้อ 19 ตอบคำถาม “ถ้าหิว” มีค่า t-value สูงสุด t = 7.24 และคงที่ในทั้งสองครั้งของการทดลอง และข้อที่มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญระดับสูง p <.01 คือข้อ 18 อธิบายหน้าที่ของสิ่งของ มีค่า t-value คงที่ t = 3.85 ซึ่งแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่มีนัยสำคัญในด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language) และการใช้ภาษา (Expressive Language) ซึ่งถือเป็นสองในห้าด้านหลักของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามที่ระบุไว้ใน DSPM ที่ WHO และ UNICEF ให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับความสามารถในการเข้าใจภาษาของเด็กเป็นอย่างยิ่งเพราะเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้และการสื่อสารโดยแนวทางนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เด็กสามารถเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) และสอดคล้องกับคู่มือ DSPM โดย(ข้อ 1)การแบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรงมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ชี้ให้เห็นถึงความสามารถของเด็กในการประมวลผลข้อมูลเชิงนามธรรมและการจัดหมวดหมู่ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาความเข้าใจภาษาโดยจากการที่เด็กสามารถ แบ่งหมวดหมู่ตามรูปทรง ได้ดีขึ้น[1,4] แสดงให้เห็นว่าเด็กมีความสามารถในการรับรู้ความแตกต่างและความเหมือนของสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับแนวทางของ WHO และ UNICEF จากการส่งเสริมกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในด้านความเข้าใจภาษาที่เกี่ยวข้องกับรูปทรงและคณิตศาสตร์เบื้องต้น โดยย้ำให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านสื่อการสอนที่เป็นรูปธรรมและกิจกรรมที่เด็กได้ลงมือทำจริงมักมีประสิทธิภาพสูงในการพัฒนาภาษาซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้คำศัพท์และแนวคิดใหม่ ๆ ในชีวิตประจำวัน การบวกเลขตามรูปเบื้องต้น (ข้อ 8) และการลบเลขตามรูปเบื้องต้น (ข้อ 7) โดยถึงแม้จะเป็นกิจกรรมทางคณิตศาสตร์เบื้องต้น แต่การที่เด็กสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเชื่อมโยงกับ “รูปภาพ” แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าใจคำสั่ง การเชื่อมโยงสัญลักษณ์โดยเฉพาะตัวเลขและรูปภาพ กับแนวคิดเชิงปริมาณ และการประมวลผลข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเข้าใจภาษาในบริบทที่กว้างขึ้น การพัฒนาเหล่านี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการ “ฟังและทำตามคำสั่ง” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในด้าน RL ของ DSPM การเลือกรูปภาพสัตว์บกและสัตว์น้ำ (ข้อ 9 และ 10) แสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถเข้าใจความแตกต่างของประเภทสัตว์และสามารถเลือกภาพที่ตรงกับคำสั่งได้ ซึ่งเป็นทักษะการจำแนกประเภทและการจับคู่แนวคิดที่สำคัญต่อการขยายคลังคำศัพท์และความเข้าใจในโลกที่อยู่รอบตัวเด็กซึ่งถ้ามองโดยรวมแล้วผลการวิจัยด้าน RL ชี้ให้เห็นว่ากิจกรรมที่เน้นการรับรู้ การจำแนก และการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงได้เห็นภาพและแนวคิดพื้นฐานมีประสิทธิผลอย่างมากในการส่งเสริมพัฒนาการด้านความเข้าใจภาษาของเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ DSPM[1] ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติและประสบการณ์ที่หลากหลายได้อย่างแท้จริง

ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) โดยที่คู่มือ DSPM[1] เน้นย้ำถึงความสามารถในการสื่อสารและการแสดงออกทางความคิดของเด็กผ่านการใช้ภาษาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการเรียนรู้ ซึ่งผลการวิจัยก็สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาในด้านนี้ด้วยการตอบคำถาม “ถ้าหิว” (ข้อ 19) ซึ่งพบการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญในข้อนี้ซึ่งมีค่า t-value สูงสุดและคงที่ แสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถใช้ภาษาเพื่อแสดงความต้องการ ความรู้สึกหรือตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความสามารถในการสื่อสารเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นทักษะที่ DSPM ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และการอธิบายหน้าที่ของ

สิ่งของ (ข้อ 18) พบการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญในข้อนี้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสามารถของเด็กในการใช้คำศัพท์และประโยคง่ายๆ เพื่ออธิบายคุณสมบัติหรือประโยชน์ใช้สอยของสิ่งต่าง ๆ ทักษะนี้เป็นส่วนสำคัญของการพัฒนาคลังคำศัพท์และความสามารถในการใช้ภาษาเพื่ออธิบายความคิดหรือข้อมูล ซึ่งเป็นพื้นฐานของการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้นได้ในอนาคต และการที่ไม่พบการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกิจกรรมด้านอื่น ๆ ในด้าน EL วิเคราะห์ได้ว่าอาจเกิดจากการที่เด็กมีทักษะพื้นฐานสูงแล้วหรืออาจเป็นผลจากความซับซ้อนของทักษะที่ต้องการเวลาในการพัฒนามากกว่าหรืออาจต้องการการกระตุ้นและฝึกฝนในรูปแบบที่แตกต่างออกไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจนตามที่ DSPM แนะนำว่าการส่งเสริมพัฒนาการควรปรับให้เหมาะสมกับศักยภาพและความพร้อมของเด็กแต่ละคน[8]

สรุปการวิจัยนี้ได้ยืนยันถึงประสิทธิผลของนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาที่สำคัญของเด็กวัยก่อนเรียน ทั้งในด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) และ การใช้ภาษา (Expressive Language: EL) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ DSPM ที่ WHO และ UNICEF ให้การสนับสนุนและเน้นย้ำว่าเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้และการสื่อสารโดยรวมของเด็กวัยก่อนเรียนโดยการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวมตามหลักการเหล่านี้เป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้เด็กสามารถเติบโตและแสดงศักยภาพได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้นำนวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเรียนการสอน

2. จัดทำคู่มือการใช้นวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่นี้อย่างละเอียดสำหรับครูผู้สอน ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง พร้อมทั้งจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการให้สามารถใช้นวัตกรรมนี้ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายนวัตกรรมไปยังหมวดหมู่พัฒนาการด้านอื่น ๆ โดยให้มีความหลากหลายและซับซ้อนขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลระยะยาวของนวัตกรรมนี้เพื่อติดตามดูว่าทักษะด้านการเข้าใจภาษาและการใช้ภาษาที่พัฒนาขึ้นนั้นคงอยู่และส่งผลต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ เช่นด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาและด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม

3. พัฒนานวัตกรรมการเล่นด้วยแผ่นแปะภาพตามหมวดหมู่ไปสู่รูปแบบ AR (Augmented Reality) เพื่อเน้นการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจที่สูงขึ้น

References

1. Department of Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Bangkok: National Health Insurance Office; 2015. (in Thai)
2. World Health Organization. Improving early childhood development. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. United Nations Children's Fund. Early Childhood Development: UNICEF Vision for Every Child. New York: UNICEF; 2023.
4. Ansari A, López M, Manfra L, Bleiker C, Dinehart L & Hartman SC. Differential third grade outcomes associated with attending publicly funded preschool programs for low-income, Latino children. Child Development. 2017.
5. Buathong W. Effects of the child development promotion program on parents' knowledge and skills in promoting child development Tha Chang Hospital Surat Thani Province. Academic Research and Innovation. 2025;2(1): 1-12. (in Thai)
6. National Child and Youth Development Commission. The National Child and Youth Development Plan sets the objectives for child and youth development during 2012-2016. Bangkok: National Child and Youth Development Commission; 2017. (in Thai)

7. Sangsai N, Pongjaturawit Y & Kwansumran W. Predictors of Executive Function Development in Preschool-Age Children. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):339-47. (in Thai)
8. Hammer D, Melhuish E & Howard SJ. Do aspects of social, emotional and behavioral development in the pre-school period predict later cognitive and academic attainment. Australian Journal of Education. 2017;61(3): 270-87.
9. Onditi S. Establishing availability and adequacy of content play-based materials as a predictor of play-based activities in pre-school curriculum implementation in Homabay County. Policy Studies. Ideal Journal of Education and Policy Studies. 2019;5(1):1-13.
10. Thai Nuea W. Child Development Promotion Project in Honor of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn on the occasional of the celebration of His Majesty's 5th cycle birthday. Bangkok: [Publisher]; 2017. (in Thai)
11. Donney JF, Chandour MA, Kogan MD & Lewin A. Family-Centered Care and Flourishing in Early Childhood. American Journal of Prevention Medicine. 2022;63(4):1-15.
12. Bassok D, Gibbs CR & Latham S. The effects of early childhood interventions systematically fade? Exploring variation in the persistence of preschool effects. Ed-Policy Works Working Paper Series No.36. Charlottesville: Ed-Policy Works; 2015.
13. Dearing E & Zachrisson HD. Concern over internal, external, and incidence validity in studies of child-care quantity and externalizing behavior problems. Child Development Perspectives. 2017;11(4):225-92.
14. Britto PR, Yoshikawa H & Boller K. Quality of early childhood development programs in global contexts: rationale for investment, conceptual framework and implications for equity and commentaries. Social Policy Report. 2021;25(2):1-23.
15. Tan T. 7 steps of innovation process. Kuala Lumpur: Mindstorm Consulting Asia; 2021.

คำแนะนำการเตรียม และส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลทหารบก

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอเชิญชวนพยาบาล อาจารย์ นักวิชาการ นักการศึกษา สาขาต่าง ๆ ส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยทางการพยาบาลเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ **ต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ เช่น วารสาร เอกสารประกอบการประชุม เป็นต้น หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่น** ซึ่งต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินก่อนตีพิมพ์ โดยพิจารณากลั่นกรอง (external and internal reviewers) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายนอกและภายในที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลโดยเฉพาะมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญงานในสาขาต่าง ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ถ้าผู้เขียนบทความไม่แก้ไขบทความหรือทางกองบรรณาธิการไม่ได้รับการประสานใดๆ ทางวารสารจะขอสงวนสิทธิ์การส่งบทความของผู้เขียนบทความทุกคนลงวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล
2. บทความวิจัยทางการพยาบาล
3. บทความพิเศษ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง

2. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3. ชื่อเรื่อง ผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 - 5 ตัวอักษร หัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน พิมพ์ให้ตรงกัน เริ่มด้วยบทนำ เนื้อหา และบทสรุป

บทความวิชาการ /บทความวิจัย

1. สาระของบทความวิจัยที่กำหนดลงตีพิมพ์ในวารสาร

1.1 เป็นบทความด้านการพยาบาล การศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน มีความน่าสนใจ และไม่ล้าสมัย สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.2 ผู้วิจัย/ผู้เขียนบทความ ประกอบด้วยบุคคล คณะบุคคล หรือทีมสหวิชาชีพ บทความวิชาการไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัยไม่เกิน 5 คน

1.3 ผู้ที่ประสงค์จะส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร จะต้องชำระเงินค่าตีพิมพ์ลงวารสารตามที่กำหนด

1.4 บทความวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา และลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาด้วย

2. รูปแบบการเขียนชื่อเรื่อง และข้อมูลของผู้วิจัยเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย

2.2 ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ

2.3 ชื่อ-สกุลผู้วิจัยทุกท่าน ตำแหน่ง ที่อยู่อย่างละเอียดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.4 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.5 หน่วยงานที่สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัย (ถ้ามี) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. การเขียนบทคัดย่อ

3.1 กำหนดให้เขียนบทความคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ

3.2 รูปแบบการเขียนบทคัดย่อ เรียงตามลำดับ ดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และคำสำคัญ

บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ) และคำสำคัญ

4. รูปแบบการเขียนเนื้อหาในบทความวิจัย กำหนดดังนี้

4.1 บทนำ

4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

4.3 สมมติฐาน (ถ้ามี)

4.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย

4.6 เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

4.7 ผลการวิจัย

4.8 สรุปและอภิปราย

4.9 ข้อเสนอแนะ

4.10 เอกสารอ้างอิง

5. เอกสารอ้างอิง โดยการอ้างอิง ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา และควรอ้างอิงบทความวิชาการ บทความวิจัย จากวารสารทั้งไทยและต่างประเทศ และปรับเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเป็นเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายประโยคว่า (in Thai)

6. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอที่คณะกรรมการกลั่นกรองพิจารณาตามขั้นตอนของบรรณาธิการวารสารเรียบร้อยแล้ว และท่านจะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์

7. **ถ้าผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น โดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทาง บก. ขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบกในครั้งต่อๆ ไป**

การส่งบทความ

1. บทความต้นฉบับ ส่งต้นฉบับพร้อมทั้งแจ้งชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail ของผู้เขียนที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com หรือ Line id : saisamornc

2. เมื่อได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร จึงสามารถ Submission บทความลงในระบบได้ http://thaijo.org/index.php/JRTAN

3. ชำระค่าตีพิมพ์ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0 ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
E-mail : saisamorn2006@hotmail.com
Line id : saisamornc
โทร. 081-345-5771

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวารสารพยาบาลทหารบก

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK (ตัวหนา) ขนาด18

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 14

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ).....
.....
.....
.....
.....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ 2.54 เซนติเมตร

Corresponding Author:

วันที่รับ (Received) วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) วันที่ตอบรับ (Accepted)

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 16 (ไม่เกิน 250 คำ) .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ ไม่ต้องแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns)

บทนำ (เนื้อหา).....
.....

วัตถุประสงค์การวิจัย (เนื้อหา).....
.....

สมมติฐาน (ถ้ามี) (เนื้อหา).....
.....

กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี) (เนื้อหา).....
.....

วิธีดำเนินการวิจัย (เนื้อหา).....
.....

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (เนื้อหา).....
.....

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ (เนื้อหา).....
.....

ผลการวิจัย (เนื้อหา).....
.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (n = ...)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช้ตัวหนา	M	SD	t	p
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใส่ <.05)
.				

สรุปและอภิปราย (เนื้อหา).....
.....
ข้อเสนอแนะ (เนื้อหา).....
.....

เอกสารอ้างอิง

ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

- เรียงลำดับของเอกสารตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างถึงในเนื้อเรื่องนั้นจะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย 1,2,3,.....ให้เขียนตัวเลขเหนือบรรทัด (superscript) ใส่ไว้ข้างท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง
- การอ้างหลายรายการอ้างอิงในที่เดียวกันให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นโดยไม่ต้องเว้นวรรคเพื่อแยกเลขแต่ละหมายเลข ([1,2,3])
- เอกสารอ้างอิงส่วนท้ายของบทความ (References) ให้เรียงลำดับการอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3,4,.....ไปจนถึงเลขที่สุดท้ายในเนื้อหาให้สอดคล้องกัน ในกรณีที่ต้นฉบับเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและวงเล็บท้ายเอกสารว่า (in Thai)

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง มีดังนี้

หนังสือที่บรรณาธิการเป็นผู้เขียนทั้งเล่ม

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title: subtitle. Edition (if not the first). Place of publication: Publisher; Year.

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ.พิมพ์ครั้งที่.สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP,editors.Operative obstetrics.2nd ed. New York: McGraw-Hill;2002.

Bronfenbrenner U. Ecological models of Human development.in international encyclopedia of education. 2nd ed. Oxford; Elsevier.1994

วารสาร

รูปแบบ

Author Surname Initials. Title of article. Title of journal, abbreviated. Date of Publication; Volume number (Issue number): Page numbers.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปี เดือน ; เล่มที่ของวารสาร (ฉบับที่) :เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้ายของบทความ.

ตัวอย่าง

Paowana W. Effect of videotaped video on nursing practice in patients with health problems,boromrajonani nursing college,udonthani,Journal of Nursing and Health Care.2013;31(3) : 99-106. (in Thai)

วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

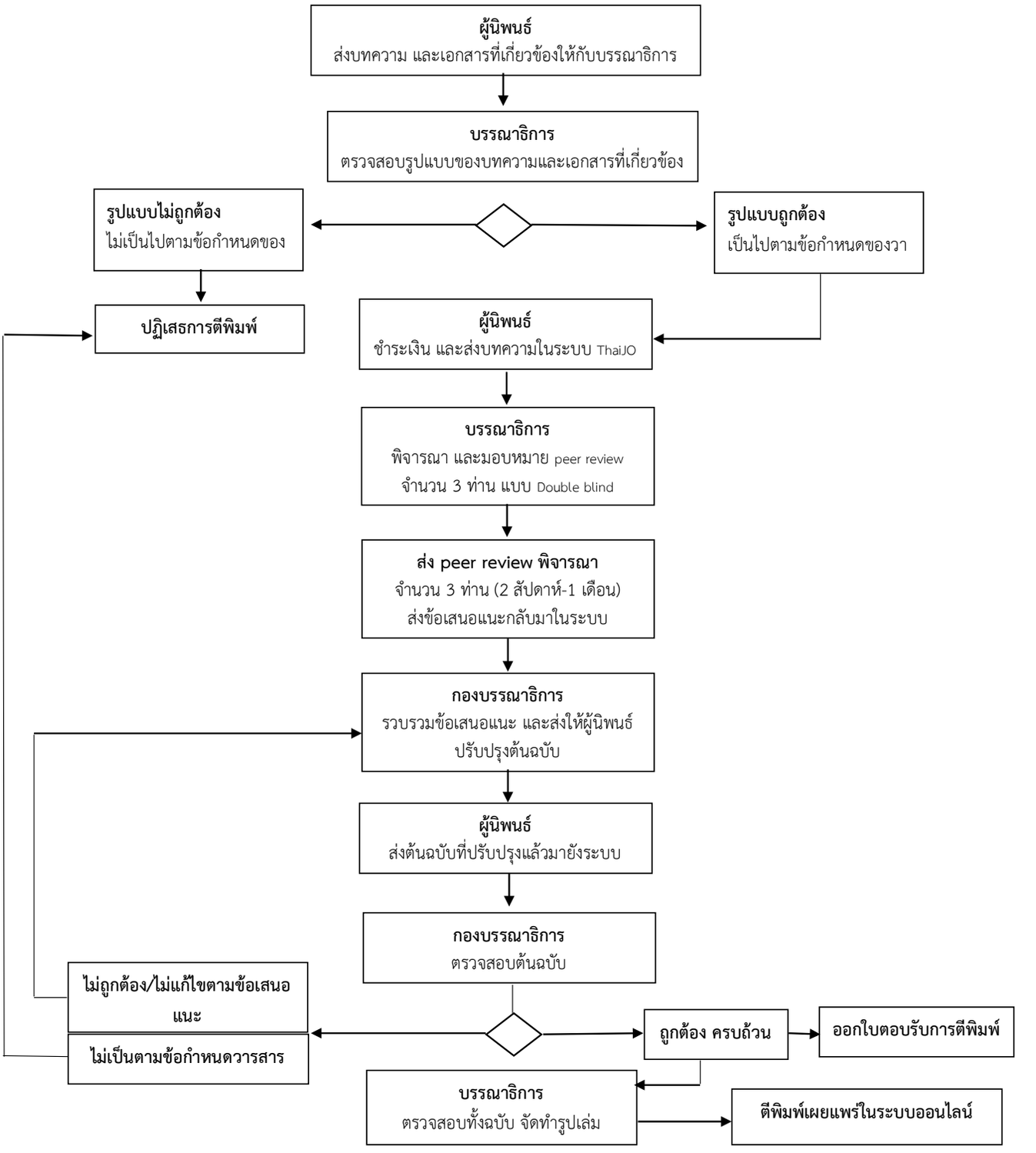
Author Surname Initials. Title. (dissertation/thesis). City: University; Year.

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน.ชื่อเรื่อง..(dissertation/thesis). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่พิมพ์

Sowapak P.Factors related to drug adherence among elders with hypertension.(thesis). Songkla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)

ขั้นตอนการตอบรับตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย

วารสารพยาบาลทหารบก ในระบบวารสารออนไลน์





แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก

1. **ชื่อ – สกุลผู้เขียน** (ภาษาไทย).....
   ชื่อ – สกุลผู้เขียน (ภาษาอังกฤษ).....
   ตำแหน่ง.....สถาบันที่สังกัด.....
   - ในกรณีที่ผู้เขียนกำลังศึกษาในระดับดุษฎีบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ
     ชื่อหลักสูตร..... สาขาวิชา .....
     แขนงวิชา (ถ้ามี)..... คณะ .....
     สถาบันการศึกษา.....

2. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....

3. สถานที่ติดต่อผู้เขียน

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
E-mail.....

4. ข้าพเจ้า ขอยืนยันว่า

☐ บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ
☐ ผ่านการตรวจสอบลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์หรือโปรแกรมอื่นใดที่เทียบเคียง (กรณีดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์) พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
☐ (สำหรับงานวิจัย) ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคณะแล้ว (โปรดแนบ สำเนา 1 ชุด)
☐ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด
☐ จำนวนผู้นิพนธ์ บทความวิชาการ ไม่เกิน 3 คน และบทความวิจัย ไม่เกิน 5 คน

5. ข้าพเจ้าขอยินยอมว่า บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารพยาบาลทหารบก ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลทหารบกโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (ดุษฎีนิพนธ์/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย
วารสารพยาบาลทหารบก

.....

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่.....
.....
.....
เบอร์โทรศัพท์ ..... **E-mail :** .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ดังนี้

☐ **ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท**

☐ **ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท**

หมายเหตุ

- **ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์** เรียกเก็บเมื่อบทความของท่านได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการว่าบทความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขตของวารสาร และสามารถ Submission บทความลงในระบบได้
- **กรณีชำระเงินแล้ว** ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน
โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาต ชื่อบัญชี วารสารพยาบาลทหารบก
หมายเลขบัญชี 038-7-31946-0
ส่งไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์ และใบโอนเงินมายังบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ ที่ E-mail : saisamorn2006@hotmail.com

ลงนาม ..... ผู้สมัคร
(.....)
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. .....

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses
ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2568
Vol.26 No.3 September - December 2025

เจ้าของ
สมาคมพยาบาลทหารบก

Ownership
Royal Thai Army Nurses Association

คณะที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	ที่ปรึกษาสภาการพยาบาล	Wichit Srisuphan, RN., M.P.H., Dr.P.H.
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สินธุ	นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ	Siriorn Sindhu, RN., M.S., D.N.Sc.
พลตรีหญิงสมพิศ พรหมเดช	นายกสมาคมพยาบาลทหารบก	Sompis Promdet, R.N., M.S.N.

Editorial Advisors

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	สมาคมพยาบาลทหารบก	Saisamorn Chaleoykitti, R.N., M.N.S., Ed.D.

Chief Editor

รองบรรณาธิการ

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี อ่อนศรี	กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร	Pranee Onsri, R.N., M.S., Ed.D.

Deputy of Editor

เลขาบรรณาธิการ

พันตรีหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นันทิกานต์ กลิ่นเชตุ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	Nuntikan Klinchet, R.N., M.N.S.

Secretary

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.รัชนีวรรณ รอส	University of Louisville School of Nursing, USA	Ratchneewaan Ross, R.N. M.Sc., Ph.D., FTNSS, FAAN
พันเอกหญิง ดร.นัยนา วงศ์สายตา	สำนักงานเลขานุการกองทัพบก	Naiyana Wongsaita, R.N., M.N.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ ไทยแท้	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	Suphap Thaitha, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	Areewan Oumtanee, R.N., M.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเที๊ยะ	วิทยาลัยเซ็นหลุยส์	Jintana Artsontee, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง	มหาวิทยาลัยมหิดล	Supreeda Monkong, R.N., M.S.N., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	Thipkhumporn Keskomon, R.N., M.S., Ph.D.
รองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	Narisa Wongpanarak, R.N., M.N.S., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน	สถาบันพระบรมราชชนก	Atiya Sarakshetrin, R.N., M.N.S., Ed..D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จีราภรณ์ กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	Jeeraporn Kummabutr, R.N., M.Sc., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุชรัตน์ มังคละศิริ	มหาวิทยาลัยนครพนม	Nutcharat Mongkara, R.N., M.S., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย	Temduang Boonpiamsak, R.N., M.S.N., Ph.D.
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ศรีสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	Kanjana Srisawat, R.N., M.N.S., Ph.D.
พันโทหญิง ดร.มันทนา เกวียนสูงเนิน	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Mantana Kweansung, R.N., M.A.., Ph.D.
ดร.เฉลิมวุฒิ อุทัยกัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ	Chalermwut Uthaikun, B.Ed, M.A., Ph.D.
ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	Kitsanaporn Tipkanjanaraykha, R.N., M.N.S., Ph.D., AGAPN
ดร.วีรยุทธ ศรีทุมสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	Werayauth Srithumsuk, R.N., M.Sc., Ph.D.

Editorial Board

ฝ่ายจัดการ

ร้อยโทหญิงสุชาดา ศรีโยธี	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	Suchada Sriyothee, R.N.
ร้อยโทหญิงพรปวีณ์ ยังปักษี	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpavee Yongpaksri, R.N.
ร้อยโทหญิงพรไพลิน หนูทิม	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	Pornpailin nootim, R.N.

Management Team

บทความหรือข้อคิดใดๆ ที่ปรากฏในวารสารพยาบาลทหารบก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน ซึ่งบรรณาธิการหรือสมาคมพยาบาลทหารบก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
The ideas and opinions expressed in the Journal of The Royal Thai Army Nurses are those of the authors and not necessarily those of the editor or Royal Thai Army Nurses Association