วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ISSN 2985-1041 (Online)

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Vol.27 No.1 January - April 2026

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

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ





บทความวิชาการ

- การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กรณีศึกษา — เวธกา วงษ์มณี
- บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดติยภูมิที่ผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ — วิลาวัล เปรมชื่น รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์ วาสนา ฟาวิน
- ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่:แนวทางการเรียนรู้ต่อเนื่องด้วยตนเองในการปฏิบัติงานวิสัญญีวิทยา — ปาริชาต อภิเดชากุล วิไลพร สุพรรณ พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล
- ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก — พุทธชาติ เอี่ยมสอาด ชุติรัตน์ สนปี ณัฐสิริ กิตติถิระพงษ์
- การวิเคราะห์โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการตีพิมพ์งานวิจัยภายหลังการนำเสนอทางวิชาการ ระดับนานาชาติ: การศึกษานำร่อง — วาสนา ฟาวิน เสาวลักษณ์ พระโสภา อรวรรณ บุตรทุมพันธ์

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง — จีรภา กาญจนโกเมศอังศินันท์ อินทรกำแหง พิชชาดา ประสิทธิโชค
- ความสุขและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ: ชุมชนเขาวงกต จังหวัดจันทบุรี — เกศสุดา ขาวสร้อย ประภาศรี วงศ์แสงน้อย จันทนี กองสุข วิรัตน์ ขาวสร้อย
- การวิจัยและพัฒนาโมเดลธุรกิจ แบบ 4 มิติ 6 ภาคีขับเคลื่อนในประชากรวัยสีเงินจังหวัดชัยภูมิประเทศไทย — ภัทธิรา ก้านทอง กฤตเมธ นิติวัฒนะ เสกศักดิ์ ปราบพาลา ณัฐดนัย แก้วโพนงาม รัชวุธ สุทธิ
- การสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในสังคมสูงวัยยุคดิจิทัล — จินตนา อาจสันเที๊ยะ รตา ศรีสอาด กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ เบญจพร อุดม พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ
- ผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก — อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ วาสนา ฟาวิน นพมาศ มณีโชติ
- ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม — นฤมล จันทร์สุข อัศวเดช สละอวยพร
- ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก — มุกดา สีตลานุชิต จันทนา พึ่งตน น้ำผึ้ง ประสพทรัพย์
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว — วิชุดา แสงทอง นิศาชล บุบผา
- ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา — ภัทรดนัย ภัทรนวมินทร์ สุวัจนีย์ จอมศรี เปรมฤดี ศรีวิชัย
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด — ธมกร เธียรภูริเดช อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ นาฏอนงค์ แผ่นพงษ์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กวัยก่อนเรียน — ฉัตรขวัญ คิดดี ณัฏฐณิชา ศรีบุณยวัฒน พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
- วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี — อนัญญา โสภณนาค พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม วรางคณา สายสิทธิ์
- การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล — จักรกฤษณ์ ผูกจิตร ณัฐชยาภรณ์ ตั้งตำรงศิลป์ สรัญรัตน์ สิริวัฒน์ธนานันท์ วรวรรณ สุภาตา
- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน — จินตนา ทองเพชร ผกามาศ พีธรากร ชลันดา บุตรพุ่ม
- เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ: อุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน — จินตนา อาจสันเที๊ยะ กุลพิชญาย์ เวชรัชต์พิมล วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา นฤมล บุญบางยาง รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธิชัยวาณิช
- การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน — ภัทรนันท์ แพทย์วงษ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นไทย: การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง — อลงกรณ์ อักษรศรี แสงเดือน อภิรัตนวงศ์อาทิตยา อภิรัตนวงศ์ ณราเมศ ทีฆธนานนท์
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย — ธิภากรณ์ ป้อมศรี เบญจยามาศ พิลายนต์กิตติภูมิ ภิญโย
- ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน — อรธิรา บุญประดิษฐ์ ธริสรา จิรเสถียรพร นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร — อิศรา สกุลประกอบกิจ รักชนก คชไกร จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
- ผลของโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้องต่ออาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก — สุวรา พรหมวี ศิริพันธุ์ สาสัตย์
- การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสังคมสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น — ปาลิชาติ ชนะหาญ ณัฏฐ์ชานันท์ วงค์ชาลี นิศาชล บุบผา
- ผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา — ศรัณยา ภูวัด นุชนาถ บรรทุมพร ชมชื่น สมประเสริฐ
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน — รุ้งกานต์ พลายแก้ว ประภัสสร อักษรพันธ์
- ผลลัพธ์ของการดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ — ชยาพร วงศ์ใหญ่ ฐิติพร บรรดาศักดิ์ เสาวลักษณ์ พระโสภา วาสนา ฟาวิน
- การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ — พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์ วรรัตน์ มากเทพพงษ์
- ผลของการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับพยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง — วรมน โมฬีชาติ ทิวาพร ดอนทอง พรทิพย์ อยู่ญาติมาก วาสนา ฟาวิน
- ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี — สุขอรุณ วงษ์ทิม อภิสิทธิ์ เถาะยะบุตร
- ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี — ขวัญตา บุญวาศ จิราภรณ์ จันทร์แก้ว สุธีกาญจน์ ไชยลาภ

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง — กฤศภณ เทพอินทร์ กันตวิชญ์ จูเปรมปรี เสน่ห์ ขุนแก้ว รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์ นารีรัตน์ จันทร์มณี
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ — ปรารถนา พลากำแหง ปรเมษฐ์ อินทร์สุข ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ
- ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ — รุ่งนภา จันทรา ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์ ธัญพร ชื่นกลิ่น ธิดา แสงมณี
- ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย — วิชุดา ปาวิน สมบัติ สกุลพรรณ์ ชาลินี สุวรรณยศ
- ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล — วรภรณ์ บุญจีม พัชราภรณ์ อนุพันธ์ ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ ประภัสสร จันดี ณิศรา สืบสำราญ
- ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ — ฟ้าใส แสนดี ธิดารัตน์ คณึงเพียร นพรัตน์ ภูศรี พัตรา เจริญยิ่ง พันธิตา จันทราสา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาลโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ — สิริวรรณ ประสงค์ผล สุรเดช สำราญจิตต์ ถาวร มาต้น
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไต แบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ — บุษบา อัครวนสกุล อภิรมย์ อนันต์ เอกอุรินทร์ ดวงทิพย์ อรอนงค์ วงศ์แก้ว มะลิวัลย์ ชวนคิด
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 6 ปี — เอกราช บุญชม วิชิต คำพูล ประคัลภ์ จันทร์ทอง สุชาดา นันทพูลทรัพย์ สุธาสินี ตองอ่อน
- การศึกษาความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา — ณัฐวิโรจน์ ชูดำ สุริศาฐ์ พานทองชัย ศศินาภรณ์ โลหิตไทย จินตนา เหลาฉลาด
- ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท — กุลิสรา ทองใหม่ สการวัตน์ พวงลัดดา
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช — ลักษมล ลักษณะวิมล สะบาย ยีสา รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ สุมลทิพย์ สนธิเมือง
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด — สุพรรณี หลวงจันทร์ จุฑารัตน์ มีสุขโข ศรีมนา นิยมค้า
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล — จินตนา เรืองหิรัญ ประกอบ ทองจีบ เนตรนภา เทพชนะ ขัตติยา เสมอภพ กุลธลีย์ ชายเกตุ
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1 — ฉัตรไชย ชูแสง ประภาเพ็ญ สุวรรณ
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช — สโรชาลักขณ์ ทิณพัฒน์ สมบัติ สกุลพรรณ์ ขวัญพนมพร ธรรมไทย
- สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย — รัชนีวรรณ แก้วทอง ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ รุ่งทิวา บุญประคม
- ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล — กัลยา ไผ่เกาะ ปวีณา ระบำโพธิ์
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช — กัญญาภัค ปลื้มใจ ชุติมา รอดเนียม สุดา ใจห้าว รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ ปฤษดาพร ผลประสาร
- ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช — ทิพย์วัลย์ พลโทพงศ์ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ นัยนา หนูนิล
- การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก — สุชาติ พันธุ์ลาภ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย วรา เขียวประทุม
- การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี — หทัยรัตน์ พบชัยภูมิ ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์ พบกร รัตนบุรี วาสนา หาวิน
- การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน — วรารัตน์ ประทานวรปัญญา วีรยุทธ ศรีทุมสุข อัจฉราพรรณ หอมสุคนธ์ วินัย ไตรนาทถวัลย์ ณัฐปัณท์ เพียรธัญญกรรม
- ความท้าทายด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยนานาชาติ — ภัทรา เผือกพันธ์ กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก
- การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ — ดลฤดี โรจน์วิริยะ บังอร ฤทธิ์อุดม
- การวิเคราะห์เครือข่ายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเกษตรกรรมชนบท: ข้อเสนอเชิงสุขภาพชุมชน — หยดฟ้า ราชมณี นอรีนี ตะหวา
- การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม — ธิดารัตน์ คณึงเพียร สุพิตรา เศลวัตนะกุล สุชาดา นิ่มวัฒนากุล จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
- โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลและความปวด — พรรณพิไล เทียมถ้อย พุทธชาติ เอี่ยมสอาด วรัญญา รัตมีบรรพตกุล มลทิรา เนืองกันยา
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง: โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี — จิรชยา ครองยุทธ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล อัจฉรา เครื่องพาที
- ประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ — กัมปนาท ตื้อเป็ง ภัทราภรณ์ ภทรสกุล
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ — พัทธนันท์ คงมาก สุรเดช สำราญจิตต์
- แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน — วันเพ็ญ แสงสงวน ประกอบ คุณารักษ์
- ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม — วราภรณ์ ภูคา ชมพูนุท สิงห์มณี พัชราภรณ์ ธนะวัง
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม — ภัทรพร ทองสิงห์ สุปราณี สิทธิกานต์ มณีรัตน์ เพิ่มชาติ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา — เนตรนภา สาสังข์ ทัศพร ชูศักดิ์ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข
- การประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรี สาขาอื่น — กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่ ปริยาภรณ์ มณีแดง ไพรินทร์ ณิชาโชติสฤษฏ์ มยุรัตน์ รักเกียรติ์ มาณี น้าคณาคุปต์
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็ง ทางใจ เพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น — อัญมณี อินเม้ อังคณา จิรโรจน์ เอกอุมา อิ่มคำ
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท — พรปวีณ์ ยังปักษี รัชนีกร อุปเสน
- ผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า — ศตพร ชัยชนะ วาสินี วิเศษฤทธิ์
- ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล — พุทธิพร พิธานธนานุกูล ชลิดา จันเทพา มุขจรินทร์ สุทธิสัย
- การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น — วิรัชยา โคเสนา จุฑามาศ แหนจอน วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์
- ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง — จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล อุมาภรณ์ กั๊วสิทธิ์ บุญสวน คาราวะ นันธิยา ไทยเจริญ
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ — อารภา บุญอยู่ นุชนาถ บรรทุมพร ชมชื่น สมประเสริฐ

ประชาสัมพันธ์/ข่าว

- คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับและส่งบทความตีพิมพ์วารสารพยาบาลทหารบก
- ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลทหารบก
- การ Submission บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลทหารบก ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสารพยาบาลทหารบก

วารสารพยาบาลทหารบก
Journal of The Royal Thai Army Nurses

ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Vol. 27 No.1 January - April 2026

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 27 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 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 การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด : กรณีศึกษา บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิที่ผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ : แนวทางการเรียนรู้ต่อเนื่องด้วยตนเองในการปฏิบัติงานวิสัญญีวิทยา ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก การวิเคราะห์โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการตีพิมพ์งานวิจัยภายหลังการนำเสนอทางวิชาการระดับนานาชาติ: การศึกษานำร่อง

บทความวิจัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความสุขและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ: ชุมชนเขาวงกต จังหวัดจันทบุรี การวิจัยและพัฒนาโมเดลธุรกิจ แบบ 4 มิติ 6 ภาคีขับเคลื่อนในประชากรวัยสีเงินจังหวัดชัยภูมิประเทศไทย การสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในสังคมสูงวัยยุคดิจิทัล ผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กวัยก่อนเรียน วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ: อุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียม ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นไทย : การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ผลของโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้องต่ออาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสังคมสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน ผลลัพธ์ของการดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลของการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับพยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ .ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือประเทศไทย ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาลโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 6 ปี การศึกษาความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เข้ารับการรักษาในโถงพยาบาลจิตเวช สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความท้าทายด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยนานาชาติ การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ การวิเคราะห์เครือข่ายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเกษตรกรรมชนบท: ข้อเสนอเชิงสุขภาพชุมชน การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลและความปวด การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง: โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานี ประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่พิจารณากลั่นกรองบทความในแต่ละสาขาซึ่งมาจากหลากหลายสถาบันที่กรุณาช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ทำให้มีผลงานที่มีคุณภาพ และช่วยกันพัฒนาวารสารไทยให้มีมาตรฐาน และวารสารพยาบาลทหารบกเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือสถาบันการศึกษาเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

บรรณาธิการวารสารพยาบาลทหารบก

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กรณีศึกษา 1
เวธกา วงษ์มณี

บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิที่ผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ 10
วิลาวัล เปรมชื่น รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์
วาสนา ฬาวิน

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่:แนวทางการเรียนรู้ต่อเนื่องด้วยตนเองในการปฏิบัติงานวิสัญญีวิทยา 18
ปาริชาต อภิเดชากุล วิไลพร สุพรรณ
พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล

ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 26
พุทธชาติ เอี่ยมสอาด ชุติรัตน์ สนปี
ณัฐสิริ กิตติถิระพงษ์

การวิเคราะห์โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการตีพิมพ์งานวิจัยภายหลังการนำเสนอทางวิชาการ ระดับนานาชาติ: การศึกษานำร่อง 34
วาสนา ฬาวิน เสาวลักษณ์ พระโสภา
อรวรรณ บุตรทุมพันธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 42
จีรภา กาญจนโกเมศ
อังศินันท์ อินทรกำแหง พิชชาดา ประสิทธิโชค

ความสุขและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ: ชุมชนเขาวงกต จังหวัดจันทบุรี 52
เกศสุดา ขาวสร้อย ประภาศรี วงศ์แสงน้อย
จันทนี กองสุข วิรัตน์ ขาวสร้อย

การวิจัยและพัฒนาโมเดลธุรกิจ แบบ 4 มิติ 6 ภาคีขับเคลื่อนในประชากรวัยสีเงินจังหวัดชัยภูมิประเทศไทย 61
ภัททิรา ก้านทอง กฤตเมธ นิติวัฒนะ
เสกศักดิ์ ปราบพาลา ณัฐดนัย แก้วโพนงาม
รัชวุธ สุทธิ

การสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในสังคมสูงวัยยุคดิจิทัล 70
จินตนา อาจสันเที๊ยะ รตา ศรีสอาด
กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์ เบญจพร อุดม
พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ

Contents

Chief Editorial

The Nursing Care of Children Receiving Chemotherapy Leukemia Case Study 1
Weathaka Wongmanee

The Role of Hemodialysis Nurses in Caring for Patients with TertiaryHyperparathyroidism Undergoing Parathyroidectomy: an Experience at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital 10
Wilawan Premchun Raphassa Praepataraprasit
Wasana Lavin

Andragogy: A Self-Directed Approach to Continuous Learning in Anesthesia Practice 18

Applying Continuous Quality Improvement (CQI) to Develop a Postoperative Care System for the Prevention of Venous Thromboembolism. 26
Puthachart Iamsa-ard. Chutirat Sonpee
Nutsiri Kittitirapong

Analysis of the Project to Enhance Research Publication Efficiency after International Academic Presentation: A Pilot Study 34
Wasana Lavin Saowalak Prasopa
Orawan Bootthumpan

Effects of a Family Participatory Nutrition Literacy Promotion Program on Nutrition Literacy, Dietary Behavior, Food Security, and Health Outcomes among Older Adults with Noncommunicable Diseases 42
Jeerapa Karnchanakomate
Ungsinun Intarakamhang Pitchada Prasittichok

Happiness and Self-Care Behaviors of Older Adults based on the Sufficiency Economy Philosophy: Khao Wong Kot Community, Chanthaburi Province 52
Kessuda Khowsroy Prapasri Wongsangnoi
Chantanee Kongsuk Viratn Khowsoi

Research and Development of 4 Dimensions and 6 Paradigm Shifts of Business Model in Silver Age Population, Chaiyaphum, Thailand 61
Pattira Kanthong Krittameth Nitiwatthana
Seksak Prabpala Natdanai Kawponngam
Ratchawut Sutthi

Exploring Digital Health Technology Utilization among Rural Older Adults: for Public Policy in the Digital Ageing Society 70
Jintana Artsanthia Rata Srisaart
Kanjana Punyapet Benjaporn Udom
Pitchayakorn Keeratitechawut

สารบัญ

ผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 79
อรวรรณ บุตรทุมพันธ์ วาสนา ฬาวิน
นพมาศ มณีโชติ

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม 87
นฤมล จันทร์สุข อัศวเดช สละอวยพร

ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก 96
มุกดา สีตลานุชิต จันทนา พึ่งตน
น้ำผึ้ง ประสพทรัพย์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว 103
วิชุดา แสงทอง นิศาชล บุบผา

ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 113
ภัทรดนัย ภัทรนวมินทร์
สุวัจนีย์ จอมคีรี เปรมฤดี ศรีวิชัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด 122
ธมกร เธียรภูริเดช
อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ นาฏอนงค์ แฝงพงษ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กวัยก่อนเรียน 131
ฉัตรขวัญ คิดดี ณัฏฐณิชา ศรีบุณยวัฒน
พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี 140
อนัญญา โสภณนาค พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม
วรางคณา สายสิทธิ์

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล 149
จักรกฤษณ์ ผูกจิตร ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์
สรัญรัตน์ สิริวัฒน์ธนานันท์ วรวรรณ สุภาตา

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน 158
จินตนา ทองเพชร ผกามาศ พีธรากร
ชลันดา บุตรพุ่ม

เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ: อุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน 168
จินตนา อาจสันเที๊ยะ กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล
วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา นฤมล บุญบางยาง
รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธิชัยวาณิช

Contents

The Results of Training on Basic Electrocardiogram Interpretation for Outpatient Nurses 79
Orawan Bootthumpan Wasana Lavin
Noppamas Maneechote

Effects of Pain Management Program on Self-care Behavior, Pain Leveland Severity of Osteoarthritis in Older Adult with Knee Osteoarthritis 87
Naruemon Jansook Atsawadej Salaauyporn

Result of Developmental Care of Spiritual Health of the Elderly before and after Cataract Surgery 96
Mukda Seethalanuchit Chantana Phungton
Nampung prasobsub

Factors Related to Self-Care Behaviors of Recurrent Coronavirus 2019Infected Individuals and Their Family Members 103
Wichuda Saengthong Nisachon Bubpa

Predictors of Overweight Among Young Adults in Community Mueang District, Phayao Province 113
Phattaradanai Phattaranavamin
Suwatjanee Jomkeeree Premrudee Sriwichai

Predictors of Health-Related Quality of Life in Transfusion-Dependent Thalassemia School Children 122
Thamakorn Thienphuridej
Ubonwan Unhasuwan Natanong Feangphong

Effect of a Health Belief Enhancing Program on Parent's Behaviorsin Prevention of Acute Respiratory Infection in Preschool Children 131
Chatkhwan Kiddee Nuttanicha Sriboonyawattana
Pimpaporn Klunklin

Lifestyle of Healthy Elders Aged 80 Years and Over 140
Anunya Soponnark Panittanan Sealim
Warangkana Saisit

Development of a Self-Management Model for Elderly at Risk of Stroke in the Digital Era 149
Chakkrit Phukji Nutchayaporn Tungdumrongsil
Saranrat Siriwatthananan Worawan Supata

The Effectiveness of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Rabies Preventive Behaviors among Village Health Volunteer and Community Leaders 158
Jintana Tongpeth Phakamard Pheetharakorn
Chalanda Butpum

Experiential Insights: Barriers to Advance Care Planning for Quality of Life in Long-Term Care in Private Hospitals 168
Jintana Artsanthia Kulpicha Vejrachpimol
Wassana Rungrojwattana
Naruemol Boonbangyang
Ratchanichaporn Laungthichaivanich

สารบัญ

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียม ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน
ภัทรนันท์ แพทย์วงษ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร 177

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นไทย: การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง
อลงกรณ์ อักษรศรี แสงเดือน อภิรัตนวงศ์
อาทิตยา อภิรัตนวงศ์ ณราเมศ ทีฆธนานนท์ 185

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ธิภากรณ์ ป้อมศรี เบญจยามาศ พิลายนต์
กิตติภูมิ ภิญโย 194

ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน
อรธิรา บุญประดิษฐ์ ธริสรา จิรเสถียรพร
นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์ 204

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
อิศรา สกุลประกอบกิจ รักชนก คชไกร
จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ 213

ผลของโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้องต่ออาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก
สุวรา พรหมวี ศิริพันธุ์ สาสัตย์ 222

การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสังคมสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
ปาลิชาติ ชนะหาญ ณัฏฐ์ชานันท์ วงค์ชาลี
นิศาชล บุบผา 233

ผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา
ศรัณยา ภูวัด นุชนาถ บรรทุมพร
ชมชื่น สมประเสริฐ 242

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน
รุ้งกานต์ พลายแก้ว ประภัสสร อักษรพันธ์ 251

ผลลัพธ์ของการดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์
ชยาพร วงศ์ใหญ่ ฐิติพร บรรดาศักดิ์
เสาวลักษณ์ พระโสภา วาสนา ฬาวิน 261

Contents

Unit Costs and Break-Even Points Analysis of Management by Dialysis Nurse Managers in Dialysis Center between Government and Private Hospitals
Phattharanun Phaetwong Phechnoy Singchungchai
Kannikar chatdokmaiprai 177

The Relationship Between Health Perception and Exercise Behavior among Thai Adolescents: A Cross-Sectional Correlation Study
Alongkorn Aksornsri Sangduan Apiratanawong
Arthitaya Apiratanawong Narames Teekathananon 185

The Effectiveness of an Empowerment Program for Parents on Knowledge and Behaviors for Early Childhood Developmental Promotion
Thipakorn Pomsri Benjayamas Pilayon
Kittiphoom Phinyo 194

The Priority Needs for the Development of Competency of Village Health Volunteers in Food Consumption Promotion for the Prevention of Type 2 Diabetes in the Community
Aorntira Boonpradit Tharisara Chirasatienpon
Nannapat Ketkosan 204

Predicting Factors of Quality of Life Among Older People with Type 2 Diabetes Mellitus Dwelling in Bangkok Metropolitan Area
Isara Sakulprakopkit Rukchanok Koshakri
Juntima Rerkluenrit 213

The Effect of Patient-Centered Care Combined with Abdominal Massage Program on Constipation in Frail Older Adults in an Orthopedic ward
Suwara Promwee Siriphan Sasat 222

The Preparation for Aging among Pre-aging Population of Khon Kaen Province
Palichat Chanaharn Nadchanan Wongchalee
Nisachon Bubpa 233

Effects of the Integrated Adaptation Program on Stress among Alcohol Uses
Saranya Puwat Nutchanart Bunthumporn
Chomchuen Somprasert 242

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Self-Care Behaviors of Older Adults in the Community
Rungkant Plykaew Prapatsorn Aksornpan 251

Outcome of Care and Factors Associated with Mortality in Neonates with Hypoglycemia in the Neonatal Intensive Care Unit, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital
Chayaporn Wongyai Titiporn Bundasak
Saowalak Prasopa Wasana Lavin 261

สารบัญ

การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 270
พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์
ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์ วรรัตน์ มากเทพพงษ์

ผลของการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับพยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง 278
วรมน โมพีชาติ ทิวาพร ดอนทอง
พรทิพย์ อยู่ญาติมาก วาสนา ฬาวิน

ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี 286
สุขอรุณ วงษ์ทิม อภิสิทธิ์ เถายะบุตร

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี 295
ขวัญตา บุญวาศ จิราภรณ์ จันทร์แก้ว
สุธีกาญจน์ ไชยลาภ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 304
กฤศภณ เทพอินทร์ กันตวิชญ์ จูเปรมปรี
เสน่ห์ ขุนแก้ว รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์
นารีรัตน์ จันทร์มณี

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ 313
ปรารถนา พลากำแหง ปรเมษฐ์ อินทร์สุข
ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ 323
รุ่งนภา จันทรา ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์
ธัญพร ชื่นกลิ่น ธิดา แสงมณี

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ประเทศไทย 332
วิชุดา ปาวิน สมบัติ สกุลพรรณ์
ชาลินี สุวรรณยศ

ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล 340
วรภรณ์ บุญจีม พัชราภรณ์ อนุพันธ์
ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ ประภัสสร จันดี
ณิศรา สืบสำราญ

Contents

Develop of Knowledge Transfer and Skill for Using IntellectualHealth Promotion in The Elderly Innovation by Community Innovator Participation Approach to Elderly Caregiver 270
Phatcharaphan Chaiyasung Maneerat Aiamanan
Yodrawin Jornburom Worarat Magteppong

Outcomes of an Education Training for Nurses' Knowledge and Interpretation of Arterial Blood Gas 278
Woramon Moreechat Tiwaporn Donthong
Porntip Yooyadmak Wasana Lavin

The Effects of Using an Integrated Health Promotion Model to Prevent Dementia of Older People in Nonthaburi Province 286
Sukaroon Wongtim Apisit Thaoyabut

Effectiveness of a Stroke Educational Application on Knowledge and Satisfaction Among At-Risk Groups in Ra-hang Community, Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province 295
Kwanta Boonvas Jiraporn Jankaew
Suteekarn Chaiyalap

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy Self-care Behaviors and Clinical Outcomes among Hypertension Patients with Risk Chronic Kidney Disease 304
Kritsapon Thepin Kantawit Jooprempree
Saneh Khunkaew Raphiphaet Prasitnarapun
Nareerat Jhanmanee

The Effects of the Empowerment Program on Self-Protection Behavior Against PM2.5 Exposure Among Older Adults in Chiang Mai Province Area 313
Prattana Palakomhaeng Poramate Insook
Khanitta Wisitcharoen

The Effect of Telemedicine Health Care Model for the Elderly person withDiabetes Mellitus on Blood Sugar Levels Control, Quality of Life and Program Participation Satisfaction 323
Rungnapa Chantra Supalak Thanaroj
Thunyaporn Chuenklin Tida Sangmanee

Factors Predicting Suicidal Risk Among Adolescents in a Northern Province of Thailand 332
Wichuda Pawin Sombat Skulphan
Chalinee Suvanayos

The Effects of Simulation Base Learning Model on Knowledge, Clinical Judgement, and Self-confidence in Nursing Care during Intrapartum Care of Nursing students 340
Woraporn Boonjeem Patcharaporn Anuphan
Nattida Panyatanakun Prapatsorn Jandee
Nisara Suebsamran

สารบัญ

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์
ฟ้าใส แสนดี ธิดารัตน์ คณึงเพียร
นพรัตน์ ภูศรี พัตรา เจริญยิ่ง
พันธิตา จันทราสา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาลโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
สิริวรรณ ประสงค์ผล สุรเดช สำราญจิตต์
ถาวร มาต้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
บุษบา อัครวนสกุล อภิรมย์ อนันต์
เอกอุรินทร์ ดวงทิพย์ อรอนงค์ วงศ์แก้ว
มะลิวัลย์ ชวนคิด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 6 ปี
เอกราช บุญชม วิชิต คำพูล
ประคัลภ์ จันทร์ทอง สุชาดา นันทพูลทรัพย์
สุธาสินี ตองอ่อน

การศึกษาความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา
ณัฐวิโรจน์ ชูดำ สุริศาฐ์ พานทองชัย
ศศินาภรณ์ โลหิตไทย จินตนา เหลาฉลาด

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท
กุลิสรา ทองใหม่ สกาวรัตน์ พวงลัดดา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
ลักษมล ลักษณะวิมล สะบาย ยีสา
รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ สุมลทิพย์ สนธิเมือง

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด
สุพรรณี หลวงจันทร์ จุฑารัตน์ มีสุขโข
ศรีมนา นิยมค้า

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล
จินตนา เรืองหิรัญ ประกอบ ทองจิบ
เนตรนภา เทพชนะ ขัตติยา เสมอภพ
กุลธลีย์ ชายเกตุ

Contents

349 The Effectiveness of The Self-efficacy Promotion Program on The FACEBOOK Application for Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Surin Province
Fasai Saendee Thidarat Kanungpiarn
Nopparat Phusri Phattara Jaroenying
Pantita jantrasa

358 Factors Related with Nursing Care for Stroke Fast Track of Nurses in Nong Phai Hospital, Phetchabun Province
Siriwan Prasongphon Suradej Samranjit
Thavorn Maton

367 Development of Nursing Practice Guidelines for Continuous Renal Replacement Therapy in Critically Ill Patients with Acute Kidney Injury in The Intensive Care Unit at Chiangrai prachanukroh hospital
Budsaba Akarawanasakun Aphirom Anan
Eakourin Doungtip Onanong Wongkaew
Maliwan Chuankhit

377 Factor correlation with Acyanotic congenital heart disease in children aged 0 to 6 years
Eakkarat Boonchom Wichit Khamphul
Prakul Chanthong Suchada Nuntappnsub
Suthasini Tongon

386 A Study of Care Needs and Quality of Life among Nursing Students in Nakhon Ratchasima Province
Natthawirot Choodum Surisa Panthongchai
Sasinaporn Lohitthai Jintana Lhaowchalad

396 The Effect of Skills Training-Based Psychoeducation Program on Functional Ability in Patients with Schiz phrenia
Kulissara Thongmai Skaorat Puangladda

406 Factors Associated with Neonatal Outcomes Among Mothers with Gestational Diabetes Mellitus at Thasala Hospital
Luksamon Luksanavimon Saby Yeesa
Rachadaporn Jantasuwan Sumoltip Sontimuang

415 Effect of the Individual and Family Self-Management Program on Health-Related Quality of Life Among Adolescents with Transfusion Dependent Thalassemia
Suphannee Luangchan Jutarat Meesukko
Srimana Niyomkar

424 Development of Nursing Practice Guidelines for Critically Ill or Occluded Cerebrovascular Disease Patients at Satun Hospital
Chintana Rueanghiran Prakob Thongchib
Netnapa thepchana khattiya samerpop
Kuntalee Chaikate

สารบัญ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1
ฉัตรไชย ชูแสง ประภาเพ็ญ สุวรรณ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
สโรชาลักขณ์ ทิณพัฒน์ สมบัติ สกุลพรรณ์
ขวัญพนมพร ธรรมไทย

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
รัชนีวรรณ แก้วทอง ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์
รุ่งทิวา บุญประคม

ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
กัลยา ไผ่เกาะ ปวีณา ระบำโพธิ์

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
กัญญาภัค ปลื้มใจ ชุติมา รอดเนียม
สุดา ใจห้าว รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์
ปฤษดาพร ผลประสาร

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช
ทิพย์วัลย์ พลโทพงศ์ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์
นัยนา หนูนิล

การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก
สุชาติ พันธุ์ลาภ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
วรา เขียวประทุม

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
หทัยรัตน์ พบชัยภูมิ ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์
พบกร รัตนบุรี วาสนา ฬาวิน

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
วรารัตน์ ประทานวรปัญญา วีรยุทธ ศรีทุมสุข
อัจฉราพรรณ หอมสุคนธ์ วินัย ไตรนาทถวัลย์
ณัฐปัณฑ์ เพียรธัญญกรรม

ความท้าทายด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยนานาชาติ
ภัทรา เผือกพันธ์ กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก

Contents

434 Development of a Lifestyle Promotion Model Based on Lifestyle Medicine to Prevent Hypertension of Military Personnel in the 1st Army Area
Chatchai Choosaeng Prapapen Suwan

443 Effect of the Group Resilience Enhancement Program on Suicide Risk of Patients with Mood Disorders Hospitalized in Psychiatric Hospitals
Sarochaluck Thinnaphat Sombat Skulphan
Kwaunpanomporn Thummathai

452 Competency of Charge Nurse in University Hospitals
Ratchaneewan Kaewthong
Phattharamanat Pongrangsan
Roongtiva Boonpracom

460 Factors Predicting Commitment To The Educational Institution Among Nursing Students Of Vongchavalitkul University
Kanlaya Paikoh Paveena Rabampho

470 Factors Associated with Anemia in Pregnancy and Maternal and Neonatal Outcomes among Adolescent Mothers at Community Hospital, Nakhon Si Thammarat Province
Kanyapak Pluemjai Chutima Rodniam
Suda Jaihow Rachadaporn Jantasuwan
Pridsadaporn Polprasarn

479 The Relationship between Macronutrients Consumption and Nutritional Status of Elderly Bedridden in Nakhon Si Thammarat Province
Tipwan Ponthophong Rachadaporn Jantasuwan
Naiyana Noonil

488 A study of the competence of professional nurses in discharge planning for hip fracture patients
Suchart Panlarp Oraphun Lueboonthavatchai
Vara Khiewpratum

497 The Related Factors of the Request for Career Advancement among Supporting Staff in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Hatairat Pobchaiyaphum Patarawan Woratanarat
Phobkron Rattanaburi Wasana Lavin

506 The Development of a Readiness-to-Care Model for People with Psychiatric Problems in the Community of Village Health Volunteers
Wararat Pratanvorapanya Werayuth Srithumsuk
Adcharaphan Homsukhon Winai Trainattawan
Natthapan Phianthanyakam

515 Mental Health Challenges of Nursing Students in an International University Context
Patra Phuekphan Kanyaphat Setchoduk

สารบัญ

การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์
ดลฤดี โรจน์วิริยะ บังอร ฤทธิ์อุดม

การวิเคราะห์เครือข่ายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเกษตรกรรมชนบท: ข้อเสนอเชิงสุขภาพชุมชน
หยดฟ้า ราชมณี นอรีนี ตะหวา

การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
ธิดารัตน์ คณึงเพียร สุพิตรา เศลวัตนะกุล
สุชาดา นิ้มวัฒนากุล จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลและความปวด
พรรณพิไล เทียมถ้อย พุทธชาติ เอี่ยมสอาด
วรัญญา รัศมีบรรพตกุล
มลทิรา เนืองกันยา

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง: โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี
จิรชยา ครองยุทธ ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล
อัจฉรา เครื่องพาที

ประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ
กัมปนาท ตื้อเป็ง ภัทราภรณ์ ภทรสกุล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่
พัทธนันท์ คงมาก สุรเดช สำราญจิตต์

แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน
วันเพ็ญ แสงสงวน ประกอบ คุณารักษ์

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
วราภรณ์ ภูคา ชมพูนุท สิงห์มณี
พัชราภรณ์ ธนะวัง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม
ภัทรพร ทองสิงห์ สุปราณี สิทธิกานต์
มณีรัตน์ เพิ่มชาติ

Contents

526 A Study of the Desirable Characteristics of Nursing Graduatesfrom the Bachelor of Nursing Science Program 2027, according to The Stakeholder Needs at Southeast Asia University
Donleudee Rojviriya Bangorn Ritudom

536 A Network Analysis of Quality of Life Among Older Adults Living in Rural Agricultural Communities: Implications for Community Health
Yodfah Ratmanee Norreenee Tawa

545 Perceived Self-efficacy in Caring for The Elderly with Dementia
Thidarat Kanungpiarn Supitra Selavattanakul
Suchada Nimwatanakul Chularat Howharn

552 A Program to Educate Patients undergoing Renal tumors by Robot-Assisted Surgery on Knowledge, Skills, Anxiety, and Pain.
Panpilai Tiamtoy Puthachart Iamsa-ard
Warunya Rassameebunpotkul
Montira Nuangkanya

561 Development of Clinical Practice Guidelines for Nursing Care of Patients with Pneumonia Receiving High-Flow Oxygen Therapy: A Community Hospital in Ubon Ratchathani Province
Sireetorn Wichienwan Teepatad Chintapanyakun
Atchara Khruangphathi

570 Effectiveness of CBT on Prolonged Grief Disorder and Depression inChildren and Adolescents: A Systematic Review
Kumpanad Turpeng Patraporn Bhatarasakoon

579 Factors Related to Prevention and Control Behavior of Dengue Fever Among Village Health Volunteers in Ao Luek District, Krabi Province.
Phatthanan Kongmak Suradej Samranjit

588 Guideline to Best Practice of E-Learning Management System in Bachelor of Nursing Science Program of Private Institution
Wanphen Sangsanguan Pragob Kunarak

598 The Effects of a Stress Management Program on the Psychological Well – Being of Patients with Hemodialysis.
Waraporn Phuca Chomphunut Singmanee
Patcharaporn Thanawang

607 Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preterm Labor Receiving Tocolytic Therapy in the Labor Unit,Nakhon Phanom Hospital
Phattaraporn ThongsingSupranee Sittikan
Maneerat Permchat

สารบัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
เนตรนภา สาสังข์ ทัศพร ชูศักดิ์
อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข

การประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น
กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่ ปริยาภรณ์ มณีแดง
ไพรินทร์ ณิชาโชติสฤษฏ์ มยุรัตน์ รักเกียรติ์
มาณี น้าคณาคุปต์

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็งทางใจ เพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น
อัญมณี อินเม้ อังคณา จิรโรจน์
เอกอุมา อิ้มคำ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
พรปวีณ์ ยังปักษี รัชนีกร อุปเสน

ผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาลห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ศตพร ชัยชนะ วาสินี วิเศษฤทธิ์

ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
พุทธิพร พิธานธนานุกูล ชลิดา จันเทพา
มุขจรินทร์ สุทธิสัย

การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น
วิรัชยา โคเสนา จุฑามาศ แหนจอน
วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์

ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง
จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์
บุญสวน คาราวะ นันธิยา ไทยเจริญ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
อารภา บุญอยู่ นุชนาถ บรรทุมพร
ชมชื่น สมประเสริฐ

Contents

616 Factors Associated with Happiness in Life among Elderly in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province
Natnapa Sasang Thassaporn Chusak
Apichet Jumneansuk

625 Quality and Learning Outcome Evaluation for the Development of a Bachelor of Nursing Science Program for Non-Nursing Bachelor's Degree
Kanyaphat Pongchangyou Pariyaporn Maneedang
Pirin Nichachotesalid Mayurat Rukkiat
Manee Nakanakupt

634 The effectiveness of the Self-Efficacy Enhancement Program on Resilience for Prevention Substance Abuse Among Early Adolescents
Anyamanee Inmae Angkana Jirarode
Ek-uma Imkome

642 The Effect of Family Strenght Enhancing Program on Caregiving Burden in Family Caregivers of Schizophrenic Patients
Pornpavee Yangpaksee Ratchaneekorn Upasen

650 The Effect of Perioperative Service Program by Lean Conceptand Mobile Application on Satisfaction of Cataract Surgery Patientsat the Ophthalmology Clinic, Phramongkutklao Hospital
Sataporn Chaichana Wasinee Wisesrith

658 Predicting Factors on Incontinence Associated Dermatitis in Hospitalized Older Persons
Puttiporn Pitanthananukul Chalita Juntepa
Mukjarin Suttisai

667 Enhancing Psychological Flexibility and Inhibitory Control in Chronic Kidney Disease Patients with Acceptance and Commitment Program
Wirachaya Kosaena Juthamas Haenjohn
Warakorn Supwirapakorn

676 Predicting Factors for Decision Making of Amniocentesis in High Risky Pregnant Women
Jaruwan Kownaklai Umaporn Kuasit
Boonsuan Karawa Nanthiya Thaicharoen

684 The Effects of Positive Mental Health Promotion Program on The Mental Health Self-Care Behavior of Older Adults
Arapa Boonyoo Nutchanart Bunthumporn
Chomchuen Somprasert

การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กรณีศึกษา

The Nursing Care of Children Receiving Chemotherapy Leukemia Case Study

เวธกา วงษ์มณี*
Weathaka Wongmanee*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000
Faculty of Nursing Sisaket Rajabhat University, Sisaket,Thailand 33000

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การพยาบาลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และเพื่อป้องกันและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดการดูแลและการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสำคัญอย่างยิ่งดังนั้นการพยาบาลด้วยความถูกต้องตามหลักและกระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อรวบรวมข้อมูลและนำมาวางแผนในการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยลดการเกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงเพราะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดส่วนมากมักเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาค่อนข้างมากซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหากไม่เฝ้าระวังและให้การพยาบาลที่ดีอาจส่งผลต่อการได้รับยาในครั้งต่อไปของเด็กซึ่งอาจได้ยาไม่ครบตามกำหนดทำให้โรคอาจกำเริบขึ้นได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและช่วยให้เด็กได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว, การรักษาเคมีบำบัด

Abstract

This article aims to 1. To provide nursing care for children with leukemia who are receiving chemotherapy. 2. To prevent and monitor adverse effects from chemotherapy. The care and nursing care for children who are receiving chemotherapy are very important. Therefore, nursing care according to nursing principles and processes and health assessment to collect data and plan appropriate nursing care to help reduce physical and mental problems, including changes in image because most patients who are receiving chemotherapy often have quite a few complications from treatment, which affect their health and daily life. If they are not monitored and do not provide good nursing care, it may affect the child's next medication, which may not be complete as scheduled, causing the disease to recur. Therefore, nurses play an important

Corresponding Author: *E-mail: weathaka.w@sskru.ac.th

วันที่รับ (Received) 16 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 10 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 25 มกราคม 2569

role in providing nursing care for children who are receiving chemotherapy to prevent complications and help children receive medication and treatment continuously to promote children's quality of life.

Keywords : Nursing Care ,Children, Leukemia, Chemotherapy

บทนำ

ในปัจจุบันมีรายงานพบผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยเด็กในช่วงอายุ 0-19 ปีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 300,000 รายต่อปี ชนิดของมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็กช่วงอายุ 0-14 ปี ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia: ALL) ร้อยละ 46.4 มะเร็งระบบประสาทและสมอง (CNS tumor) ร้อยละ 28.2 และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ร้อยละ 15.2 ตามลำดับสำหรับประเทศไทย ข้อมูลสถิติอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร 100,000 คน ในช่วงอายุ 0-4 ปี, 5-9 ปี และ 10-14 ปี พบว่าเด็กชายมีอัตราผู้ป่วยอยู่ที่ 16.2, 8.5 และ 12.7 ตามลำดับ ขณะที่เด็กหญิงมีอัตราผู้ป่วยอยู่ที่ 16.7, 7.5 และ 8.2 ตามลำดับ[1]

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เป็นกลุ่มของโรคมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้มีการสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนที่ผิดปกติออกมาเป็นจำนวนมาก เซลล์เหล่านี้ไม่สามารถพัฒนาไปเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่สมบูรณ์ได้ และเพิ่มจำนวนขึ้นจนไปเบียดบังการสร้างเซลล์เม็ดเลือดปกติชนิดอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด เลือดออกง่าย ติดเชื้อง่าย และอาจมีอาการอื่น ๆ ตามมา โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันของเซลล์ลิมโฟบลาสต์ (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) ถือเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในเด็กในระดับต้น ๆ ทั่วโลกแนวทางการรักษาหลักคือการให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง โดยมีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ยในระยะยาวที่สูงขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวมักก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กทั้งกายจิตและสังคม[10]

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยจากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง อาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ผมร่วง รวมถึงผลกระทบต่อพฤติกรรมและภาวะอารมณ์ เช่น ความเครียด ความกลัว หรือภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทในการประเมิน ติดตามอาการ และให้การดูแลทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว[3]

การพยาบาลเด็กที่ได้รับยาเคมีบำบัดจึงต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีการประเมินอย่างรอบด้าน การวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ และการให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการรักษาและการดูแล

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากภูมิต้านตานต่ำรวมจากสาเหตุอื่น เช่นผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ หรือปลูกถ่ายไขกระดูก และผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (immunocompromised host) เนื่องจากตัวโรคมะเร็งเองและการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งจึงเปราะบาง และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่คุกคามต่อชีวิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไปจากการศึกษาหาสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าร้อยละ 60-80 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 50-65 ของผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยมะเร็งชนิดก้อน (solid tumor) เสียชีวิตเพราะสาเหตุมาจากการติดเชื้อความเสี่ยงของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งเด็ก3 ได้แก่ 1) ภาวะนิวโทรพีเนีย จากมะเร็งที่ลุกลามเข้าสู่ไขกระดูกหรือเป็นผลจากยาเคมีบำบัดที่มีฤทธิ์กดการทำงานของไขกระดูก 2) ผิวหนังและเยื่อบุเสียคุณสมบัติในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การฉายแสง หัตถการต่างๆ เช่น การเจาะไขกระดูกการเจาะเลือดหลายๆ ครั้ง การใส่สายสวนหลอดเลือดและสายสวนปัสสาวะ 3) ความผิดปกติของภูมิคุ้มกันที่อาศัยเซลล์เป็นสื่อ (cell-mediated immunity) และ/หรือภูมิคุ้มกันที่อาศัยแอนติบอดี (humoral immunity) 4) ภาวะขาดสารอาหาร และ 5) การกระจายหรือกดเบียดของมะเร็งต่อ

อวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดแผลและมีการติดเชื้อตามมา หรือเกิดการอุดตันในทางเดินปัสสาวะหรือทางเดินอาหาร ภาวะนิวโทรพีเนียเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมากที่สุดเป็นอันดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยมีความไวต่อการติดเชื้อ[2]

จากที่กล่าวมาข้างต้น การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวจะมุ่งเน้นไปที่การทำลายเซลล์มะเร็งและฟื้นฟูการทำงานของไขกระดูก การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดควรทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุด

มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia; ALL)

หมายถึงผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการวินิจฉัยมักเกิดจากความผิดปกติกับระบบการสร้างเม็ดเลือดในร่างกาย โดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดขาวในไขกระดูก ซึ่งส่งผลให้จำนวนเม็ดเลือดขาวที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและกดการสร้างเซลล์เม็ดเลือดชนิดอื่นที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เช่น เม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือด อาการของโรคนี้อาจมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดและระดับของความรุนแรง ตั้งแต่การอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีไข้เรื้อรัง เลือดออกง่าย หรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้เหมือนเดิม การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวนั้นมักจะประกอบด้วยกระบวนการทางการแพทย์ที่หลากหลาย เช่น การใช้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Stem Cell Transplantation) หรือการประยุกต์ใช้ยามุ่งเป้า (Targeted Therapy) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค และสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลใกล้ชิดจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและรับข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม[6]

การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความซับซ้อนและแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรคและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวจะมุ่งเน้นไปที่การทำลายเซลล์มะเร็งและฟื้นฟูการทำงานของไขกระดูกให้กลับมาเป็นปกติ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดควรทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุด[4]

ประเภทของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การจำแนกประเภทของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาศัยปัจจัยหลักสองประการ คือ ชนิดของเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ผิดปกติและความรวดเร็วในการดำเนินโรคทำให้สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่[5]

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟบลาสเฉียบพลัน (Acute Lymphoblastic Leukemia - ALL): พบได้บ่อยในเด็กและสามารถพบในผู้ใหญ่ได้เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ลิมโฟไซต์ตัวอ่อน

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดมัยอีลอยด์เฉียบพลัน (Acute Myeloid Leukemia - AML): เป็นชนิดที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ แต่ก็พบในเด็กได้เช่นกัน เกิดจากความผิดปกติของเซลล์มัยอีลอยด์ตัวอ่อน ในกรณีของ AML จะมีการตรวจพบเซลล์ตัวอ่อน (blasts) มากกว่า 20% ในเลือดหรือไขกระดูก

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) ร้อยละ 15.2 มะเร็งชนิดนี้จะเกิดขึ้นกับระบบน้ำเหลืองหรือเนื้อเยื่อน้ำเหลืองและยังส่งผลต่อไขกระดูกและอวัยวะส่วนอื่นด้วย โดยชนิดของมะเร็งต่อมน้ำเหลืองหลัก ๆ จะแบ่งออกเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองฮอดจ์กิน (Hodgkin's Lymphoma: HL) และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดจ์กิน (Non-Hodgkin's Lymphoma: NHL) ซึ่งมีเปอร์เซ็นต์การเกิดโรคอยู่ที่ 3 และ 5 เปอร์เซ็นต์ตามลำดับ มักพบอาการเหนื่อยล้า อ่อนแรง น้ำหนักตัวลดลง มีไข้ เหงื่อออก บวมที่ต่อมน้ำเหลืองโดยเฉพาะบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ แพทย์จะพิจารณาวิธีการรักษาเช่นการฉายรังสี การให้ยาเคมีบำบัดเพื่อช่วยยับยั้งการกระจายของโรค

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดในหลายกรณี อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้อง ได้แก่การกลายพันธุ์ของสารพันธุกรรม (DNA): เกิดการเปลี่ยนแปลงใน DNA ของเซลล์เม็ดเลือดขาวในไขกระดูก

การสัมผัสรังสี: การได้รับรังสีปริมาณสูง เช่น จากการรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่น หรือการสัมผัสรังสีจากระเบิดปรมาณู

การสัมผัสสารเคมีบางชนิด: เช่น เบนซีน (benzene) ซึ่งเป็นสารประกอบในอุตสาหกรรมเคมีและน้ำมันเชื้อเพลิง

และยาฆ่าแมลงบางชนิด

การได้รับยาเคมีบำบัดบางชนิด: การรักษาโรคมะเร็งชนิดอื่นด้วยยาเคมีบำบัดบางกลุ่มอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวในภายหลัง

ปัจจัยทางพันธุกรรม: ผู้ที่มีภาวะทางพันธุกรรมบางอย่าง เช่น ดาวน์ซินโดรม อาจมีความเสี่ยงสูงขึ้น

การติดเชื้อไวรัสบางชนิด: เช่น Human T-lymphotropic virus (HTLV) และ Epstein-Barr virus (EBV) อาจมีความเชื่อมโยงกับการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวบางชนิด

อาการ

อาการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและขึ้นอยู่กับชนิดของโรค แต่โดยทั่วไปอาการที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น และเหงื่อออกมากผิดปกติในตอนกลางคืนอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซีด เนื่องจากภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดแดงต่ำเลือดออกง่ายผิดปกติ เช่น มีจุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดกำเดาไหลบ่อย เลือดออกตามไรฟัน หรือเลือดหยุดยากเมื่อมีบาดแผล เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำติดเชื้อบ่อยและรุนแรง เนื่องจากเม็ดเลือดขาวปกติที่ทำหน้าที่ต่อสู้กับเชื้อโรคมีจำนวนลดลงหรือไม่ทำงานตามปกติน้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ เบื่ออาหารต่อมน้ำเหลืองโต ตับโต ม้ามโต อาจคลำพบก้อนในช่องท้องปวดกระดูกและข้อ หายใจลำบากและมีอาการไอ

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอาศัยวิธีการตรวจหลายอย่างประกอบกัน ได้แก่การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะสอบถามอาการผิดปกติ ประวัติการเจ็บป่วย และตรวจร่างกายเพื่อหาสิ่งผิดปกติ เช่น ต่อมน้ำเหลืองโต ตับม้ามโต

การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count - CBC) เป็นการตรวจนับจำนวนและดูลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด ซึ่งมักพบความผิดปกติในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว

การตรวจสเมียร์เลือด (Peripheral Blood Smear): เป็นการนำหยดเลือดไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อดูลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดอย่างละเอียด และตรวจหาเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวตัวอ่อน

การตรวจไขกระดูก (Bone Marrow Examination) เป็นการเก็บตัวอย่างไขกระดูกโดยการเจาะและดูดไขกระดูกหรือการตัดชิ้นเนื้อไขกระดูกไปตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ประเมินชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาว และตรวจหาความผิดปกติทางโครโมโซมหรือยีน

การตรวจทางเซลล์พันธุศาสตร์ (Cytogenetics) และอณูชีววิทยา (Molecular Analysis) เพื่อตรวจหา ความผิดปกติของโครโมโซมและยีนที่จำเพาะต่อมะเร็งเม็ดเลือดขาวแต่ละชนิด ซึ่งมีความสำคัญในการพยากรณ์โรคและวางแผนการรักษา

การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunophenotyping): เพื่อจำแนกชนิดของเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยอาศัยโปรตีนบนผิวเซลล์

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวขึ้นอยู่กับชนิดของโรค อายุและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย รวมถึงการตอบสนองต่อการรักษา โดยมีวิธีการรักษาหลัก ๆ ดังนี้

ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy): เป็นการใช้ยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวหลายชนิด โดยเฉพาะชนิดเฉียบพลัน

การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นการใช้ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อโมเลกุลหรือกลไกที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ทำให้มีผลข้างเคียงต่อเซลล์ปกติน้อยกว่ายาเคมีบำบัดแบบดั้งเดิม

ภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)เป็นการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยให้สามารถจดจำและทำลายเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น เช่น การใช้โมโนโคลนอลแอนติบอดี (Monoclonal Antibodies) หรือการบำบัดด้วยเซลล์ CAR T-cell

การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Stem Cell Transplantation หรือ Bone Marrow Transplantation) เป็นการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดขนาดสูงหรือรังสีรักษาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งในไขกระดูก แล้วจึงให้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดใหม่ที่แข็งแรงเข้าไปแทนที่ เพื่อให้ร่างกายสามารถสร้างเม็ดเลือดปกติได้อีกครั้ง

รังสีรักษา (Radiation Therapy)อาจใช้ในบางกรณี เช่น เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งในสมองและไขสันหลัง หรือเตรียมผู้ป่วยก่อนการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด

การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive Care) เพื่อควบคุมอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การให้เลือดและเกล็ดเลือด การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาและป้องกันการติดเชื้อ

การพยากรณ์โรคและแนวโน้มในอนาคต

การพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความแตกต่างกันอย่างมาก ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ระยะของโรค อายุของผู้ป่วย สุขภาพโดยรวม การตอบสนองต่อการรักษา และปัจจัยทางพันธุกรรมของเซลล์มะเร็ง ในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีความก้าวหน้าอย่างมากในการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นและอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด ALL การวิจัยยังคงดำเนินต่อไปเพื่อพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีผลข้างเคียงน้อยลง รวมถึงการทำความเข้าใจกลไกการเกิดโรคในระดับโมเลกุลเพื่อนำไปสู่การป้องกันและรักษาและการให้การพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นในอนาคต

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

จากการศึกษาของ[1] พยาบาลมีบทบาทสำคัญในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพที่ช่วยจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งพยาบาลมีส่วนสำคัญในการช่วยให้เด็กและครอบครัวเผชิญและแก้ไข อาการต่างๆ ได้ ดังนี้[2]

1. การประเมินอาการเป็นการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของผู้ป่วยเองมีความสำคัญมากกว่าอาการ ที่แสดงซึ่งสามารถสังเกตได้ โดยพยาบาลสามารถประเมินอาการต่างๆ ได้ดังนี้

1.1 ความรุนแรง (Intensity) เป็นการประเมินในการจำแนกเกี่ยวกับระดับของความรุนแรง (Degree) ความทน (Strength) ความร้ายแรง (Severity) ของอาการที่เกิดขึ้น โดยมีการใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงด้วยการวัดโดยใช้แบบประเมิน Numerical rating scale

1.2 ความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นความรู้สึกกังวลใจเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของการเกิดความทุกข์ทรมานของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันไป เช่น บุคคลที่ได้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่จำนวนครั้งที่แตกต่างกัน จะมีความทุกข์ทรมานที่แตกต่างกัน

2. การจัดการกับอาการต่างๆที่พบเพื่อลดความรุนแรงของอาการโดยคำนึงถึงอายุและพัฒนาการของเด็กอย่างเหมาะสม

2.1 ก่อนได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาให้พยาบาลบันทึกรายละเอียดเพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่พบนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้การพยาบาล

2.2 ลดการใช้พลังงานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการพักผ่อนนอนหลับ จัดสรร การปิด เปิด ไฟ ในหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับอย่างเต็มที่

2.3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมประจำวันการเคลื่อนไหวร่างกายการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

2.4 การสนับสนุนด้านจิตใจร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและเด็กป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม การเขียนระบายความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยและการรักษา

2.5 กระตุ้นและส่งเสริมในเรื่องอาหารและความอยากอาหาร โดยส่งเสริม ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในการเพิ่มปริมาณอาหารและโปรตีนอาหารที่เหมาะสำหรับผู้ป่วย

2.6 ลดความวิตกกังวลของครอบครัว ต่อความเจ็บป่วย ต่อการรักษา และการตรวจวินิจฉัยโรค

ในปัจจุบันการให้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการหนึ่งในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้ผลดีแต่ผลข้างเคียงของยาเคมีบาบัดอาจเกิดขึ้นได้หลายประการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในทุกด้านทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงแต่อย่างไรก็ตามอาการข้างเคียงเหล่านี้สามารถป้องกันหรือบรรเทาอาการได้ซึ่งพยาบาลผู้ให้การดูแลเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยตการดูแลและบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดภายหลังการรับยา และการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองในระหว่างการรักษาได้อย่างถูกต้อง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 14 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Lymphoblastic Leukemia with Tomor Lysis syndrome

อาการสำคัญ: 1 วันก่อนมามีอาการ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย อาเจียนมากกว่า 4 ครั้งญาตินำส่งโรงพยาบาล

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 สัปดาห์ก่อน มาโรงพยาบาล มารดาสังเกตเห็นผู้ป่วยมีอาการซีด เหนื่อยอ่อนเพลียมากขึ้น 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีรอบเดือนมา

มากกว่าปกติ มีจุดคล้ำตามแขน ขา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาสังเกตเห็นมีจุดคล้ำตามแขนขาจึงพาไปโรงพยาบาลต้นสังกัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติแพ้: ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว

การตรวจร่างกาย: สัญญาณชีพ BT 37.2 องศาเซลเซียส PR 100 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg น้ำหนัก 43 Kg ส่วนสูง 147 cm รู้สึกตัวดี ให้ความร่วมมือในการตรวจร่างกายดี มีเยื่อบุตาซีด การมองเห็นปกติ Pupil 2 mm Reaction to Light both eyes การได้ยินปกติ ไม่พบแผล ในช่องปาก ไม่มีน้ำ มูก เสียงหายใจเข้าออกปกติ ไม่พบ Crepitation ฟังเสียงหัวใจ S1S2 normal no murmur ไม่พบบาดแผล Bowel sound 6 ครั้ง/นาที พบจุดคล้ำตามแขนขา 2-3 จุดและมีรอยช้ำจากการ เจาะเลือด Capillary refill time 2 sec เคลื่อนไหวได้ปกติการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระปกติ

การวินิจฉัย:

ผล Bone Marrow Biopsy พบ Intermediate CD45 (+) cells with low side scattergram cell events approximately 90.1+-1% of analyzed blastic gate Flow cytomatric analysis of bone marrow demonstrates CD10(+) CD19(+) CD34(+) HLA – DR(+)TdT (+) blasts with aberrant CD 15 expression compatible with precursor B acute lymphoblasticleukemia. (CD7=0.6%,CD10 = 90.2%, CD11b=0.1%, CD13=0.8%,CD15 =24.2%, CD19=74.6%, CD33=3.5%, CD34 =84.2%, CD56=0.8%, CD64=0.6%, CD117 =2.0% HLA – DR = 96.4% TdT = 63.4%) CXR: normal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

CBC:Hb 11.6 g/dl Hct 30.3% RBC 2.86X106/UL MCV 72.2 fl MCH 25.2 pg MCHC 30.5 g/dl plt 53,000/UL WBC 1,700 cell/cumm Neutrophil 30.5% Lymphocyte 52.7% Monocyte 0.5% Eosinophil 0% Basophil 0.4% ANC= 550 cell/mm3

การรักษาที่ได้รับ :

Chemotherapy High risk ALL protocol wk1 ประกอบด้วยยา Vincristine 1 mg (1.5 mg/m2 , max 2 mg) + NSS up to 10 ml iv push (Day1,8), L-asparaginase 6,500 IU im (10000 IU/M2) (Day4,6,8,10,12,14), Metrotrexate (MTX) 12 mg IT +NSS up to 5 ml (2.5 mg/ml) (Day1,8) ขณะได้รับยาเคมีบำบัดผู้ป่วยเริ่มมีภาวะ ThrombocytopeniawithFebrile neutropenia ได้รับยา Fortum 1.5 gm และ Amikin 195 mg iv q 8 hr. ก่อนการให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยได้รับ 5% DN/2 1000 ml iv 80 ml/hr

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบสำหรับผู้ป่วยรายนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผิวหนังเนื้อเยื่อและเส้นเลือดจากการรั่วซึมของยาเคมีบำบัด

1.1 ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ14ปีแพทย์วินิจฉัยเป็น Acute Lymphoblastic Leukemia with Tomor Lysis syndrome ได้รับการรักษาด้วยVincristine พบผื่นแดงและปวดบริเวณด้านในของแขนซ้ายตรวจสอบการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดออกนอกหลอดเลือด (Extravasation of Cytotoxic Agents) พบมีการรั่วของยาเคมีบำบัดออกนอกเส้นเลือดจะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการปวด แสบร้อน บวม มีการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณรอบเส้นเลือด, vincristine, vindesine, vinorelbine ทำให้เกิดการอักเสบ หรือ ปวดบริเวณที่มีการรั่วของยาออกนอกเส้นเลือด[7]

1.2. การปฏิบัติเมื่อยาเคมีบำบัดรั่วออกนอกเส้นเลือดได้หยุดการให้ยาเคมีบำบัดทันทีและใช้ Syringe ขนาดเล็ก 1-3 ml ดูดยาส่วนที่รั่วออกมาให้มากที่สุดก่อนที่จะดึงเข็มออกไม่ใช้แรงกดบริเวณที่รั่วรายงานแพทย์ทราบถึงชนิดของยาที่รั่วซึมบริเวณที่มีการรั่วซึมลักษณะของผิวหนังที่เกิดการรั่วซึมของยาเคมีบำบัดและยกบริเวณที่ให้ยาให้สูงนาน 48 ชั่วโมงหลังจากนั้นอาการแดงและอาการปวดดีขึ้นไม่พบการขยายตัวเพิ่มเติมไม่มีเนื้อเยื่อตาย

1.3 แจ้งแพทย์ผู้สั่งการรักษาให้ทราบข้อมูลและได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาและให้การพยาบาลโดยการเปลี่ยนเส้นเลือดในการให้ยาเพื่อช่วยลดอาการบวมและลดการอักเสบของเส้นเลือดบริเวณที่ให้ยา

2. มีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้ยาเคมีบำบัด[12]

2.1 สอบถามระดับความรุนแรงของอาการคลื่นไส้และอาเจียนโดยใช้เครื่องมือประเมิน Nausea and Vomiting Scale

2.2 แนะนำผู้ป่วยสังเกตลักษณะ และปริมาณการอาเจียนรวมถึงปัจจัยกระตุ้นเช่นกลิ่นอาหารหรือเวลาที่เกิดอาการอาเจียน

2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน (Metoclopramide) โดยแนะนำให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที และแนะนำให้รับประทานยาที่แพทย์สั่งให้หมด

2.4 การรับประทานอาหารจัดเตียงผู้ป่วยให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกหลีกเลี่ยงกลิ่นที่อาจกระตุ้นอาการคลื่นไส้ และให้ผู้ป่วยพักผ่อนในท่าศีรษะสูงหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที –1 ชั่วโมงเพื่อช่วยลดอาการ

2.5 ติดตามความสามารถในการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำของผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาล

2.6 ประเมินภาวะขาดน้ำและภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์เพื่อติดตามต่อเนื่องและให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม

2.7 ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากภูมิต้านทานของร่างกายลดลงจากไขกระดูกถูกกดการทำงานผลจากยาเคมีบำบัด

3.1 ประเมิน vital signs ทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกายและประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อเพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง

3.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกเนื่องจากพบค่า ANC = 550 เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่ม

3.3 ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Fortum (1000 mg) inj. Sig. 1560 mg iv q 8 hr. Amikin (500 mg) inj. Sig. 195 mg iv q 8 hr เพื่อช่วยลดการติดเชื้อในร่างกาย

3.4 ดูแลทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยจัดให้เยี่ยมครั้งละน้อยๆงดคลุกคลีกับคน ที่มีการติดเชื้อ และผูก Mask ทุกเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย

3.5. ดูแลให้บ้วนปากด้วย Special mouth wash prn และ NSS1000 ml อมกลั้วปากหลังอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดแผลและการติดเชื้อในช่องปาก

3.6 แลด้วยหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.7 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC UA เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย

4. เกิดภาวะซีดเนื่องจากปัจจัยการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวขัดขวางการสร้างเม็ดเลือดแดงภายในไขกระดูก

4.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะซีดได้

4.2 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เน้นอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูงจำพวกเนื้อสัตว์นมไข่ตับเครื่องในผักใบเขียว เข้ม เช่น ผักโขมคะน้าและธัญพืช

4.3 เพิ่มวิตามินซีในมื้ออาหารเพื่อช่วยการดูดซึมธาตุเหล็กเช่นส้มมะเขือเทศและฝรั่ง

4.4 ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6–8 แก้วเพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

4.5 แนะนำผู้ป่วยและญาติเฝ้าระวังการเกิดอันตรายจากอาการอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีดเช่นหน้ามืดหกล้มและระมัดระวังการเคลื่อนไหวเช่นการลุกนั่งช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการหน้ามืดหรือหกล้มจัดบ้านหรือสถานที่อยู่ให้สะดวกและปลอดภัยไม่มีของวางกีดขวางทางเดิน

4.6 สังเกตอาการของภาวะซีดเช่นอ่อนเพลียผิดปกติวิงเวียนศีรษะหายใจลำบากหรือหน้าซีดหากมีอาการรุนแรงขึ้นเช่นใจสั่นหายใจเร็วหรือเหนื่อยง่ายแม้ขณะพักควรแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

4.7 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อประเมินการให้การพยาบาล

5. เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำจากไขกระดูกถูกกดการทำงานจากผลของยาเคมีบำบัด

5.1 ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกทั้งภายในและนอกร่างกายมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆเพื่อให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที

5.2 ให้การพยาบาลด้วยความระมัดระวังหลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อและเจาะเลือดหลายๆครั้ง

5.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Platelet ถ้าต่ำกว่า 20,000 เซลล์ต่อไมโครลิตร (cell/mm^3) ให้ Absolute bed rest

5.4 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออก เช่น จุดเลือดออกเพิ่มมากขึ้น เลือดออกตามไรฟัน

เลือดกำเดาไหลถ่ายอุจจาระมีเลือดปน เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล

5.5 ดูแลบ้วนปากด้วย Special mouth wash และ NSS 1000 ml แทนการแปรงฟันเพื่อป้องกันเลือดออก

6. เสี่ยงต่อการได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

6.1 ประเมินอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหารเพื่อปรับเปลี่ยนการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม

6.2 แนะนำให้เด็กรับประทานอาหารทีละน้อยแต่บ่อยครั้งเพื่อเพิ่มสารอาหารให้ร่างกาย

6.3 ดูแลให้การพยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์คือ 5% DN/2 1000ml iv 80 ml/hr.

6.4 ดูแลให้เด็กชั่งน้ำหนักและส่วนสูงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 –2 ครั้งเพื่อประเมินระดับการขาดสารอาหาร

6.5 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเบื่ออาหารและเยื่อบุช่องปากอักเสบเป็นผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปเมื่อครบการรักษา

6.6 แนะนำการรับประทานยาแก้คลื่นไส้อาเจียน Metoclopramide 1x3 oral ac ตามแผนการรักษา ของแพทย์เพื่อช่วยลดการคลื่นไส้อาเจียน

6.7 ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin, CBC เพื่อประเมินและให้การพยาบาล

7. ครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินโรคและแผนการรักษาเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร

7.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกให้ผ่อนคลายความตึงเครียด

7.2 กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยพร้อมทั้งส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

7.4 เปิดดโอกาสให้มารดาระบายความรู้สึกเพื่อให้ผ่อนคลายความตึงเครียดรับฟังด้วยความตั้งใจและสนใจเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

7.5 ประสานงานให้มารดาได้สอบถามการดำเนินโรคและแผนการรักษากับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวล

7.6 แนะนำให้ญาติมาช่วยดูแลผู้ป่วยเด็กแทนมารดาเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนคลายความเครียด

7.7 ประเมินความวิตกกังวลของมารดาภายหลังให้การดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นความรู้เฉพาะด้านพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยการให้ความรู้รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคการรักษาและผลข้างเคียงที่สำคัญพยาบาลจึงต้องให้ข้อมูลการรักษาและการบริหารจัดการยาอย่างถูกต้องและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์เฉียบพลันโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไข้จากเม็ดเลือดขาวต่ำ (Febrile Neutropenia) ซึ่งเป็นภาวะที่พบบ่อยและอันตรายถึงชีวิตซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ การเฝ้าระวังอาการ การจัดการอาการติดเชื้อและการให้ยาปฏิชีวนะอย่างทันท่วงทีจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้และทักษะในการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนหลายอาการพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

สำหรับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งสำคัญควรมีการเสริมสร้างความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดผลข้างเคียงและมีมาตรฐานในการจัดการยาเคมีบำบัดเพื่อพัฒนาความสามารถในการบริหารยาเคมีบำบัดรวมถึงการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่นยาเคมีบำบัดรั่วซึมนอกหลอดเลือด (Extravasation) และมีการจัดโปรแกรมการฝึกอบรมที่เน้นการเพิ่มพูนความรู้เพิ่มทักษะด้านการบริหารจัดการเคมีบำบัดอย่างปลอดภัยรวมถึงทักษะในการประเมินวางแผนและให้การพยาบาลที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยภาพรวมส่งผลให้เกิดการดูและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

References

1. Angkana W. Treatment outcomes of acute lymphoblastic leukemia patients in children using the standard formulas of Thailand, ThaiPOG 2006, and ThaiPOG 2014, at Maharat Hospital. Nakhon Ratchasima Journal of Pediatrics.2023;62(2):105-15. (in Thai)
2. Anusak S. Pediatric cancer and diagnostic guidelines. Journal of Hematology and Transfusion Medicine. 2021;31(2):187-94. (in Thai)
3. Patcharee C. Chukanhom, P,. & others.The role of nurses in managing fatigue in children with cancer receiving chemotherapy. Journal of Nursing, Health and Education. 2023;6(3): 69–81. .(in Thai)
4. Patcharapa K. Care for children with acute leukemia: The role of the health team. Public Health Nursing Journal. 2022;32(3): 94–08. (in Thai)
5. Phatthanaphong S. Comparison of radiation dose in the target dose of treatment planning and organs at risk for prostate cancer patients using three-dimensional and intensity-adjusted radiation techniques at Sakon Nakhon Hospital. Sakon Nakhon Hospital Journal. 2020;23(2): 1–12. (in Thai)
6. Phennapa M. The effect of using the guidelines for prevention and monitoring of adverse reactions from the use of Asparaginase in children with acute leukemia. Journal of Clinical Pharmacy. 2025; 31(1): 1–15. (in Thai)
7. Rose P. Nursing Care of Children with Cancer: A Case Study. Thai Red Cross Nursing Journal. 2019; 12(2):1-15. (in Thai)
8. Sung H, Ferlay J, Siegel R.L, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, & Bray F, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209–49.
9. Saowanee S, & Hathaichanok N. Model of Preparation for Children with Cancer Who Received Therapy in A Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 113-22. (in Thai)
10. TheThai Society of Hematology. National Protocol for treatment of childhood cancer.2023
11. Wichittra S. Nursing care for patients with colorectal cancer undergoing chemotherapy with the 5-FU/LV regimen and experiencing complications from the treatment: A case study. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2025;10(1):60-8. (in Thai)
12. Yaowarat C, Suphannee S, & Nopakan W. 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 Nurses. 2025; 26 (1):10-8. (in Thai)

บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิที่ผ่าตัดต่อม พาราไทรอยด์: ประสบการณ์ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

The Role of Hemodialysis Nurses in Caring for Patients with Tertiary Hyperparathyroidism Undergoing Parathyroidectomy: an Experience at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital

วิลาวัล เปรมชื่น รภัสศา แพรภัทรประสิทธิ์* วาสนา ฬาวิน
Wilawan Premchun Raphassa Praepataraprasit* Wasana Lavin
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

ภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แบบทั้งหมด เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage chronic kidney disease) ควรมีการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มีระดับพาราไทรอยด์ในเลือด อยู่ที่ 3424.6, 1813.4, และ 2029.9 pg/ml ตามลำดับ และ หลังการผ่าตัด (30 นาที) ระดับพาราไทรอยด์ในเลือดอยู่ที่ 88.5 pg/mL หลังการผ่าตัด วันที่ 2, 8, และ 14 โดยผลเลือดอยู่ที่ 25.3, 3.0, และ 5.5 pg/ml ตามลำดับ หลังผ่าตัดผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายได้

กรณีศึกษาภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism) ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ ยังพบไม่บ่อยนักในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจใน เกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติชนิดตติยภูมิที่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง จะเป็นประโยชน์สูงสุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย

คำสำคัญ: ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Abstract

Tertiary hyperparathyroidism after total parathyroidectomy is a significant complication in patients with (end-stage chronic kidney disease). Nursing care plans should be developed to ensure patient safety and reduce postoperative complications.

Corresponding Author: *E-mail: raphassa.prp@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 19 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 พ.ย. 2568

This patient's blood parathyroid levels were 3424.6, 1813.4, and 2029.9 pg/ml, respectively. After surgery (30 minutes), the blood parathyroid level was 88.5 pg/mL. On the 2nd, 8th, and 14th days after surgery, the blood results were 25.3, 3.0, and 5.5 pg/ml, respectively. The patient was hospitalized for a total of 5 days after surgery without any postoperative complications and was discharged by the doctor.

Case studies of tertiary hyperparathyroidism undergoing parathyroidectomy are still uncommon at Ramathibodi Chakri Naruebodin Hospital. Nurses' knowledge and understanding of the pathophysiology of tertiary hyperparathyroidism caused by chronic kidney disease will be of utmost benefit in ensuring patient safety.

Keywords: Tertiary hyperparathyroidism, chronic kidney disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย end-stage chronic kidney disease (CKD) เกิดจากภาวะที่ไตเสื่อม ถูกทำลาย ทำให้หน้าที่การทำงานของไตในการดูดกลับ ควบคุมสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เสียสมดุล ทำให้การทำหน้าที่ไตลดลงอย่างช้าและต่อเนื่องเกิน 3 เดือน จนไม่สามารถฟื้นกลับมาทำงานได้ตามปกติ[1] ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยใหม่เริ่มการฟอกเลือดจำนวน 13,045 ราย แนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[2] เมื่อการดำเนินโรคมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลแร่ธาตุและกระดูก (chronic kidney disease Mineral and bone disorder: CKD-MBD) โดยภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง[3]

ปัญหาจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงจากโรคไตเรื้อรังมี 2 ชนิด ได้แก่ 1) ภาวะพาราไทรอยด์สูงทุติยภูมิ (secondary hyperparathyroidism; SHT) เป็นภาวะที่ต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ออกมามากกว่าปกติจากการขาดวิตามินดี (vitamin D deficiency) และภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) และ 2) ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism, THPT) เกิดจากต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์เป็นระยะเวลานาน จนสามารถหลั่งฮอร์โมนออกมาได้เอง (autonomous hyperfunction) โดยไม่ต้องมีระดับแคลเซียมหรือระดับฟอสเฟตที่ผิดปกติมาเป็นปัจจัยกระตุ้น[3] อาจพบระดับแคลเซียมในเลือดสูงกว่าปกติหรือปกติได้ และตรวจพบระดับวิตามินดีและฟอสเฟตต่ำ[4] ภาวะ THPT พบอัตราส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชายที่ 4:1 และพบอุบัติการณ์สูงในอายุเกินกว่า 55 ปีขึ้นไป[5] ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ปวดกระดูก (bone pain) กระดูกบาง (Osteopenia) การที่แคลเซียมไปเกาะผนังหลอดเลือด มีผลให้เกิดการขาดเลือดของอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปเลี้ยง (calciphylaxis) ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือด การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการตายได้ ในส่วนผลการตรวจ เช่น ระดับแคลเซียมในหลอดเลือดและกระดูกเสื่อมอาจเกิดขึ้นได้ในระยะที่ 3 ของ CKD และมีค่าการกรองของไตลดลง จากความไม่สมดุลแร่ธาตุและกระดูก (chronic kidney disease Mineral and bone disorder: CKD-MBD) และผู้ป่วยอาจมีอารมณ์แปรปรวน เยื่อบุตาอักเสบได้[6]

การรักษาพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับยาช่วยจับฟอสเฟต ลดปริมาณการบริโภคฟอสเฟต และให้วิตามินดี[7] เมื่อระดับพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงเกิน 600 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตรขึ้นไป จะเริ่มได้รับ calcitriol, calcimimetics เพิ่มความถี่ของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[8] และเมื่อรักษาโดยวิธีดังกล่าวไม่ได้ผลผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ การผ่าตัดมี 4 วิธี ได้แก่ 1. Subtotal parathyroidectomy with bilateral cervical thymectomy 2. Total parathyroidectomy with autotransplantation of parathyroid tissue and bilateral cervical thymectomy 3. Total parathyroidectomy without autotransplantation of parathyroid tissue and bilateral cervical thymectomy 4. Total parathyroidectomy without autotransplantation and without and without thymectomy[9] จากการศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 1-2 ที่ต้องได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์[10] สถิติประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังทุติยภูมิและตติยภูมิ

พ.ศ. 2556-พ.ศ.2565 จำนวน 57 ราย[11] สถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าปีพ.ศ. 2563-2565 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.50 เพิ่มเป็นร้อยละ 25[12]

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยต้องดูแลสุขภาพตนเองร่วมด้วย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การดูแลเส้นฟอกเลือด และเมื่อฟอกเลือดเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะพาราไทรอยด์สูงชนิดตติยภูมิ เหมือนดังผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลไตเทียมมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสามารถให้คำแนะนำ และวิธีปฏิบัติตน การส่งเสริมการจัดการตนเอง การให้กำลังใจกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดการวางแผนก่อนกลับบ้าน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่

1. ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังการผ่าตัด Post-operative hypocalcemia พบได้ใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีอาการชารอบริมฝีปาก เป็นตะคริวชัก เกิดกลุ่มอาการหิวกระดูก (hungry bone syndrome) ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ (hypomagnesemia) พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบกระดูก ก้อนเนื้องอกของต่อมมีขนาดใหญ่ กลุ่มที่ระดับ BUN (Blood Urea Nitrogen) และ ALP (Alkaline Phosphatase; ALP) สูงก่อนผ่าตัด เป็นต้น[13]

2. การบาดเจ็บของเส้นประสาท (Recurrent laryngeal nerve injury) เป็นความผิดปกติแบบชั่วคราว อาการจะดีขึ้นเอง ก่อนผ่าตัดควรประเมินการทำงานของเส้นเสียงก่อนผ่าตัด[13]

3. แผลผ่าตัดติดเชื้อ (Wound infection) พบได้น้อยมากเนื่องจากแผลเป็น clean wound[13]

4. Hematoma พบได้โดยหากก้อนขนาดไม่ใหญ่มากทำให้เกิดอาการกลืนล้าบาก อึด อัด ปวด ได้ หรือหากก้อนใหญ่ขึ้นทำให้เกิด airway obstruction ได้ การแก้ไข ทำได้โดยให้ยาลดอาการบวมของทางเดินหายใจ ให้ออกซิเจนให้เพียงพอ และนำก้อนเลือดใต้แผลผ่าตัดออก[13]

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 58 ปี วินิจฉัยโรค End stage kidney disease on Hemodialysis 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ทางเส้นเลือด Left Arteriovenous Fistula (AVF) มา 20 ปี ได้แก่ วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสมุทรปราการ ตรวจพบภาวะพาราไทรอยดสูงแบบตติยภูมิ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พศ.2568 แพทย์ได้เพิ่มยาเพื่อควบคุมภาวะนี้ และแนะนำการควบคุมอาหารร่วมด้วย จากการศึกษา พบว่าก่อนผ่าตัดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ 2029.90 pg/ml ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ได้แก่ ESRD และมีภาวะ ภาวะความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะ Anemia of chronic disease และ Critical limb ischemia (CLI) status post Rt.mid foot amputation

ยาที่ได้รับปัจจุบัน (current medication) ได้แก่ ASA (81) 1x1 po pc - Losartan (100) 1x1 po pc, Hydralazine (25) 2x3 po pc, Sodamint (300) 1x2 po pc, Calcium carbonate (350) 1x3 po pc, Calcitriol (0.25) 3 tab po x 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และ Doxazocin (4) 1x2 po pc - losec (20) 1x1 po ac

อาการสำคัญ : นัดมาเพื่อผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ผลการตรวจ PTH : scan 19/10/2566 Prominent uptake in midpole of left lobe is observe Differential diagnosis is included intrathyoid parathyroid adenoma VS thyroid nodule Ultrasound FNA : 12/12/2566 intrathyroid adenoma VS thyroid nodule

ผลทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย แนวโน้มฟอสฟอรัสค่อนข้างสูงถึง 5.5 mg/dL (ค่าปกติ 2.5-4.5 mg/dL) และเมื่อได้รับการผ่าตัดฟอสฟอรัสกลับมาปกติใน 14 วันหลังการผ่าตัดระดับฟอสฟอรัส 2.5 (ค่าปกติ 2.5-4.5 mg/dL) ระดับแคลเซียมในเลือดก่อนการผ่าตัดเริ่มสูง 10.2 mg/dL (ค่าปกติ 8.4-10.2) และ มีต่ำมากในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1 และ 2 ระดับแคลเซียม 7.4, 7.5 mg/dL (ค่าปกติ 8.4-10.2) และเริ่มกลับมาปกติหลังผ่าตัดวันที่ 8 และ 14 ระดับแคลเซียม 8.3 , 9.1 ตามลำดับ และมีภาวะพร่องวิตามินดี ระดับวิตามินดี 20.39 ng/ml

ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัดมีระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง 3 เดือนก่อนการผ่าตัด ถึงก่อนการผ่าตัด ค่า 3424.6, 1813.4, 2029.90 (pg/ml) และเริ่มลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ขณะผ่าตัดตามลำดับ

หลังการผ่าตัดวันที่ 2, หลังผ่าตัดวันที่ 8 และหลังผ่าตัดวันที่ 14 พบว่าระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ค่อยๆ ลดลงหลังทำการผ่าตัด โดยค่า 25.30, 3.00 และ 5.50 (pg/ml) ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ รวบรวมข้อมูล และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร่วมกับมีภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงชนิดตติยภูมิ (tertiary hyperparathyroidism) ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แบบ (total parathyroidectomy) ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์แก่พยาบาลในหน่วยงาน ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลทางสุขภาพ แบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยมีกระบวนการในการปฏิบัติดังนี้

แผนการพยาบาลก่อนการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

1. **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** มีภาวะปวดกระดูกเนื่องจากต่อมพาราไทรอยด์ทำงานผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data

1. ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “มีอาการปวดกระดูกตอนลุกขึ้นนั่ง”

Objective data

1. ระดับ parathyroid hormone 2029.9 ng/L
2. ระดับ phosphorus 5.5 mg/dL
3. ระดับ calcium 10.2 mg/dL

เป้าหมายการพยาบาล

1. อาการปวดกระดูกลดลง
2. ไม่เกิด vascular calcification
3. ระดับ parathyroid hormone ลดลง
4. ระดับ phosphorus < 4 mg/dL
5. ระดับ calcium 8-10.2 mg/dL

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำข้อมูลเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนจากฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือดสูง มีดังนี้ อาการปวดกระดูก กระดูกหักง่าย, ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต, ภาวะแคลเซียมหรือหินปูนเกาะผนังหลอดเลือด (vascular calcification) เพื่อสร้างและส่งเสริมความตระหนักรู้[14]

2. แนะนำการควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือดไม่ควรเกิน 5 กรัม/ดล.

3. ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงไม่เกิน 800 มิลลิกรัม/วัน

4. แนะนำการรับประทานยา เช่น ยาช่วยจับฟอสฟอรัส แคลเซียมคาร์บอนเนต เคี้ยวพร้อมอาหารคำแรก วิตามินดีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการกระตุ้นต่อมพาราไทรอยด์

5. แนะนำมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสม่ำเสมอ

6. ใช้ dialysate Calcium 2.5 mEq/L ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

7. พิจารณาใช้ตัวกรอง High flux, High efficiency, middle cut off dialyzer ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ Post-dilution online Hemodiafiltration ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยการขจัดฟอสฟอรัส

8. ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ให้สรุปใบฟอกเลือดขณะอยู่ในโรงพยาบาลให้กับศูนย์ฟอกเลือด เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อการรักษาผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้เมื่อมีภาวะพาราไทรอยด์สูง รับทราบเรื่องการจำกัดอาหารที่มีฟอสฟอรัส และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้ตัวกรอง high flux High efficiency และใช้ dialysate calcium 2.5 mEq/L

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร่องความรู้ในการดูแลตนเองจากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ไม่รู้วิธีการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด”

Objective data ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองจากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

กิจกรรมพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยว่าการผ่าตัดมีสองแบบ ผ่าตัดต่อมทิ้งทั้งหมดและไม่ได้ฝัง ผ่าตัดออกบางส่วนและฝังไว้ที่ร่างกายให้ผู้สังเกตว่าฝังไว้ที่ใดในกรณีที่แขน เพราะมีผลต่อการเจาะเลือดวัดระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์

2. แผลผ่าตัดจะเป็นลักษณะแผลที่คอยาว 8-10 เซนติเมตร และ มีสายระบายเลือดหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลได้หลังผ่าตัดหากรู้สึกแน่นหายใจไม่ออก

3. แนะนำหลังผ่าตัด อาจมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเฉียบพลัน ให้สังเกตอาการ ความรู้สึกเหมือนโดนของแหลมทิ่มปลายมือหรือเท้า กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก มือจีบ ชามุมปาก ให้แจ้งพยาบาลได้หลังผ่าตัด

4. ในการรับประทานยา ถ้าช่วงแรกยังงดน้ำงดอาหาร และมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำมาก อาจมีการให้แคลเซียมทางหลอดเลือดดำ และ เมื่อเริ่มทานอาหารได้จะมีการได้รับยาแคลเซียม เปลี่ยนเป็นรับประทานหลังอาหาร และ ยาวิตามินดี ให้รับประทานสม่ำเสมอ และยังต้องควบคุมอาหารที่มีฟอสเฟตสูงเหมือนเดิม เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำ

การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถแจ้งได้ว่า หลังผ่าตัดจะมีแผลที่คอมีสายระบาย ถ้ามีอาการหายใจไม่ออกแน่นหน้าอก มือชา หรือมือกระตุกให้แจ้งพยาบาล วิธีการกินยาแคลเซียมเปลี่ยนเป็นกินหลังอาหาร ให้กินวิตามินดีสม่ำเสมอ

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วิตกกังวล จากการได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “กลัวการการผ่าตัด”

Objective data : สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล :

ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

2. ประเมินภาวะเครียดและความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัว

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบาย ความรู้สึกหรือพูดคุยในสิ่งที่เป็นกังวล

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

5. แนะนำการสังเกตอาการที่พบได้หลังการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและสังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัดได้ เช่น อาการชา กล้ามเนื้อกระตุก อาการหายใจไม่สะดวก

6. รับฟัง เปิดโอกาสให้ซักถาม

7. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยดูแลเรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การเลือกรับประทานอาหารลดฟอสเฟต การรับประทานยา[15]

8. หากความวิตกกังวลของผู้ป่วย/ญาติ มี แนวโน้มสูงขึ้น ควรรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อส่งปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป

การประเมินผล ผู้ป่วยแจ้งว่าวิตกกังวลลดลง และคิดว่าตนเองน่าจะผ่านการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล มีภาวะน้ำและของเสียคั่งในเลือด เนื่องไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data : ผู้ป่วย ESKD, serum Pre-HD BUN 80 mg/dL, no urine output

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปราศจาก ภาวะน้ำและของเสียคั่ง

1. Kt/V > 1.4
2. serum BUN, Cr ลดลงหลังได้รับการฟอกเลือด
3. chest x ray : no pulmonary congestion
4. อาการหอบเหนื่อยลดลง
5. O2 saturation>95%
6. lung sound : clear both lung

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมิน น้ำหนักก่อนและหลังการฟอกเลือดร่วมกับปริมาณปัสสาวะต่อวัน อาการเหนื่อยหอบ และอ่อนเพลียมาก เพื่อปรับน้ำหนักแห้งที่เหมาะสม

2. ตรวจร่างกาย ประเมินภาวะ บวมตามร่างกาย ปลายมือ ปลายเท้า หนังตา และ ประเมิน lung sound

3. ติดตามประเมินอัตราการหายใจ O2 saturation หาก spO2 < 95% support O2 ขณะฟอกเลือด ควรจัดท่าศีรษะสูง เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด

4. ตั้งอัตราการดึงน้ำที่เหมาะสม ตามอาการ และสัญญาณชีพ โดยอัตราการดึงน้ำ (Ultrafiltration rate) 10-13 ml/kg/hr., set dialysate sodium ที่เหมาะสม

5. ในกรณีที่ไม่สามารถดึงน้ำได้ รายงานแพทย์เพื่อส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การวัด BIA , Chest X ray เพื่อประเมิน dry weight ใหม่

6. แนะนำเรื่องการจำกัดน้ำ 500 ml + ปัสสาวะที่ออก, น้ำหนักไม่ควรเพิ่มขึ้นเกิน 1 kg/day จำกัดอาหารโซเดียมสูง เช่น น้ำปลา เกลือ ผงปรุงรส ปริมาณ <2g/day

7. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที และทุกครั้งที่อาการเปลี่ยนแปลง และลงบันทึกทางการพยาบาล

8. อธิบายผู้ป่วยและ ญาติ ให้ทราบถึงสาเหตุและผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำเกิน เพื่อป้องกันและร่วมกันวางแผนร่วมกัน

9. แนะนำผู้ป่วยฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

10. เลือกตัวกรองให้เหมาะสม โดยใช้ตัวกรองเปิด Blood flow rate (BFR) ตามแผนการรักษา

11. ใช้ dialysate Ca 2.5 mEq/L เพื่อลดความเสี่ยงภาวะแคลเซียมหรือหินปูนเกาะผนังหลอดเลือด (vascular calcification)

12. ปรับตั้ง dialysate flow rate 500 ml/min ให้เหมาะสม โดยปรับเป็น 1.5-2 เท่าของ BFR เพื่อเพิ่ม urea clearance เพื่อเพิ่มการกำจัดของเสียในเลือด

13. ตรวจสอบ vascular access ว่าสามารถเปิด BFR ได้ตามแผนการรักษา หรือไม่ อาจเกิดปัญหา vascular stenosis ต้องรายงานแพทย์ เพื่อหาสาเหตุการแก้ไข

14. ดูแลให้ anticoagulant ให้เหมาะสมตามแผนการรักษา เพื่อลดการอุดตัน ของตัวกรองเลือดระหว่างการฟอกเลือด ซึ่งทำให้ effective dialyzer surface area ลดลง มีผลทำให้การฟอกเลือดไม่มีประสิทธิภาพ กรณีที่ผู้ป่วย no heparin use ให้ flush NSS 100 ml q 1 hour เพื่อ monitor clot ใน circuit ถ้า clot ที่ chamber 2/3 ร่วมกับ ค่า VP TMP ผิดปกติ พิจารณาคืนเลือด

15. ประเมินค่า BUN และตรวจร่างกายอีกครั้งหลังการฟอกเลือด

การประเมินผล

ได้รับการฟอกเลือดตามแผนการรักษา net UF 1100 ml Post Body weight 53.7 kgs Oxygen saturation room air 98 % lung sound : clear both lungs

แผนการพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจาก ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเฉียบพลันหลังผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน Objective data : Calcium 7.4 mg/dL

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ, ผู้ป่วย monitor EKG ไม่มี long QT-Interval

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำทางระบบประสาท: paresthesia (fingers and perioral regions), Muscle twitching, Carpopedal spasm, tetany, Seizures, Laryngospasm, bronchospasm

2. ตรวจร่างกายประเมิน Trousseau sign, Chvostek sign

3. ประเมิน EKG พบ long QT-Interval (QT > ½ RR interval)

4. แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการแสดงดังกล่าวให้แจ้งพยาบาล

5. ดูแลให้ได้รับยา calcitriol (0.25 mcg) 1 cap PO BID PC, calcium carbonate (1250 mg) 1 tab TID PC

6. ใช้ dialysate Calcium Ca 3.5 mEq/L

7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Calcium phosphorus

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ตรวจร่างกายไม่พบลักษณะ Trousseau sign, Chvostek sign, Monitor EKG during hemodialysis show NSR – SB rate 59-62 bpm no PVC no QT prolong ผู้ป่วยรับทราบเวลาการรับประทานยา ว่าให้หลังมื้ออาหาร และผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดโดยใช้น้ำยาไตเทียม Dialysate Calcium 3.5 mEq/L

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เสี่ยงต่อภาวะหายใจหอบเหนื่อยเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ มีอาการเสียงแหบหลังผ่าตัด ”

Objective data : Oxygen saturation Room air : 90%

แผลผ่าตัด parathyoidectomy on redivac drain 2 เส้น

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงหายใจหอบเหนื่อย สาย redivac drain work ดี เลือดออกน้อยกว่า 200 ml /ชม.

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการเหนื่อยหอบ การใช้กล้ามเนื้อท้องช่วยหายใจ การเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกตัว ความไม่สุขสบาย

2. จัดท่าศีรษะสูง เพิ่มการขยายตัวของปอด

3. on oxygen cannula 3 LPM keep spO2 > 95%

4. ประเมินแผลผ่าตัดมีเลือดซึมมากหรือไม่ ประเมินสาย Redivac drain ว่ามีอัตราการไหลปกติ

5. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา dexamethasone เพื่อลดการบวมของหลอดลม

6. observe vital sign q 30 min

7. ติดตาม Oxygen saturation , Respiratory rate , lung sound

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีเสียงแหบเล็กน้อย หายใจ Room air 14-16 bpm spO2 95-99 % lung sound : clear both lung แผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึมสาย Redivac drain มีอัตราการไหลปกติ ได้รับยา dexamethasone ตามแผนการรักษา

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน Subjective data : ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ยังไม่ค่อยเข้าใจในการรับประทานยา”

Objective data : ทวนสอบผู้ป่วยในเรื่องกาจำกัดอาหารที่มีฟอสเฟตสูง ผู้ป่วยยังไม่ทราบทุกหมวดอาหาร

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังจากได้รับการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรับฟังข้อมูล และ ให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนในการรับฟังข้อมูล

2. แนะนำผู้ป่วยหลังการผ่าตัดให้สังเกตอาการแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการชา ตะคริว กระตุก ตามกล้ามเนื้อ อาการทางเดินหายใจอุดกั้น เสียงแหบมากขึ้น อึดอัด หายใจไม่ออก แผลผ่าตัดมีเลือดออกมาก

3. แนะนำผู้ป่วยความจำเป็นของการควบคุมระดับฟอสฟอรัส เนื่องจากฟอสฟอรัสยังมีระดับสูงขึ้น และ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกพรุน (vascular calcification) และอาการคันตามผิวหนัง โดยจำกัดฟอสฟอรัส วันละ 800 mg/day ควบคุมอาหารหมวดหมู่ เช่น เครื่องดื่มประเภท น้ำที่มีสีเข้ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม น้ำเต้าหู้ อาหารประเภทธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื้อสีแดง ปู กุ้งแห้ง ปลาเล็กปลาน้อย แมลง ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากนม เช่น เนยแข็ง นม ชีส อาหารแช่แข็ง อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง

4. แนะนำการฟอกเลือดสม่ำเสมอ เพื่อรักษาความเพียงพอในการฟอกเลือด

5. แนะนำรับประทานยา Calcium และ vitamin D ก่อนหรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบการสังเกตอาการที่มีแคลเซียมในเลือดต่ำ อาการทางเดินหายใจอุดกั้นและมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลสม่ำเสมอ ทราบกลุ่มอาหารที่ต้องควบคุม ทราบประโยชน์ของการฟอกเลือดสม่ำเสมอ ทราบวิธีการรับประทานยา Calcium และ vitamin D

บทสรุป

บทบาทพยาบาลไตเทียมที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรเริ่มให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตัวเองให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและดูแลตัวเองให้ถูกต้อง พยาบาลควรมีชุดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติชนิดตติยภูมิที่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง ทราบประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับ เหตุผลทางคลินิก เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและเชื่อมโยงกับการรักษาของแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย

References

1. Thanakitcharu P. Hemodialysis and nursing care manual. 1st ed. Bangkok: The Kidney Foundation of Thailand; 2024. (in Thai)
2. Sutapoj B. Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2023 Annual Data Report. 1st ed. Bangkok: The Subcommittee of the Thai Renal Replacement Therapy (TRT) Registry 2024, The Nephrology Society of Thailand; 2025. (in Thai)
3. Ngamkam J. Etelcalcetide: A drug for treating secondary hyperparathyroidism in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Thai Journal of pharmacy Practice. 2022;14(1):16-26. (in Thai)

4. Yuen NK, Ananthakrishnan S, & Campbell MJ. Hyperparathyroidism of renal disease. The Permanente Journal. 2016;20(3):78-83.
5. Darba J, & Marsa A. Epidemiology and management of parathyroid gland disorders in Spain over 15 years: A retrospective multicentre analysis. PLOS ONE. 2020;15(3):1–10.
6. Almquist M, Isaksson E, & Clyne N. The treatment of renal hyperparathyroidism. Endocrine-Related Cancer. 2020;27(1):21–34.
7. Hinkaew B. Pre-dialysis chronic kidney disease patients and hyperphosphatemia. Thai Red Cross Nursing Journal. 2014;7(2):23–32. (in Thai)
8. Lamluekkul D, editor. CKD-MBD NST 2022: Clinical practice guidelines for the management of chronic kidney disease with mineral and bone disorder in 2022. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2022. (in Thai)
9. Spyridon-Gerasimos Moschonas, & Symeon Tournis. Tertiary Hyperparathyroidism: A Review of The Disease.Journal of Research and Practice on the Musculoskeletal System. 2024;8(4):122-33.
10. Chainapapong K. Outcome of parathyroidectomy for renal hyperparathyroidism: a single-center experience. The Thai Journal of Surgery. 2022; 43(1):18–25.
11. Rojanaraspaisan W. Surgical outcomes in hyperparathyroidism over a 10-year period at Surin Hospital. Medical Journal of Sisaket Surin Burirum Hospital. 2023;38(2):349–57. (in Thai)
12. Itthipatthad I. Nursing care for patients with secondary hyperparathyroidism who underwent total parathyroidectomy. Journal of Nakhon Phanom Provicial Health office. 2022;1(1):1-17 (in Thai)
13. Lertlikitvorakul S, & Thoviriyavej W. Secondary hyperparathyroidism.Srinagarind Medical Journal. 2023;38(6):642–51. (in Thai)
14. Sakorn P, & Charoenbut T. The influence of health literacy and self-efficacy on self-management of patients undergoing hemodialysis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025(1):258-67. (in Thai)
15. Rungboonchai R, Phumchan A, & Wongwan C. The effect of a self-management program on fluid and dietary adherence among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025 (1):300-10. (in Thai)

ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่: แนวทางการเรียนรู้ต่อเนื่องด้วยตนเองในการปฏิบัติงานวิสัญญีวิทยา

Andragogy: A Self-Directed Approach to Continuous Learning in Anesthesia Practice

ปาริชาต อภิเดชากุล วิไลพร สุพรรณ พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล*
คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายนี้เกี่ยวข้องกับบทบาทสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (andragogy) เพื่อช่วยกำหนดเส้นทางการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพวิสัญญีวิทยา โดยเจาะลึกถึงหลักการและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ โดยเน้นย้ำถึงความเกี่ยวข้องในการตอบสนองคุณลักษณะเฉพาะ ความต้องการ ตลอดจนแรงจูงใจที่แตกต่างกันของผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ในสาขาวิสัญญีวิทยา และครอบคลุมถึงกลยุทธ์เชิงปฏิบัติสำหรับการนำทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ไปใช้ รวมถึงการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติทางคลินิก การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสบการณ์การเรียนรู้

บทความนี้ยังกล่าวถึงความท้าทายของผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ต้องเผชิญในการศึกษาด้านวิสัญญีวิทยา โดยนำเสนอกลยุทธ์ที่นำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับผู้สอนในการเอาชนะอุปสรรคและสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่จะช่วยสนับสนุน นอกจากนี้ยังนำเสนอทิศทางและโอกาสในอนาคต โดยอภิปรายแนวโน้มการพัฒนาทางการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ นวัตกรรมที่อาจเกิดขึ้นในทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

โดยสรุปบทความนี้มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางวิสัญญีวิทยาลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยนำแนวทางการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่มาใช้ เพื่อตระหนักถึงพลังของการเรียนรู้ด้วยตนเอง การให้คุณค่ากับประสบการณ์ทางวิชาชีพและการส่งเสริมแรงจูงใจภายใน ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถยกระดับประสบการณ์การเรียนรู้ส่วนบุคคลของตนเอง รวมถึงการพัฒนาแนวทางการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องกลายเป็นสิ่งที่ช่วยผลักดันทั้งการเติบโตส่วนบุคคลและการเติบโตทางวิชาชีพต่อไป

คำสำคัญ : ผู้เรียนผู้ใหญ่ ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ การศึกษาด้านวิสัญญีวิทยา การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การเรียนรู้ด้วยตนเอง

Abstract

This narrative review article explores the pivotal role of andragogy in shaping the continuous learning journey of anesthesia professionals. Delving into the principles and applications of andragogy, the article highlights its relevance in catering to the distinct characteristics, needs, and motivations of adult learners in the field. The exploration encompasses practical strategies for implementing andragogical practices, including self-directed learning, bridging theoretical knowledge with clinical practice, and leveraging technology for enhanced educational experiences.

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

วันที่รับ (received) 21 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ก.พ. 2569

The article also addresses challenges faced by adult learners in anesthesia education, offering actionable strategies for educators to overcome obstacles and create supportive learning environments. Furthermore, it explores future directions and opportunities, discussing evolving trends in adult education, potential innovations in andragogical practices, and recommendations for future research.

In conclusion, the article issues a compelling call to action for anesthesia practitioners, urging them to actively embrace andragogical approaches. By recognizing the power of self-directed learning, valuing professional experiences, and fostering intrinsic motivation, practitioners can not only elevate their individual learning experiences but also contribute to the advancement of effective educational practices in the field. The journey of continuous learning becomes a shared endeavor, propelling both personal and professional growth.

Keywords: Adult Learners; Andragogy; Anesthesia Education; Continuous Learning; Self-Directed Learning

Introduction

Andragogy, coined by Malcolm Knowles[1], is the theory of adult learning that emphasizes adults as distinct learners with unique characteristics. Unlike pedagogy, which focuses on teaching children, andragogy tailors principles and practices for effective adult learning. In fields like anesthesia practice, where continuous learning is crucial, recognizing adults as active, self-directed learners gains importance in contemporary education.

Adults, viewed as self-directed learners, seek knowledge immediately applicable to their professional roles. Educational programs should grant them control over their learning, allowing goal-setting, content identification, and method selection[2]. Andragogy taps into adults' life experiences as valuable learning resources, urging educators to integrate real-world examples into content[3].

In anesthesia practice, trainees work within a high-pressure, hierarchical surgical team. However, there is a gap in how andragogy accounts for the effects of social pressure or burnout, which could impede a learner's natural self-direction. Andragogy strategically aligns educational activities with the practical challenges that clinicians encounter daily[4]. Driven by the need for immediate relevance, anesthesia practitioners exhibit a preference for learning that directly addresses their specific professional challenges. Goal-oriented adult learners excel in problem-centered, real-world issue-solving approaches. This article critically examines the application of andragogy as a self-directed learning framework, delving into its foundational principles and offering practical strategies. The overarching objective is to empower anesthesia practitioners, fostering their active engagement in professional development. Additionally, the article aims to contribute meaningfully to the ongoing discourse on effective adult education methodologies, particularly within specialized fields like healthcare. This article emphasizes a narrative review approach through expert synthesis, which relies on experience and ability under self-imposed critical conditions.

The Principles of Andragogy

Andragogy is particularly relevant in professional education[5]. It is anchored in several fundamental principles that collectively establish a framework for comprehending the unique nature of adult learning. These principles offer educators and practitioners valuable insights into the motivations, preferences, and needs of adult learners, emphasizing

that adults bring diverse experiences to the learning process[6]. Readiness to learn stands out as a key principle, highlighting that adults are more inclined to engage with and retain information perceived as immediately applicable.

In the realm of anesthesia practice, characterized by complex and dynamic real-world scenarios, tapping into practitioners' experiences becomes integral for effective learning. Aligning educational content with the readiness levels of practitioners ensures a more engaging and impactful educational process.

Adults, being goal-oriented learners, find purpose and direction crucial, as emphasized by the principle of orientation to learning[7]. In anesthesia education, establishing clear learning objectives becomes instrumental in capturing the attention and commitment of practitioners. Additionally, motivation is a driving force in adult learning, and the principle of motivation in andragogy recognizes the significance of both internal and external factors.

The principles of andragogy include: 1) Need to Know, where adult learners ask "Why?" and want to see the value before dedicating time. 2) Self-Concept of Self-Directed, meaning they desire ownership of their learning and dislike being treated as children. 3) Role of Experience as a Rich Resource, with past experiences serving as a mental library to connect with new information. 4) Readiness to Learn, which occurs when the topic relates to a current, real-life challenge. 5) Problem-Centered Orientation, as they prefer learning how to solve real problems rather than just studying subjects. 6) Motivation, mainly driven by self-esteem, job satisfaction, and personal growth.

In the context of anesthesia practice, understanding and fostering intrinsic motivation among practitioners are crucial for sustaining a commitment to continuous learning[8]. These principles collectively guide educators in tailoring educational approaches that resonate with the specific characteristics and needs of adult learners in the field of anesthesia.

Strategies for Anesthesia Practitioners

Self-directed learning, a fundamental aspect of andragogy, acknowledges the autonomy and motivation of adult learners. In the realm of anesthesia practice, where continuous learning is imperative, practitioners can employ self-directed learning as a potent strategy to augment their knowledge and skills[9]. By identifying specific areas for growth or improvement, such as mastering new anesthesia techniques, staying abreast of emerging technologies, or refining patient communication skills, practitioners establish clear directions for ongoing professional development. Personalized learning plans, shaped by factors like preferred learning styles, time constraints, and specific professional goals, enable the optimization of the learning journey through a variety of modalities, including workshops, online courses, and hands-on experiences.

The practical application of knowledge is a vital component of andragogy, particularly in fields like anesthesia where theoretical understanding must seamlessly integrate with clinical practice[10]. Bridging strategies facilitate the connection of theoretical concepts learned in educational settings with the dynamic realities of clinical situations and decision-making abilities. From simulation exercises and hands-on training to reflective practices, anesthesia professionals bridge the gap between theory and practice, thereby enhancing competence and confidence in delivering optimal patient care. Case-based learning approaches, involving real or simulated cases for analysis, diagnosis, and treatment plan development, provide an interactive method for practitioners to sharpen problem-solving abilities, critical thinking skills, and overall clinical judgment.

Moreover, incorporating learner experiences is a cornerstone of andragogy, recognizing the wealth of professional experiences that adult learners bring to the educational setting[6]. Valuing professional experience establishes mutual respect between educators and anesthesia practitioners, fostering an inclusive and collaborative atmosphere[11]. Detailed exploration of practical tips and strategies for educators to actively recognize and respect the professional backgrounds of anesthesia practitioners is provided. By cultivating a learning environment that values and utilizes this expertise, educators enhance the relevance and applicability of anesthesia education, ultimately benefiting both educators and practitioners.

Motivating Adult Learners in Anesthesia Education

Understanding adult motivation involves recognizing and leveraging key factors that drive engagement and learning in adult learners[12]. The distinctive aspects of adult motivation can be elucidated through the importance of relevance, autonomy, and aligning learning experiences with personal and professional goals.

Relevance: Adult learners are often motivated when they see the direct applicability of the learning content to their current roles or future aspirations. In the context of anesthesia practitioners, relevance can be established by connecting educational activities to real-world scenarios they may encounter in their profession[13]. Making the content meaningful and applicable to their day-to-day challenges fosters a sense of purpose, increasing the motivation to actively participate in the learning process.

Alignment with Professional Goals: Aligning learning objectives with the career goals of anesthesia practitioners is crucial for motivation. This alignment ensures that the educational experiences directly contribute to their professional development and career advancement. By understanding the specific needs and aspirations of adult learners, educators can tailor the learning environment to address those goals, creating a more personalized and motivating experience.

Autonomy: Adults value autonomy in their learning experiences[14]. Allowing anesthesia practitioners to have a degree of control over their learning path, pace, and content choices enhances motivation. Providing opportunities for self-directed learning, allowing learners to choose topics of interest, and involving them in decision-making processes can empower adult learners and make the learning experience more engaging.

Competence: The principle of competence is tied to the idea that adults are motivated when they feel a sense of mastery and accomplishment[15]. Educators can design learning activities that progressively challenge anesthesia practitioners, helping them build competence and confidence in their skills. Recognizing and celebrating achievements, whether big or small, reinforces a positive learning experience and encourages continued effort and engagement.

Relatedness: Creating a supportive learning community is vital for adult learners. Establishing connections with peers, mentors, and educators fosters a sense of relatedness, making the learning experience more enjoyable and motivating[16]. Group activities, collaborative projects, and opportunities for networking contribute to a sense of belonging and community, enhancing the overall motivation of anesthesia practitioners.

Technology and Andragogy

Technology plays a pivotal in facilitating self-directed learning for anesthesia practitioners in

many respects.

Empowering Self-Directed Learning: Technology serves as a catalyst for self-directed learning, allowing anesthesia practitioners to take charge of their educational journeys[17]. Online platforms offer a plethora of resources, such as e-books, video lectures, and interactive modules, enabling learners to access information at their own pace and convenience.

Online Courses and Interactive Modules: The availability of online courses and interactive modules caters to the diverse learning preferences of anesthesia practitioners. These resources not only provide flexibility in terms of timing and accessibility but also offer engaging and interactive content that enhances understanding and retention of complex anesthesia concepts.

Self-Assessment Tools: Technology facilitates self-assessment through quizzes, simulations, and other interactive tools. These resources allow practitioners to gauge their understanding of topics, identify areas for improvement, and tailor their learning path accordingly. Continuous feedback from technology-driven assessments contributes to a personalized and adaptive learning experience.

Online Platforms and Virtual Communities: The wealth of online platforms, including forums, discussion groups, and educational websites, creates a virtual ecosystem for anesthesia practitioners. These platforms foster collaboration, enabling learners to engage in discussions, share experiences, and seek advice from peers and experts. Virtual communities contribute to a sense of belonging and provide a supportive network for professional development.

Access to Up-to-Date Information: Technology ensures that anesthesia practitioners have access to the latest information and advancements in the field. Online resources can be regularly updated to reflect current practices, guidelines, and research, keeping learners abreast of the rapidly evolving landscape of anesthesia.

Combining Face-to-Face Interactions and Online Resources: Integrating technology into traditional educational settings allows for a blended approach, combining the benefits of face-to-face interactions with the flexibility and accessibility of online resources. This approach accommodates the diverse needs of learners, offering a balance between hands-on experiences and the advantages of technology-driven tools.

Flexibility and Accessibility: Technology provides flexibility by allowing practitioners to learn at their own pace and on their own schedule. Whether accessing educational content during off-duty hours or through mobile devices, technology ensures that learning opportunities are accessible to anesthesia practitioners regardless of their location or time constraints.

Interactive Learning Experiences: Technology-driven tools can create interactive learning experiences, such as virtual simulations and case studies. These tools enable practitioners to apply theoretical knowledge in practical scenarios, enhancing critical thinking and decision-making skills in a risk-free environment.

Practical Strategies for Integration: Educators can employ practical strategies to seamlessly integrate technology into traditional educational settings. This may include incorporating multimedia presentations, virtual labs, and collaborative online projects. Training educators and learners on the effective use of technology ensures a smooth integration process.

Challenges and Solutions in Applying Andragogy to Anesthesia Education

Time Constraints

Adult learners in the field of anesthesia frequently grapple with time constraints arising from demanding work schedules[18]. This limitation can impede their ability to participate in continuous education.

Solution: To address this challenge, provide comprehensive training and resources on effective time management. This support will assist anesthesia professionals in allocating dedicated time for learning amidst their busy schedules. Consider integrating specialized time management workshops or modules into the educational program.

Balancing Professional and Educational Commitments

Anesthesia professionals find themselves navigating the delicate balance between work responsibilities and educational commitments, creating potential conflicts[19]. This balance challenge can lead to stress and difficulties in prioritizing educational pursuits.

Solution: Tackle this challenge by incorporating creative and interactive teaching methods tailored to the learning preferences of adults. Employ techniques such as protected academic time, spaced repetition, or audio learning and real-world scenarios to enhance practical understanding and application. These innovative instructional methods contribute to a more engaging educational experience.

Potential Barriers to Engagement

Challenges and Solutions in Applying Andragogy to Anesthesia Education

Adult learners may encounter obstacles that hinder active participation and engagement in the learning process[20]. The lack of engagement can compromise the effectiveness of andragogical methods and impede the acquisition of new knowledge and skills. Solution: Overcome this challenge by offering flexible learning formats, including online courses or blended learning. This approach allows learners to access educational content at their convenience. Additionally, provide recorded lectures, webinars, and interactive online platforms to accommodate varied schedules and preferences.

As a result, the implementation of these strategies enhances accessibility, enabling anesthesia professionals to engage in continuous learning without compromising their professional responsibilities[21].

The combination of innovative instructional methods and flexible formats contributes to increased motivation and active engagement, fostering a more conducive learning environment. By effectively addressing time constraints and other challenges, educators can elevate the overall learning experience, leading to improved retention and application of knowledge in anesthesia practice.

Key Findings

A strategic shift toward safety, Andragogy is not merely an educational preference but a critical safety strategy. In anesthesia, human errors are less common when clinicians access knowledge under pressure. Ensuring that training aligns with the six assumptions—particularly Readiness to Learn and Problem-centered Orientation—makes knowledge more ‘action-ready.’ Valuing practitioners’ prior experience and self-concept fosters a ‘Safety Culture.’ When clinicians are empowered as self-directed experts rather than passive students, they are more motivated to keep their skills sharp, leading to a more resilient healthcare workforce.

Limitations of the Review

Institutional constraints, such as high

workloads or rigid hierarchies in self-directed learning, stem from “Hidden Curricula” that limit learner autonomy.

Conclusion

This article has thoroughly examined the foundational significance of andragogy in the ongoing learning odyssey of anesthesia professionals. Through a detailed exploration of its principles and applications, we have underscored how this learner-centric approach seamlessly aligns with the unique characteristics, needs, and motivations of adult learners in anesthesia practice. The comprehensive review of andragogical practices emphasizes its pivotal role in empowering anesthesia professionals to seize control of their educational experiences and steer their continuous professional development.

The call to action resonates with embracing andragogical approaches to augment the continuous learning journey in anesthesia[22]. Acknowledge the potency of self-directed learning, appreciate the richness of your professional experiences, and nurture intrinsic motivation in the relentless pursuit of excellence in anesthesia practice. Through active engagement with andragogical principles, anesthesia practitioners not only enhance their individual learning experiences but also contribute to the evolution of effective and innovative educational practices in the field. The journey of continuous learning is a collaborative endeavor, and their commitment to andragogy can propel both personal and professional growth[23].

References

1. Knowles M. Andragogy: an emerging technology for adult learning. In Boundaries of adult learning; 2013.
2. Gibbons M. The self-directed learning handbook: challenging adolescent students to excel. John Wiley & Sons; 2002.
3. Cross S. Adult teaching and learning: developing your practice. McGraw-Hill Education (UK); 2009.
4. Bowe EA, Schell RM, & DiLorenzo AN, editors. Education in anesthesia: how to deliver the best learning experience. Cambridge University Press; 2018.
5. El-Amin A. Andragogy: a theory in practice in higher education. Journal of Research in Higher Education. 2020;4(2): 55-69.
6. Merriam SB, & Baumgartner LM. Learning in adulthood: a comprehensive guide. John Wiley & Sons; 2020.
7. Zhou Y, & Wang J. Goal orientation, learning strategies, and academic performance in adult distance learning. Social Behavior and Personality. 2019; 47(7):1-20.
8. Cascella M, Cascella A, Monaco F, & Shariff MN. Envisioning gamification in anesthesia, pain management, and critical care: basic principles, integration of artificial intelligence, and simulation strategies. Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care. 2023; 3(1):1-17.
9. Yılmaz Fındık L, editor. Exploring adult education through learning theory. IGI Global; 2024.
10. Rounds JA. Perceptions of andragogical methods in behavioral medicine patient access occupations. Northwest Nazarene University; 2020.
11. McKimm J, Forrest K, & Thistlethwaite J, editors. Medical education at a glance. John Wiley & Sons; 2017.
12. Tran A. Flipped classroom model in nurse anesthesia programs: an exploration of prevalence, students’ satisfaction, and receptiveness. Georgetown University; 2020.

13. Ramlogan RR, Chuan A, & Mariano ER. Contemporary training methods in regional anaesthesia: fundamentals and innovations. Journal of Anesthesia. 2021;76:53-64.
14. Basri F. Factors influencing learner autonomy and autonomy support in a faculty of education. Teaching in Higher Education. 2023; 28(2): 270-85.
15. Rothwell WJ. Adult learning basics. Association for Talent Development; 2020.
16. Alston GD, & Hansman CA. Mentoring in adult and continuing education. In the handbook of adult and continuing education 2020.
17. Karkera S, Devendra N, Lakhani B, Manahan K, & Geisler J. A review on modern teaching and learning techniques in medical education. Journal of Effective Teaching Methods. 2024; 2(1): 63-80.
18. Mcevoy MD, & Abernathy JJ, editors. Perioperative Safety Culture, An Issue of Anesthesiology Clinics, E-Book. Elsevier Health Sciences; 2023.
19. Rachwal CM, Langer T, Trainor BP, Bell MA, Browning DM, & Meyer EC. Navigating communication challenges in clinical practice: a new approach to team education. Critical Care Nurse. 2018; 38(6):15-22.
20. Broek S, Linden JV, Kuijpers MA, & Semeijn JH. What makes adults choose to learn: Factors that stimulate or prevent adults from learning. Journal of Adult and Continuing Education. 2023; 29(2):620-42.
21. Gropper MA, Eriksson LI, Fleisher LA, Cohen NH, Leslie K, & Johnson-Akeju O, editors. Miller's Anesthesia, 2-Volume Set. Elsevier Health Sciences; 2024.
22. Mondal H, Mondal S, & Juhi A. Adult Learners: Assessment Strategies. In Adjunct Faculty in Online Higher Education: Best Practices for Teaching Adult Learners 2024.
23. Wiriyanupappong W. Effects of Using Simulation Game-Based Learning to Prepare Air Force Student Nurses before Pediatric and Adolescent Nursing Practice. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(3): 433-41. (in Thai)

ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

Applying Continuous Quality Improvement (CQI) to Develop a Postoperative Care System for the Prevention of Venous Thromboembolism.

พุทธชาติ เอี่ยมสอาด ชุติรัตน์ สนปี ณัฐสิริ กิตติถิระพงษ์*
Puthachart Iamsa-ard. Chutirat Sonpee. Nutsiri Kittitirapong.*
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400.

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continued Quality Improvement: CQI) มาใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดความสูญเปล่า ผู้ป่วยปลอดภัยและมีมาตรฐานวิชาชีพ โดยผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและนโยบายของโรงพยาบาลที่มุ่งพัฒนาการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ ในปี 2562 ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในเลือดดำในผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้านศัลยกรรม ซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้และส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย จึงริเริ่มโครงการเพื่อพัฒนาระบบนี้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ผลลัพธ์คือ (1) บุคลากรมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะ VTE ได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 (3) อัตราการเกิดภาวะ VTE หลังผ่าตัด เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ (4) ผู้ป่วยและบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลนี้ (ระดับมาก-มากที่สุด) ร้อยละ 100

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

Abstract

Modern healthcare system development widely adopts the concept of Continuous Quality Improvement (CQI) to enhance service efficiency, eliminate redundant processes, and ensure patient safety and professional standards. In 2019, the Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, recognized the critical impact of Venous Thromboembolism (VTE) in postoperative surgical patients, which can lead to disability, mortality, and significant burdens on the Thai public health system. This project aimed to develop a VTE prevention system by applying the CQI framework. Results: The implementation of the system yielded the following outcomes: Healthcare personnel demonstrated 100% accuracy in knowledge and practice

*Corresponding author: E-mail: nutsiri 7705@gmail.com

วันที่รับ (Received) 14 พ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ม.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 ม.ค. 2569

regarding VTE prevention. Postoperative patients achieved 100% proficiency in self-care knowledge and skills. The incidence of postoperative VTE was reduced to 0%. Satisfaction rates among both patients and personnel reached 100% (at high to highest levels). Conclusion: The application of CQI in developing a VTE prevention system not only ensures patient safety but also enhances the competency of healthcare providers and patient engagement in their own recovery.

Keywords: Continuous Quality Improvement (CQI), Patient Care System Development, Venous Thromboembolism (VTE)

บทนำ

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE)[1,2] คือภาวะที่มีลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นในหลอดเลือดดำ ซึ่งโดยปกติมักจะเกิดขึ้นที่ขาและลิ่มเลือดนี้สามารถหลุดลอยไปอุดตันที่ปอดทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และถึงแก่ชีวิตเฉียบพลันได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขในระดับโลก อัตราการเกิดภาวะ VTE ทั่วโลกประมาณ 1-2 รายต่อประชากร 1,000 คนต่อปี โดยมีผู้ป่วยประมาณ 10 ล้านรายต่อปีทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะนี้[3]ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะ VTE ตั้งแต่ 3.6%[4] ถึง 21%5 ภาวะ VTE เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและอันตรายถึงชีวิตโดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างและหลังการผ่าตัด[1,6] เช่น การบาดเจ็บของหลอดเลือด (Endothelial Injury) การนอนพักฟื้นเป็นเวลานาน (Venous Stasis) เป็นต้น ในต่างประเทศมีอุบัติการณ์เกิดภาวะนี้สูง อัตราโดยรวมของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันใน หลอดเลือดดำหลังผ่าตัดสำหรับการผ่าตัดใหญ่และใช้เวลานานอยู่ระหว่าง 0.05% ถึง 1.67%[7] โดยเฉพาะผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง พบมีแนวโน้มสูงขึ้นนับเป็นปัญหาที่สำคัญ ในประเทศไทย หากระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ไม่ตื่นตัวหรือไม่สร้างระบบการดูแลและการป้องกันที่ดีและ มีมาตรฐานให้กับผู้ป่วย อาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในระบบการบริการสุขภาพได้ สำหรับโรงพยาบาลรามาธิบดี พบสถิติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เกิดอุบัติการณ์ภาวะ VTE ตั้งแต่ปี 2559-2562 พบอัตราการเกิดภาวะ VTE ในผู้ป่วยศัลยกรรม 1.02-1.77% ปีจากสถิติที่เกิดขึ้นทำให้ทางคณะกรรมการทีมนำทางศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (CLT ศัลยศาสตร์) เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ขึ้น เพื่อป้องกันและลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตที่เกิดจากภาวะ VTE หอผู้ป่วยพิเศษอาคารสิริกิติ์ 91 เป็นส่วนหนึ่งของทีม CLT ศัลยศาสตร์ มีบริบทคือ ให้การดูแลผู้ป่วยพิเศษทางด้านอายุกรรม 40 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยศัลยกรรม 60 เปอร์เซ็นต์และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งไตโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดซึ่งเป็น Top 5 diseases ในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ โดยเฉพาะการผ่าตัดช่องท้องและผ่าตัดทางศัลยกรรม มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT)[4] จึงได้ร่วมพัฒนาระบบและนำลงสู่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยปลอดภัย ลดจำนวนวันนอน ลดค่ารักษาพยาบาล และพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล และขยายผลการพัฒนาแบบคู่ขนานไปสู่หน่วยงานต่าง ๆ ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE)[1,2] คือ ภาวะที่มีลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นโดยมากจะเป็นที่หลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาเรียกว่า ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) และลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นจะเคลื่อนที่ในระบบการไหลเวียนของเลือดจนเกิดการอุดกั้นที่ปอด (Pulmonary embolism: PE) ซึ่งอันตรายและร้ายแรงที่สุด โดยเมื่อร่างกายเกิดลิ่มเลือดหลุดลอยจากหลอดเลือดดำที่ขา (DVT) ขึ้นไปตามกระแสเลือดผ่านหัวใจด้านขวา และไปอุดกั้นหลอดเลือดแดงในปอดทำให้เกิดการอุดกั้นที่ปอด (PE) เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันจากการอุดตันของหลอดเลือดขนาดใหญ่ในปอด ทำให้หัวใจห้องล่างขวาทำงานหนัก นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตได้[8] ในผู้ป่วยบางรายลิ่มเลือดสลายไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในปอดอย่างถาวร นำไปสู่การทำงานของหัวใจที่ล้มเหลวในระยะยาว การตระหนักถึง

ปัจจัยเสี่ยงและการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน VTE ที่มีมาตรฐาน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอุบัติการณ์ของภาวะ VTE และป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะลิ่มเลือดอุดกั้นที่ปอด (PE) ได้[9,10]

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ VTE[6,11] สัมพันธ์กับ Virchow's Triad ดังนี้ (1) ภาวะการไหลเวียนของเลือดช้าลง (Venous Stasis) ได้แก่ (1.1) การผ่าตัดใหญ่ เช่น การผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น (1.2) การไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน (Immobilization) เช่น การนั่งนานกว่า 4 ชั่วโมง เป็นต้น (1.3) อัมพาต (Paralysis) ซึ่งเป็นภาวะที่กล้ามเนื้อขาไม่มีการเคลื่อนไหวทำให้การบีบตัวเพื่อช่วยส่งเลือดกลับสู่หัวใจลดลง (1.4) หัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ทำให้ประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดลดลง (2) ความเสียหายของผนังหลอดเลือด (Endothelial Injury) เช่น การบาดเจ็บรุนแรงที่ช่องท้อง เป็นต้น (3) ภาวะเลือดแข็งตัวง่ายขึ้น (Hypercoagulability) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด DVT เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น อาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT)[11] คือ ปวดที่ขาหรือน่อง บวมที่ แขน ขา หรือข้อเท้า หลอดเลือดแข็ง ปวดเมื่อกดลงไป สีผิวที่ขาเปลี่ยนเป็นสีเขียวช้ำ สีผิวที่ขาเป็นสีแดงหรือซีด รู้สึกอุ่นร้อนบริเวณขาด้านที่เป็น เนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว ส่วนอาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE)[11] คือ หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ ไอ วิงเวียนศีรษะ

แนวทางการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE)

การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE) หมายถึง การป้องกันภาวะลิ่มเลือดส่วนลึกอุดตัน (DVT) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (PE) ถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยนอนติดเตียงและผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว แนวทางการป้องกันแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วิธีเชิงกล (Mechanical Prophylaxis) และวิธีทางเภสัชวิทยา (Pharmacological Prophylaxis)[11,12,13] ดังนี้ (1) การป้องกันที่ไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological/Mechanical Prophylaxis) วิธีการนี้มุ่งเน้นไปที่การลดภาวะเลือดไหลเวียนช้าเพื่อกระตุ้นให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ได้แก่ (1.1) การเคลื่อนไหวและการบริหารร่างกาย (ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดควรส่งเสริมให้ลุกเดินหรือขยับตัวโดยเร็วที่สุด)[6] การบริหารเท้าและข้อเท้า (เพื่อให้กล้ามเนื้อน่องบีบตัวและช่วยในการไหลเวียนเลือด)[8] (1.2) อุปกรณ์ช่วยเหลือเชิงกล (Mechanical Devices) อุปกรณ์เหล่านี้จะใช้แรงบีบจากภายนอกเพื่อไล่เลือดดำจาก ส่วนปลายกลับสู่ส่วนกลาง[13] เช่น ถุงน่องลดการบวม (Graduated Compression Stockings: GCS): (ช่วยบีบหลอดเลือดและส่งเสริมการไหลเวียนเลือด)[6,14] เครื่องบีบไล่เลือดเป็นจังหวะ (Intermittent Pneumatic Compression: IPC) (เพื่อบีบนวดกล้ามเนื้อน่องและ/หรือขา ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดดำตามธรรมชาติ มักใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีข้อห้ามในการใช้ยาป้องกันลิ่มเลือด)[13,14] (1.3) การดูแลตนเอง เช่น การดื่มน้ำที่เพียงพอ (เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำซึ่งอาจทำให้เลือดมีความหนืดเพิ่มขึ้น)[15] เป็นต้น (2) การป้องกันด้วยยา (Pharmacological Prophylaxis)[15] การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ยาที่ใช้ เช่น Enoxaparin เป็นต้น

การประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและเสียชีวิตที่เกิดจาก VTE จากการทบทวนวรรณกรรมทางคณะกรรมการฯ ได้นำแนวคิดเรื่อง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Quality Improvement: CQI)[16,17] ของ Deming[17] และ Anuwat[16] ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาระบบการบริการด้านการบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนในการทำงาน ลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมแห่งการเรียนรู้ในองค์กร (Learning organization) ส่งผลให้เกิดมาตรฐานการบริการพยาบาลทั้งในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และสามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้[18] แนวคิดนี้ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 4 ขั้นตอน[18,19] คือ Plan (P) หมายถึง วางแผนโดยวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Do (D) หมายถึง การปฏิบัติตามแผน Check (C) หมายถึง ตรวจสอบ การติดตามประเมินผลลัพธ์อย่างใกล้ชิดและเป็นระบบ Act (A) หมายถึง การถอดบทเรียน หากสำเร็จนำไปปรับปรุงเป็นมาตรฐานและ

เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นใหม่จะทำ PDCA Cycle ใหม่ ซึ่งเป็นการหมุนวงล้อการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือทางสถิติช่วยในการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง (Root Cause Analysis: RCA) ของปัญหา เน้นการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม จากแนวคิดดังกล่าวคณะกรรมการฯ จึงร่วมกันพัฒนาระบบนี้ขึ้นโดยแบ่งการพัฒนาเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนการพัฒนาและระยะหลังการพัฒนา ดังนี้

1. ระยะก่อนการพัฒนา: ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีเล็งเห็นความสำคัญ จึงจัดตั้งคณะกรรมการที่มาจากทีมผู้บริหารของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วย พยาบาลเวชบำบัดวิกฤติ พยาบาลห้องผ่าตัด เภสัชกร ทีมวิสัญญี ทีมเวชกรรมทางการแพทย์ ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ทีมพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมจัดตั้งโครงการการป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วยศัลยกรรมเมื่อพฤศจิกายน 2562 และได้นำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มาประยุกต์ใช้และเมื่อพบมีปัญหาเกิดขึ้นใหม่จะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ (RCA) พร้อมการหมุนวงล้อแห่งการพัฒนาใหม่อย่างต่อเนื่อง และนำสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ โดยขยายไปสู่หอผู้ป่วยต่าง ๆ รวมทั้งหอผู้ป่วยพิเศษอาคารสิริกิติ์ 91

2. ระยะหลังการพัฒนา: ระยะนี้พัฒนาคู่ขนานกันไปในแต่ละขั้นตอน แบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คณะกรรมการฯ ได้ร่วมจัดทำเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (VTE Risk assessment) โดยใช้ Caprini Score หรือ Caprini Risk Assessment Model (RAM)[18,19] ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อช่วยให้แพทย์สามารถจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง และกำหนดมาตรการป้องกันที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน[18,19] โดยโรงพยาบาลมีนโยบายให้ใช้เครื่องมือนี้ประเมินความเสี่ยงให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางด้านศัลยกรรม ตลอดช่วงระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย[20,21] ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อจำแนกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกำหนดมาตรการป้องกันเฉพาะราย ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญโดยแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินความเสี่ยงดังกล่าวในระบบคอมพิวเตอร์ (QR code ที่ 1) พร้อมบันทึกระดับคะแนนลงในแบบฟอร์มคำสั่งการรักษา (QR code ที่ 1) เพื่อสื่อสารให้ทีมสหสาขาวิชาชีพรับทราบระดับความเสี่ยง วิธีการดูแลและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ VTE ร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 คณะกรรมการฯ ได้ร่วมพัฒนาแบบประเมินคือ แบบประเมินอาการ อาการแสดงและการป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (สำหรับพยาบาล) ประกอบด้วย (1) การประเมินอาการแสดงของภาวะ VTE (ขาบวมข้างใดข้างหนึ่ง เหนื่อย ฯลฯ) (2) วิธีป้องกันการเกิด VTE ที่ผู้ป่วยได้รับ (นอนยกขาสูง ลุกเดิน การทำ Deep Breathing exercise การใส่ (Intermittent Pneumatic Compression: IPC) ฯลฯ (3) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการป้องกัน VTE (แผลกดทับ ชาสูญเสียความรู้สึกบริเวณปลายเท้า ฯลฯ) (4) ผู้ป่วยที่ได้รับการป้องกันด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (เลือดออกผิดปกติ มีเลือดปนในปัสสาวะหรืออุจจาระ ฯลฯ) และหน่วยงานได้มอบหมายงาน[22] (Nursing Assignment) ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานช่วงเวรเช้าเป็นผู้ประเมิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แบบฟอร์มนี้ใช้ในการสื่อสารภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยลดขั้นตอนและลดระยะเวลาในการบันทึกทางการพยาบาล (การพัฒนาครั้งที่ 1) ต่อมาทางทีมพบปัญหาว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ early ambulate ตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่งผลให้เกิด DVT ขึ้น คณะกรรมการฯ จึงร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและปัญหาพบว่า พยาบาลบางรายไม่เข้าใจคำว่า early ambulation ต้องทำกิจกรรมอะไร มากน้อยเท่าใด จึงปรับปรุงและพัฒนาแบบฟอร์มขึ้นใหม่ โดยเพิ่มรายละเอียดกิจกรรม ได้แก่ การบริหารปอด การบริหารข้อเท้า และระดับคะแนนของการ early ambulation (การพัฒนาครั้งที่ 2: QR code 2)

ขั้นตอนที่ 3 ทีมผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลจัดทำวิธีทำงาน (Work Instruction: WI)[18] ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน โดยอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างถูกต้อง โดยจัดทำเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือที่ใช้ลมบีบเพื่อให้แรงกดเป็นระยะ (Intermittent Pneumatic Compression: IPC) เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก โดยมีเนื้อหา เช่น (1) การตรวจสอบประวัติว่า ข้อห้ามในการใส่ IPC/SCD (เช่น โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เป็นต้น) (2) วิธีการใส่เครื่อง IPC/SCD (เช่น การเตรียมอุปกรณ์ เป็นต้น) (3) เขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (4) บันทึกการใส่ IPC/SCD (5) การติดตามตัวชี้วัด (การพัฒนาครั้งที่ 1) เป็นต้น และมีการปรับปรุงใหม่ล่าสุดเมื่อ 3 มีนาคม 2568 (การพัฒนาครั้งที่ 2: QR code 3) เนื่องจาก

ต้อง Update ทุก 2 ปี ตามมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การจัดการความรู้และฝึกอบรม (Knowledge Management and Staff Training)[18] เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างยั่งยืน และเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและทัศนคติของบุคลากร ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยฝ่ายการพยาบาลฯ ได้จัดตั้งโครงการการให้ความรู้และฝึกอบรมกับพยาบาลในทุกระดับ และหัวหน้าหอผู้ป่วยได้นิเทศทางพยาบาล โดยให้ความรู้และฝึกทักษะแก่บุคลากรในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 คณะกรรมการฯ พัฒนาแนวปฏิบัติจำนวน 3 ฉบับ สำหรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วย คือ (1) เมื่อพบอาการผิดปกติ/สงสัย Acute Deep Vein Thrombosis(DVT)/ non-massive PE(stable) (2) เมื่อพบอาการผิดปกติ/สงสัย massive pulmonary embolism (3) แนวปฏิบัติการป้องกัน VTE ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท (Neurosurgical patients) ซึ่งใช้เป็น Fast track Protocol ซึ่งเป็นวิธีทำงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินสามารถดำเนินการตามแนวปฏิบัติได้ทันที

ขั้นตอนที่ 6 พยาบาลในหอผู้ป่วยมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของ VTE/PE อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง และการปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น การใช้เครื่องมือ IPC เพื่อเพิ่มการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและทีมทำงานได้จัดทำเอกสารสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วย (การพัฒนาครั้งที่ 1) ต่อมาอาจารย์แพทย์ได้จัดทำวีดิโอเรื่องภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในระหว่างผ่าตัด (การพัฒนาครั้งที่ 2: QR code 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะ VTE หลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติและทางหอผู้ป่วยได้นำวีดิโอเรื่อง Easy to training to use incentive spirometer 2023 ใช้เป็นสื่อการสอนทักษะในการบริหารปอดให้กับผู้ป่วย (การพัฒนาครั้งที่ 3: QR code 5)

ขั้นตอนที่ 7 คณะกรรมการของหน่วยงานจัดทำแบบประเมินตารางบันทึก RAMA surgical recovery program เนื่องจากพบปัญหาว่า พยาบาลในบางเวรไม่ได้ติดตามผลการปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การเดิน ambulate เป็นต้น ทำให้พัฒนาแบบฟอร์มนี้ขึ้น (การพัฒนาครั้งที่ 1: QR code 6) ภายหลังพบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย พยาบาลสามารถกระตุ้นและติดตามการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 8 คณะกรรมการระดับหอผู้ป่วยได้จัดโครงการ Telephone home health care: เพื่อติดตามสอบถามอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดปัญหาเรื่อง VTE เช่น ขาบวมข้างใดข้างหนึ่ง ผิวที่ขาแดง กดเจ็บ ปวดตึง เป็นต้น ทีมพยาบาลจึงสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยโดยจัดทำโครงการนี้เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย และผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษาพยาบาลได้ตลอดเวลาเมื่อมีปัญหา

QR code 1	QR code 2	QR code 3	QR code 4	QR code 5	QR code 6

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คณะกรรมการของหอผู้ป่วยจะมีการติดตามผลการดำเนินงานและทำ PDCA cycle อย่างต่อเนื่อง โดยมีการติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน VTE อัตราการเกิด VTE/PE หลังผ่าตัดและการทบทวนเคส (Case Review) อย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น เพื่อนำผลมาปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้รางวัลรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification: DSC) คือการประเมินโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยในโรคสำคัญจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ครั้งที่ 1 รับเยี่ยมวันที่ 29 มีนาคม 2565 รับรองวันที่ 10 พฤษภาคม 2565-9 พฤษภาคม 2568 และครั้งที่ 2 รับเยี่ยมวันที่ 29 เมษายน 2568 รับรองวันที่ 13 มีนาคม 2569 ซึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น ทำให้สามารถดูแลและ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถเป็นแบบอย่างในระดับประเทศ

บทบาทของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีสุขภาวะที่ดี โดยมาตรฐานการพยาบาลได้กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพใช้กระบวนการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐาน เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งไตและมะเร็งต่อมลูกหมากโดยวิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ VTE หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐานอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรืออันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันภาวะ VTE เช่น การประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์โดยใช้ Caprini score การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและการติดตามอาการ เป็นต้น ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการป้องกัน VTE ที่เป็นมาตรฐานอย่างเคร่งครัดถือเป็นมาตรการสำคัญที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของ VTE และลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วย สามารถแบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative nursing care)[21] : (1) การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด (2) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเป็นมิตรกับผู้ป่วยร่วมกับการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะ VTE ในผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด และประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย (3) การให้ความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยโดยพยาบาลเปิดวีดิโอเรื่องภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในระหว่างผ่าตัดและวีดิโอเรื่อง Easy to training to use incentive spirometer หลังจากนั้นพยาบาลทวนสอบและฝึกทักษะให้ผู้ป่วย เช่น การใส่ Pneumatic pump การฝึกบริหารขา และการบริหารปอดพร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อคลายความวิตกกังวล (4) ประเมินความเสี่ยงในแบบประเมินพร้อมให้การพยาบาลและป้องกันภาวะ VTE ตามแนวปฏิบัติ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด (Postoperative nursing care)[21]: การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดบนหอผู้ป่วยมีดังนี้ (1) การดูแลด้านร่างกายเพื่อป้องกันภาวะ VTE คือ (1.1) ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะ VTE เช่น ความผิดปกติของขา เจ็บ บวม ตึง ร่วมกับ สัญญาณชีพตามมาตรฐานโดยปฏิบัติตามการประเมิน เฝ้าระวังและจัดการต่ออาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Ramathibodi Early Warning score: REWs) (1.2) กระตุ้นและดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิด VTE เช่น กระตุ้นและดูแลให้มี early ambition และช่วยเหลือในการเดิน ดูแลการใส่ IPC ฝึกทักษะการทำ Deep breathing exercise กรณีต้องให้ยาป้องกันให้ใช้หลักการบริหารยาเมื่อมีปัญหาเรื่องยาให้ปรึกษาเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย เป็นต้น (1.3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใส่เครื่องป้องกัน IPC เช่น การเกิดแผลกดทับชาบริเวณปลายเท้า เป็นต้น (1.4) ประเมินอาการผิดปกติจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (กรณีได้รับยาละลายลิ่มเลือด) เช่น อุจจาระมีเลือดปน เป็นต้น (1.5) การรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ (2) การดูแลด้านจิตใจโดยให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเป็นระยะ ด้วยกริยาท่าทางที่เห็นอกเห็นใจ นุ่มนวลและอ่อนโยนพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมโดยร่วมสังเกตอาการผิดปกติดังกล่าว ถ้ามีให้รีบแจ้งพยาบาลทันที (3) พยาบาลดูแลระบบการทำงานของเครื่อง IPC ให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง (4) กระตุ้นให้ผู้ป่วย early ambulation เพื่อป้องกันภาวะ VTE ช่วยให้ฟื้นตัวเร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัดกลุ่มนี้ควรกระตุ้นให้ early ambulation ภายใน 12 ชั่วโมง กรณีผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถ early ambulation ภายใน 3 วัน ให้ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติ

การพยาบาลระยะจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (Discharge Nursing care)[22]: ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยยึดหลัก D-METHOD โดยประเมินความพร้อมในด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้อย่างดีและไม่เกิดภาวะ VTE หลังจำหน่าย พยาบาลทำหน้าที่ให้ความรู้และ

คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น ขาบวม ผิวหนังบริเวณขาแดง บวม กดเจ็บตึง เป็นต้น และอาการฉุกเฉินต้องเรียก 1669 เช่น อาการเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก เป็นต้น พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์หอผู้ป่วยกับผู้ป่วย ซึ่งสามารถโทรศัพท์สอบถามปัญหากับพยาบาลได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นหัวใจสำคัญ โดยต้องอาศัยหลักการบริหารการพยาบาล และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งสามารถสร้างความไว้วางใจผ่านระบบคุณภาพ (Quality Concept) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยทั้งในด้านความปลอดภัยและมีมาตรฐานการพยาบาล

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ ดังนี้

(1) แบบประเมินผู้ป่วย VTE Risk Assessment และแบบประเมินอาการของพยาบาล (2) มี Fast track Protocol 3 ฉบับและวิธีทำงาน (Work instruction: WI) 1 ฉบับ (3) วีดิทัศน์ 1 เรื่องและระบบการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย (4) บุคลากรมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะ VTE ได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 (5) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 (6)

อัตราการเกิดภาวะ VTE หลังผ่าตัด เท่ากับ 0 เปอร์เซ็นต์ (7) ผู้ป่วยและบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลนี้ (ระดับมาก-มากที่สุด) ร้อยละ 100

สรุป

จากการพัฒนาระบบนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านผู้ป่วย พยาบาล หน่วยงานและโรงพยาบาล ซึ่งควรใช้เป็นแนวทางในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้ทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลและมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวม

References

1. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, & Bounameaux H, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2021; 160(2): e545-604.
2. Thai Society of Hematology. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Bleeding and Thrombotic Disorders 2023. Bangkok: Thai Society of Hematology; 2023. (in Thai)
3. Khan F, Tritschler T, Kahn SR, & Rodger MA. Venous thromboembolism. The Lancet. 2021; 398 (10294): 64-77.
4. Vachirasrisirikul S, & Laohapensang K. Incidence and risk factors of venous thromboembolism following major abdominal surgery. Journal of the Medical Association of Thailand. 2016; 99(6): 665-74. (in Thai)
5. Limpawittayakul P, & Rojnuckarin P. Incidence, risk factors of symptomatic venous thromboembolism and risk prediction score in hospitalized cancer patients at Ubon Ratchathani Cancer Hospital. Journal of Hematology and Transfusion Medicine. 2025; 35: 109-18. (in Thai)
6. Sareeso P, & Utriyaprasit K. Application of Evidence-based Practice for Deep Vein Thrombosis Prevention in Medical-Surgical Patients. Journal of Nursing Science. 2011; 29(2): 27-36. (in Thai)
7. Yhim HY, Jang MJ, Bang SM, Kim KH, & Kim YK. Incidence of venous thromboembolism following major surgery in Korea: from the Health Insurance Review and Assessment Service database. Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2014; 12(7): 1035-43.
8. Fowkes FGR, & Price JF. Incidence of diagnosed deep vein thrombosis in the general population: systematic review. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2007; 34(5): 497-505.

9. Sachdeva A, Dalton M, Amaragiri SV, & Lees T. Graduated compression stockings for prevention of deep vein thrombosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018;(11): CD001484.
10. Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JI, Heit JA, & Samama CM. Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl): e227S-77S
11. Kittitirapong N. Prevention of venous thromboembolism after surgery [Internet]. Bangkok: Division of Vascular Surgery and Organ Transplantation, Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2022. (in Thai)
12. Pavon JM, Adam SS, Razouki ZA, McDuffie JR, Lachiewicz PF, & Kosinski AS, et al. Intermittent pneumatic compression devices in the prevention of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. Thrombosis Research. 2016; 146: 119-27.
13. Sirisreetreerux P, & Chanchairujira K. Venous thromboembolism: an important emerging problem in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand. 2010; 93(4): 485-7. (in Thai)
14. Permlarp P. Deep venous thrombosis: five years analysis at Prapokklao Hospital. Prapokklao Medical Journal. 2012; 29(1): 15-22. (in Thai)
15. Arunothai S, Sutherasan Y, Panpikoon T, Theerawit P, Angchaisuksiri P, & Boonyawat K. Low incidence of deep vein thrombosis in critically ill medical patients in Thais: a prospective study. Journal of Intensive Care Medicine. 2024; 39(12): 1125-32. (in Thai)
16. Supachutikul A. Weaving and crystallizing quality concepts: the foundation of building trust. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2021. (in Thai)
17. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study; 1986.
18. Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Disease-a-Month. 2010; 56(2): 75-83.
19. Caprini JA, Arcelus JI, Hasty JH, Tamhane AC, & Sadler AH. Clinical assessment of the risk of venous thromboembolism in surgical patients. Seminars in Thrombosis and Hemostasis. 2004; 50-7.
20. Pookbunmee R. Nursing administration: principles and practice. 3rd ed. Bangkok: Samcharoen Panich; 2019. (in Thai)
21. Chuengkriengkrai B. Nursing care of patients in the pre and postoperative period. In: Senadisai S, Prapaipanich W, editors. Basic nursing: concepts and practice. 13th ed. Bangkok: Judthong; 2015. (in Thai)
22. Apanantikul M. Receiving, transferring and discharging patients. In: Senadisai S, Prapaipanich W, editors. Basic nursing: concepts and practice. 13th ed. Bangkok: Judthong; 2015. (in Thai)
23. Somsukjerawat P, & Aungsuroch Y. Effects of discharge planning and continuing care of post-acute stroke patients on nursing service satisfaction, patients' quality of life, and nurses' job satisfaction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(2): 218-26. (in Thai)

การวิเคราะห์โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการตีพิมพ์งานวิจัย ภายหลังการนำเสนอทางวิชาการ ระดับนานาชาติ: การศึกษานำร่อง

Analysis of the Project to Enhance Research Publication Efficiency after International Academic Presentation: A Pilot Study

วาสนา หาวิน เสาวลักษณ์ พระโสภา อรวรรณ บุตรทุมพันธ์*

Wasana Lavin Saowalak Prasopa Orawan Bootthumpan*

โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540

Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศเป็นโอกาสสำคัญในการเผยแพร่ความรู้และสร้างเครือข่ายทางวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีทุนให้บุคลากรสายสนับสนุนไปนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ ตามระเบียบผู้นำเสนอผลงานจะต้องส่งผลงานตีพิมพ์ภายใน 1 ปี หลังจากกลับจากประชุมและรายงานคณะถือเป็นการจบทุน และ/หรือ ถ้าประสงค์จะไปนำเสนอผลงานวิชาการในปีต่อไปต้องได้รับการตีพิมพ์ /หรือได้รับใบตอบรับตีพิมพ์ก่อนจึงจะสามารถรับทุนครั้งต่อไปได้

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามผลของโปรแกรมเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งตีพิมพ์วิจัยหลังนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 ถึง 2568 พบว่าพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการสามารถส่งตีพิมพ์ภายใน 6 เดือน ร้อยละ 28.57, ร้อยละ 20 และร้อยละ 71.43 ตามลำดับ ได้ตอบรับตีพิมพ์ภายใน 1 ปี ร้อยละ 85.71, ร้อยละ 80 และร้อยละ 42.85 ตามลำดับ คะแนนความพึงพอใจโครงการร้อยละ 94.28, ร้อยละ 96 และร้อยละ 95 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบประเด็นการส่งผลงานตีพิมพ์ล่าช้า โดยปัจจัยหลักที่พบ ได้แก่ ขาดความมั่นใจในผลงานตนเอง ระยะเวลารอพิจารณาจากวารสาร ขาดการวางแผนที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น มีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงานมาก ขาดทักษะการเขียนบทความเชิงวิชาการ ผลงานโดนปฏิเสธการลงจากวารสาร ประเด็นนี้ทางงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้หาความร่วมมือกับกลุ่มผู้มีความรู้ในการตีพิมพ์ต่อไป

คำสำคัญ: บุคลากรพยาบาล ตีพิมพ์ นำเสนอผลงานต่างประเทศ

Abstract

Presenting academic work abroad is an important opportunity to disseminate knowledge and build academic networks. The Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, provides scholarships to support staff in presenting academic International Presentation. According to the regulations must publish their work within one year after returning from the presentation. This publication is considered the completion of the scholarship requirement. If staff wish to present in next year, they must have published their previous work or received an acceptance letter before they can receive the next scholarship.

Corresponding Author: * Email: orawan.bot@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 28 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 07 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 08 ก.พ. 2569

This project aims to monitor the effectiveness of program to increase research publication after international academic presentations from 3 fiscal year between October 2022-September 2025. The result was shown that the successfully submitted within 6 months were 28.57%, 20%, and 71.43%, respectively. The research was submissions within one fiscal year at 85.71%, 80%, and 42.85%, respectively. The satisfaction scores were 94.28%, 96% and 95%, respectively. The main factors contributing to delays the manuscript submissions were uncertainty with quality of the research, the duration of journal review process, inadequate planning time, heavy workload, insufficient academic writing skills. And the manuscript was rejected by journals. To address these obstacles, the Critical Care Nursing section would collaborate with experts for facilitate and support in the future publication.

Keywords: Nursing personnel, Publish, International conferences

บทนำ

การนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศเป็นโอกาสเผยแพร่ความรู้และสร้างเครือข่ายทางวิชาการ ทั้งนี้คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีทุนให้บุคลากรสายสนับสนุนไปนำเสนอผลงานต่างประเทศปีละ 1 ครั้ง ภายหลังจากนำเสนอผลงานต้องส่งรายงานต่อคณะฯ 1 ฉบับ ผลงานต้องได้รับการตีพิมพ์ภายใน 1 ปี และส่งรายงานหน่วยทุนวิจัยภายในคณะฯ จะถือว่าจบทุน กรณีมีความประสงค์จะไปนำเสนอผลงานวิชาการในปีถัดไป ผลงานต้องได้รับการตีพิมพ์ และ/หรือได้รับใบตอบรับตีพิมพ์ก่อนจึงจะสามารถรับทุนครั้งต่อไปได้[1] อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรที่รับทุนไปนำเสนอผลงานมีปัญหาในการส่งผลงานตีพิมพ์ล่าช้า โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการส่งตีพิมพ์ผลงานล่าช้า ได้แก่ การขาดการวางแผนที่ดีตั้งแต่เริ่มต้น มีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงานมาก ไม่มั่นใจในคุณภาพผลงานตนเอง ขาดความรู้ ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ และขาดประสบการณ์[2,3] การตีพิมพ์งานวิจัยถือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาทักษะพื้นฐาน การเรียนรู้ต่อเนื่อง ความสำเร็จทางการศึกษา และการพัฒนาอาชีพ[4] การฝึกอบรมที่มีโครงสร้างความช่วยเหลือทางเทคนิค และการให้คำปรึกษา มีผลสนับสนุนพยาบาลในการเอาชนะความท้าทายในการตีพิมพ์ และเพิ่มประสิทธิภาพทางวิชาการ[5]

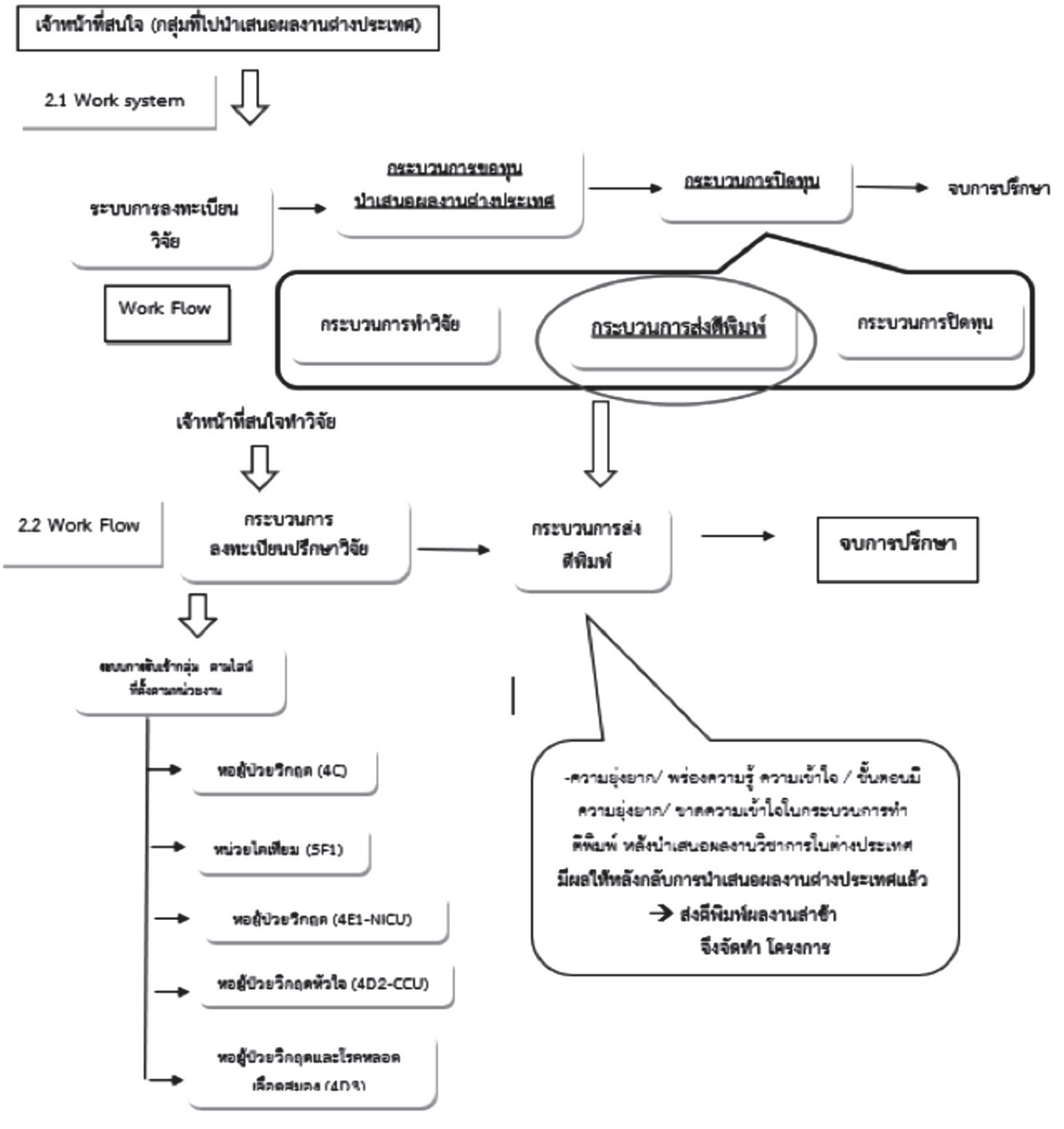
งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้เริ่มโครงการสนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลส่งผลงานไปนำเสนอในต่างประเทศตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา ได้หยุดไปช่วงสถานการณ์ COVIID-19 ระบาด และในปีพ.ศ. 2565 ภายหลังการควบคุมโรคระบาดและสถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น บุคลากรเริ่มไปนำเสนอในต่างประเทศ แต่พบประเด็นหลังกลับจากนำเสนอผลงานต่างประเทศแล้วส่งตีพิมพ์ผลงานล่าช้า ต้องคอยกระตุ้นสอบถาม ซึ่งจะมีผลต่อการรับทุนในครั้งต่อไป และมีผลต่อการใช้ผลงานประกอบในการทำความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น ระดับชำนาญการพิเศษ ระดับเชี่ยวชาญ เป็นต้น

ในการนี้กลุ่มผู้เขียน สังกัด งานการพยาบาลวิกฤต ได้จัดทำโครงการให้คำปรึกษาในการส่งผลงานตีพิมพ์ โดยวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดมีแหล่งให้คำปรึกษาเพื่อเขียนผลงานส่งตีพิมพ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้เป็นผลงานในการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ร่วมกับประเมินความพึงพอใจในการทำงานตามแนวคิด Health Care Criteria Performance Excellence[6] เพื่อหวังเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้บุคลากรมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้น เพิ่มความผูกพันในองค์กร และลดจำนวนการลาออกที่มีมากทุกปี การวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ส่งตีพิมพ์ และ/หรือการส่งงานวิจัยภายหลังการนำเสนอทางวิชาการระดับนานาชาติล่าช้านี้ ยังไม่มี การศึกษาในสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาและจะนำผลมาพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมประเด็นนี้ต่อไป

ขอบเขตของเรื่อง

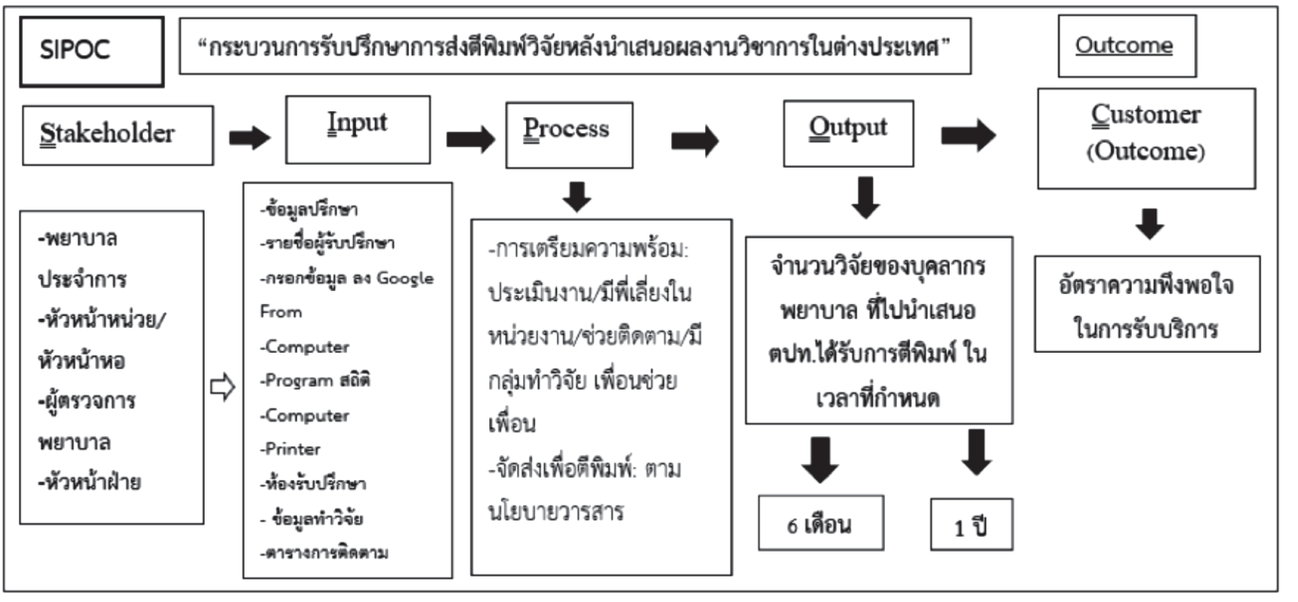
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้มีทุนให้บุคลากรสายสนับสนุนไปนำเสนอผลงานต่างประเทศ เพื่อเผยแพร่ความรู้และสร้างเครือข่ายทางวิชาการ ตามระเบียบคณะฯ ภายหลังกลับมาภายใน 1 ปี ต้องส่งผลงานตีพิมพ์และส่งรายงานคณะถือเป็นการจบทุน ถ้าประสงค์จะไปนำเสนอผลงานวิชาการในปีต่อๆ ไป ผลงานต้องได้รับการตอบรับตีพิมพ์และ/หรือได้รัการตีพิมพ์ก่อนจึงจะรับทุนครั้งต่อไปได้[1] อย่างไรก็ตาม พบว่าบุคลากรที่รับทุนไปนำเสนอผลงานมีปัญหาในการ

ส่งผลงานตีพิมพ์ล่าช้า ทางงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจึงจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) เรื่อง “เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งตีพิมพ์วิจัยหลังนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ” ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่ส่งงานมหกรรมคุณภาพและนวัตกรรม (CQI) ครั้งที่ 32 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือน เมษายน พศ.2568 โดยผู้วิจัยเป็นหัวหน้าโครงการหลัก และได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากแบบบันทึกการเข้ารับคำปรึกษา ถึง 30 กันยายน พศ.2568 การทำ CQI นี้มุ่งหวังเพื่อช่วยแก้ปัญหาดังกล่าว ใช้แนวคิดตามวงจรคุณภาพ 3C (Concepts, Context, Criteria)[7] ทำการศึกษา บริบท สภาพปัญหา และสถานการณ์ในการประเมินปัญหาหลังกลับจากนำเสนอผลงานต่างประเทศแล้วส่งตีพิมพ์ผลงานล่าช้า และใช้การประยุกต์ใช้แนวคิดวงล้อคุณภาพ PDSA (Plan-Do-Study-Act)[7] ผู้เขียนได้เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม พศ.2565 ถึง กันยายน พศ.2568 และได้ขอจริยธรรม เลขที่ MURA 2025/910 เนื่องจากข้อคำถามมีการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม



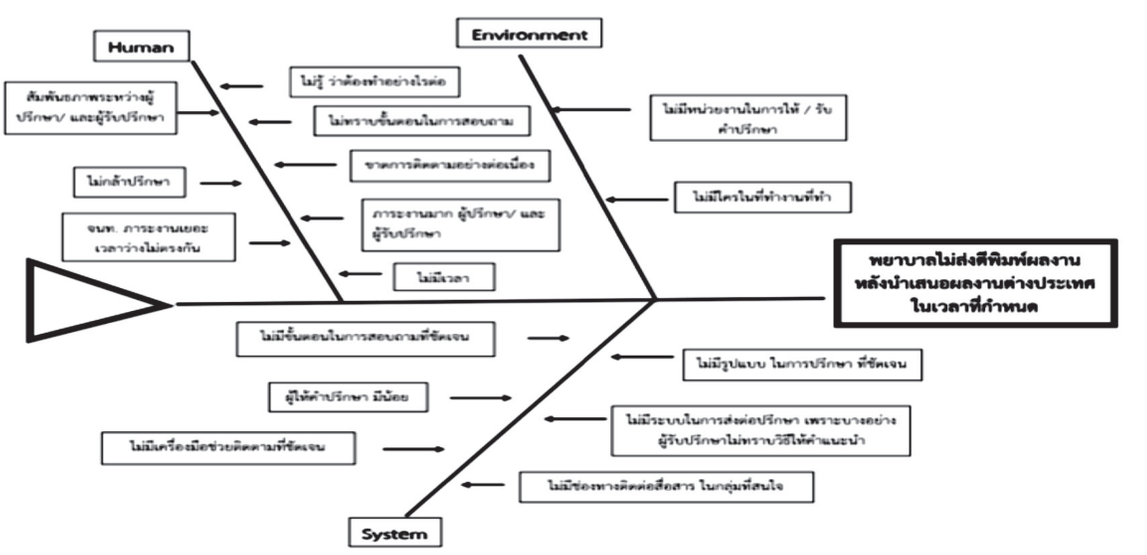
รูปที่ 1 แสดงกระแสงาน (Workflow) การกระบวนการรับปรึกษาการส่งตีพิมพ์วิจัย

ผู้เขียนได้วิเคราะห์ระบบงาน (Workflow) ในการขอทุนสนับสนุนไปนำเสนอผลงานต่างประเทศ โดยวิเคราะห์กระบวนการปิดทุนวิจัย และกระบวนการที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้เป็นข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลไม่ตีพิมพ์ผลงานภายหลังจากกลับจากนำเสนอผลงานต่างประเทศ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 2 แสดงกระแสงานผังการไหลของกระบวนการรับปรึกษาการส่งตีพิมพ์วิจัย

ผู้เขียนได้วิเคราะห์ภาพรวมของกระบวนการทำงานโดย SIPOC Model การส่งตีพิมพ์หลังนำเสนอผลงานวิชาการต่างประเทศของกลุ่มบุคลากรพยาบาล ในสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยมีกระบวนการที่เกี่ยวข้องหลัก ดังรูปที่ 2 และวัตถุประสงค์หลักของ CQI นี้ ได้แก่ 1) ศึกษาจำนวน ร้อยละ ของงานวิจัยที่ไปนำเสนอต่างประเทศที่ส่งตีพิมพ์ภายใน 6 เดือน 2) ศึกษาจำนวน ร้อยละ ของผลงานที่นำเสนอผลงานต่างประเทศได้รับการตอบรับตีพิมพ์ภายใน 1 ปี และ 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการปรึกษา นอกจากนี้ผู้เขียนได้วิเคราะห์เกี่ยวกับสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการที่พยาบาลไม่ตีพิมพ์ผลงานภายหลังจากกลับจากนำเสนอผลงานต่างประเทศ พบว่ามีหลายปัจจัยประกอบ ดังแสดงในแผนภูมิก้างปลา รูปที่ 3



รูปที่ 3 แสดงในแผนภูมิก้างปลา (Fish bone) วิเคราะห์สาเหตุที่พยาบาลไม่ส่งตีพิมพ์ผลงานหลังนำเสนอผลงานต่างประเทศในเวลาที่กำหนด

ผู้เขียนได้วิเคราะห์สาเหตุดังกล่าวเป็นแผนภูมิก้างปลา (Fish bone) ดังรูปที่ 3 โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้านใหญ่ ได้แก่

1. ด้าน People ได้แก่ การขาดความรู้ในการเขียนวิจัยเพื่อตีพิมพ์ การไม่มีรูปแบบในการปรึกษา การขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง ไม่มีเวลา ภาระงานมากทั้งผู้ปรึกษาและผู้รับปรึกษา เวลาว่างไม่ตรงกัน การขาดความรู้ในการทำวิจัย ไม่กล้าปรึกษา และไม่มีที่ปรึกษาที่เฉพาะเจาะจง

2. ด้าน Environment ได้แก่ ไม่มีหน่วยงานรับคำปรึกษาเฉพาะ ไม่มีบุคคลต้นแบบ (Role model) ในที่ทำงาน งานประจำยุ่ง

3. ด้าน System ได้แก่ ไม่มีขั้นตอนในการสอบถามที่ชัดเจน ไม่มีเครื่องมือ และ/หรือ ระบบช่วยติดตามที่ชัดเจน ไม่มีผู้รับผิดชอบ/ติดตาม ไม่มีโปรแกรมที่ช่วยแนะนำในการเขียนวิจัย บรรณานุกรม ไม่มีระบบในการส่งต่อปรึกษา เพราะบางอย่างผู้รับปรึกษาไม่ทราบวิธีให้คำแนะนำ

ตารางที่ 1 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

ปัญหา	กระบวนการ และวิธีการแก้ไขปรับปรุง	สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนา
วิธีทำงานเดิม การทำวิจัย เพื่อไปนำเสนอผลงานต่างประเทศ แต่ยังมีผู้สนใจน้อยเริ่มตั้งแต่ปี 2562 และหยุดไปช่วงสถานการณ์ COVID-19 ระบาด	- ไม่มีผู้ให้คำปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษาเป็นเพียงกลุ่มเล็กๆ	**ข้อดี** - กลุ่มทำวิจัย เรียนรู้จาก พี่/เพื่อน ตามความคุ้นเคย **ข้อจำกัด** - ไม่มีแบบแผนที่แน่นอน
ปรับปรุงครั้งที่ 1 เดิม (Phase I: ตค.65-กย.66) (PDCA 1) - หลังสถานการณ์ COVID-19: มีกลุ่มผู้สนใจทำวิจัย จับกลุ่มเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน/ พี่ ที่สนใจ และเริ่มเข้าปรึกษา เริ่มการทำวิจัย เพื่อไปนำเสนอผลงานต่างประเทศ	- ไม่มีกระบวนการที่แน่นอน ใช้ความสะดวกของผู้ปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา	**ข้อดี** - กลุ่มผู้สนใจทำวิจัย เรียนรู้จาก พี่/เพื่อน เลือกปรึกษาตามความคุ้นเคย **ข้อจำกัด** - ไม่มีแบบแผนไปในทางเดียวกัน
ปรับปรุงครั้งที่ 2 (Phase II: ตค.66-กย.67) (PDCA 2) 1. ทบทวนร่วมกันกับหน่วยงานที่สนใจ ภายในของงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2. เปิดกลุ่มไลน์ รวม ในงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แจ้งให้ผู้ที่สนใจทำวิจัยได้ ปรึกษา	- ประชุมกับหัวหน้าหน่วยงานที่สนใจ ในสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต - มีช่วงเวลาปรึกษาเกี่ยวกับการทำวิจัย - ส่งอบรมเช่น การเขียนวิจัย บทความวิชาการ ทั้งในฝ่ายการฯ และภายนอก - เปิดไลน์ และให้มีการติดต่อให้ง่าย ในการให้คำปรึกษา เพื่อความรวดเร็วในการทำวิจัย โดยแยกหน่วยงานที่สังกัด	**ข้อดี** - กลุ่มผู้สนใจทำวิจัยมีที่ปรึกษาเพิ่มขึ้น - ในกลุ่มสามารถรับรู้ความก้าวหน้าการทำวิจัย - เพิ่มแนวทางให้กลุ่มผู้สนใจทำวิจัย เรียนรู้และสามารถเลือกปรึกษาตามที่สนใจได้ โดยมีกลุ่มเฉพาะ **ข้อจำกัด** - ผู้ปรึกษาตามความต้องการ วันว่างของตนเองไม่เร่งรีบ - เวลาผู้ปรึกษา และผู้ให้คำปรึกษา ไม่ตรงกัน ทำให้วิจัยไม่คืบหน้าในเวลาที่กำหนด
ปรับปรุงครั้งที่ 3 (Phase III: ตค.67-กย.68) (PDCA 3) 1. ทบทวนร่วมในการประชุมในหน่วยงาน สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2. ปรับกลุ่มวิจัยย่อยในหน่อยงาน โดยแบ่งระบบตามงาน เพื่อนช่วยเพื่อน 3. เปิดกลุ่มไลน์ แยก หน่วยงาน แจ้งให้ผู้ที่สนใจทำวิจัยได้ ปรึกษา และดึงเข้ากลุ่ม 4. ประเมิน และแจ้งผลให้หัวหน้าหน่วยงาน ในงานฯ ทุกเดือน	- ปรับเพิ่มการให้ข้อมูลในกลุ่มไลน์ย่อย - ส่งอบรมการทำวิจัย บทความวิชาการ - เพิ่มให้มีพี่เลี้ยงตามความสนใจ - เปิดโอกาสให้เข้ารับคำปรึกษาแบบ online /และเปิดให้คำปรึกษาแบบนอกเวลาเพิ่มขึ้น - เพิ่มการติดตาม ระบบเพื่อน ช่วยเพื่อน - จัดเพิ่มขอคำปรึกษา expert เช่น แพทย์ อาจารย์พยาบาล	**ข้อดี** - กลุ่มผู้สนใจทำวิจัย สามารถเรียนรู้จากผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน - สามารถได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และได้รับการส่งต่อในการทำเอกสารเพื่อใช้ประกอบขอความก้าวหน้าในวิชาชีพได้ **ข้อจำกัด** - ผู้ให้คำปรึกษามีน้อย ทางกลุ่มได้หาแหล่งปรึกษาอื่น ให้บุคลากร เช่น ขอคำปรึกษา expert เช่น แพทย์ อาจารย์พยาบาล

ผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้แนวคิด 3C-PDSA แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ 1 การวิจัยใช้หลัก 3C (Concepts, Context, Criteria)7 ศึกษา บริบท สภาพปัญหา และสถานการณ์การไม่ส่งตีพิมพ์ในเวลาที่กำหนด 2) ระยะที่ 2 การพัฒนา (Development) ประยุกต์แนวคิดวงล้อคุณภาพ PDSA (Plan-Do- Study-Act) กำหนดการศึกษาอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) โดยวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลสังกัดที่ไปนำเสนอผลงานต่างประเทศ โดยอ้างอิงผลการศึกษา สภาพปัญหาและจัดทำเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อร่วมพัฒนาแนวทางให้มีความเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละราย 2) การปฏิบัติ (DO) ได้แก่ การนำประเด็นพัฒนาจากการวางแผน (Plan) ระดมสมองของพยาบาลในกลุ่มร่วมกันค้นคว้าวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาการติดตามการทำงาน 3) เรียนรู้ประเมินผล (Study) ดำเนินการติดตามส่งตีพิมพ์ผลงานวิจัย โดยประชุมปรึกษากับทีมพยาบาล สอบถามปัญหาและอุปสรรค ลงบันทึก รวบรวมปัญหาและอุปสรรคของโครงการ พร้อมข้อเสนอแนะ วิธีการ แก้ไขปัญหา และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ และ 4) ปรับปรุงในประเด็นที่ผลลัพธ์ ที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (Act) และปรับปรุงผลลัพธ์จนกว่าจะได้ผลลัพธ์ตามต้องการ และนำผลที่ได้มาสรุป ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินการในตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี) หลัง (ร้อยละ)		
		ครั้งที่ 1 ตค.65-กย.66	ครั้งที่ 2 ตค.66-กย.67	ครั้งที่ 3 ตค.67-กย.68
1. วิจัยที่ไปนำเสนอต่างประเทศได้รับการส่งตีพิมพ์ภายใน 6 เดือน (หน่วยวัด = ชิ้น)	≥50	28.57	20.00	71.43
2. ผลงานที่นำเสนอผลงานต่างประเทศได้รับการตอบรับตีพิมพ์ภายใน 1 ปี (เกณฑ์คณะ1 ปี) (หน่วยวัด = ชิ้น)	≥80	85.71	80	42.85
3. อัตราความพึงพอใจในการได้รับดูแลให้ได้ตีพิมพ์ตามกฎเกณฑ์หลังนำเสนอผลงานระดับ ดี-ดีมาก (หน่วยวัด = ร้อยละ)	≥85	94.28	96.00	95.00

การติดตามผลการตีพิมพ์มีประโยชน์ทำให้พยาบาลสามารถตีพิมพ์ได้ตามกฎเกณฑ์คณะฯ ตามเวลาที่กำหนด ผลการส่งวิจัยงานตีพิมพ์เร็วขึ้นภายใน 6 เดือน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 71.43 ผลงานที่นำเสนอผลงานต่างประเทศได้รับการตอบรับตีพิมพ์ภายใน 1 ปี อยู่ที่ร้อยละ 85.71, ร้อยละ 80 และครั้งที่ 3 ลดลง ร้อยละ 42.85 เนื่องจากการรอผลการตอบรับจากทางวารสาร บางวารสารใช้เวลานานและบางงานได้รับการปฏิเสธตีพิมพ์ทำให้ผลลัพท์ไม่ได้ตามแผนที่กำหนด ทางผู้เขียนได้หาวิธีแก้ไขโดยก่อนการตีพิมพ์ได้ติดต่อไปที่วารสารก่อนเพื่อวางแผนการได้ลงตีพิมพ์ และการที่ผลงานโดนปฏิเสธการตีพิมพ์จากวารสาร ทางหน่วยงานได้หาความร่วมมือกับกลุ่มผู้มีความรู้ ประสบการณ์ในการช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับวิจัยและการตีพิมพ์ในระยะต่อไป และอัตราความพึงพอใจในการติดตามให้ได้รับตีพิมพ์ตามตีพิมพ์ตามกฎเกณฑ์คณะ ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมากกว่าร้อยละ 85 อยู่ที่ร้อยละ 94.28, ร้อยละ 96 และร้อยละ 95 ตามลำดับ ตารางที่ 2

บทสรุป

ผู้เขียนได้สรุปประโยชน์ที่ได้จากการทำ CQI นี้ตามมุมมองของ “มิติคุณภาพ” STEEEP[7,8] ได้แก่ 1) Safety พยาบาลสามารถนำความรู้ ข้อสรุปวิจัยมาปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผลของการตีพิมพ์ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ศึกษาได้นำเสนอสู่ภายนอก 2) Timely Efficiency พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผลงานที่ได้ใช้เป็นผลงานต่อยอดในการขอชำนาญการพิเศษได้ ลดเวลาในการทำวิจัย และการทำผลงานวิชาการ 3) Effectiveness พยาบาลที่ไปนำเสนอผลงานต่างประเทศได้

รับการติดตามให้ได้รับตีพิมพ์หลังกลับมาทุกราย การตีพิมพ์มีผลเพิ่มการพัฒนาระบบบริการ สามารถขยายผลองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย และแพร่หลายในวงกว้าง 4) Equity พยาบาลที่สนใจทำวิจัยเข้าถึงการเข้ารับการปรึกษาได้เท่าเทียมกันทุกราย การตีพิมพ์ทำให้มีโอกาสในการประเมินประสิทธิผลงานอย่างเป็นระบบ 5) Patient Center ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคพยาบาลสามารถใช้ความรู้จากงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรม มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปลอดภัยยิ่งขึ้น ข้อมูลอิงหลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลผู้ป่วยได้รับการเผยแพร่ และพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กลุ่มพยาบาลการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะทางวิชาการ การวิจัย เพิ่มประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น[9,10] 6) การวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่าการไม่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยของพยาบาลส่งผลกระทบในทุกมิติของคุณภาพตาม STEEEP Model หากมีการส่งเสริมให้เกิดการตีพิมพ์มากขึ้น จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวมได้ และงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้สื่อสารแผนการปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เหลือในสังกัดผ่านการประชุมกับหัวหน้าหน่วยงาน ประจำเดือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในฝ่ายการฯ มีแนวทางและที่ปรึกษาในการทำงานวิจัย เพื่อเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น การทำชำนาญงาน ชำนาญงานพิเศษ ชำนาญการพิเศษ และเชี่ยวชาญ ในกลุ่มบุคลากรที่อายุงานถึงกำหนด[11] อย่างน้อยร้อยละ 1 ต่อปี โดยการประมาณบุคลากรพยาบาล 1 คน สังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ถึงแม้ว่าการส่งตีพิมพ์จะพบข้อเสีย เช่น ใช้เวลาในการเขียน ใช้เวลารอทบทวนจากผู้ประเมินบทความ (Reviewer) การขาดการติดตามความคืบหน้าในการตีพิมพ์อย่างเป็นระบบ การที่วิจัยได้มีโอกาสไปนำเสนอในต่างประเทศ จะทำให้ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง เพิ่มช่องทางเจอผู้ที่สนใจเรื่องเดียวกัน ซึ่งเป็นข้อดีที่มีประโยชน์อย่างมาก นอกจากนี้กลุ่มผู้เขียนยังใช้ระบบ mentorship เพื่อช่วยให้พยาบาลมีที่ปรึกษาโดยพัฒนารูปแบบพี่เลี้ยงวิชาการเพื่อส่งเสริมศักยภาพในการเขียนงานวิจัย[12] ร่วมกับการมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student - Centered) โดยส่งเสริมและสอบถามประเด็นปัญหาที่ต้องได้รับการช่วยเหลือรายบุคคล[13] และช่วยแก้ไขงานเมื่อได้ตอบรับการแก้ไขจากผู้ประเมินบทความ เป็นตัวเสริมความมั่นใจในการทำงาน[12] จึงทำให้การตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการดีขึ้นได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

References

1. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Introduction: Payment of subsidies for travel to attend conferences or present academic work abroad in 2023. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital;2023. (in Thai)
2. Juychum D, Sangmanee R, Siriphan S, Mettarikanon D, & Kamhaengkit R. Influencing factors of producing academic publication in International Journal of Lectures at Princess of Naradhiwas University. 2019;6(2):1-13. (in Thai)
3. Sangmanee W, Kaewvichit N, & Tohteng S. State, Problems and Needs for Research of Professional Nurse at Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. Princess of Naradhiwas University Journal. 2021;13(1): 160-85. (in Thai)
4. Ahmad I, Bibi A, Shaheen A, Saeed I, Arzoo, Angeez M, & Bibi R. Challenges for nurse educators to publish their research in national and international journal. Rehman Journal of Health Sciences. 2023;5(2):171-6.
5. Rajendran RU, Pai MS, Nayak BS, Nayak SG, Noronha JA, Venkata SK, & et al. Challenges and needs of nurse researchers on research publication in health universities of Karnataka, India: a cross-sectional survey. Journal of Research in Nursing. 2025;30(5-6):606-19.
6. Sathagathonthun G. The evaluation of nursing organizations effectiveness. Journal of Nursing and Health Sciences. 2018;12(3):10-20. (in Thai)
7. Supachutikul A. HA Update 2017. 1st ed. Bangkok: D-One book company Limited.; 2017. (in Thai)
8. Ponathong C. Risk factors in challenges of managing higher education institution in the 21st Century. Suthiparithat. 2017;31(99):260-73. (in Thai)

9. Yaprom C, & Chuamanochan N. Patient safety competency : Nursing care for prevention with Catheter-Associated Urinary Tract infection for new graduated nurses. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(3): 10-8. (in Thai)
10. Choodum N, Lohitthai S, & Chuachomket N. Competencies of professional nurses in the hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(3):31-8. (in Thai)
11. Koomprom K. An Analysis: The readiness of academic writing for Promotion among Supporting university staff, Faculty of Nursing, Mahidol University. 2019. (in Thai)
12. Jantarakantee E. Coaching and mentoring system model for developing science teachers' teaching practices and the ability to conduct classroom action research. Journal of graduate studies ValayaAlongkornRajabhat University. 2017; 10(1):128-41. (in Thai)
13. Choochuen W. Application of nursing theory for a student-centered teaching. Journal of Nursing Research Innovation and Health. 2019; 2(1):87-98. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Effects of a Family Participatory Nutrition Literacy Promotion Program on Nutrition Literacy, Dietary Behavior, Food Security, and Health Outcomes among Older Adults with Noncommunicable Diseases

จีรภา กาญจนโกเมศ อังศินันท์ อินทรกำแหง* พิชชาดา ประสิทธิโชค
Jeerapa Karnchanakomate Ungsinun Intarakamhang* Pitchada Prasittichok
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10110
Srinakharinwirot University, Bangkok, Thailand, 10110

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 68 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 .71 และ.72 ตามลำดับ รวมทั้งแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ MANOVA และ Repeated MANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและติดตามผลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) ดังนั้นควรนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ความมั่นคงทางอาหาร, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ

Corresponding Author: * Email: ungsinun@g.swu.ac.th
ทุนพัฒนานักวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ

วันที่รับ (received) 16 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ก.ค. 2568

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a family-participatory nutrition literacy promotion program on nutrition literacy dietary, behavior, food security, and health outcomes among 68 older adults with noncommunicable diseases. Participants were selected using simple random sampling and assigned to either an experimental group or a control group, with 34 participants in each. The instruments used were the nutrition knowledge questionnaire, the dietary behavior questionnaire, and the food security questionnaire, with reliability values of .98, .71, and .72, respectively. Health outcome measures included body mass index, waist circumference, blood pressure, and blood glucose levels. Data were analyzed using MANOVA and repeated MANOVA.

The results of the study showed that the experimental group demonstrated significantly greater improvements in nutrition literacy, dietary behavior, and health outcomes specifically BMI and waist circumference at both the post-intervention and follow-up stages compared to the control group ($p < .05$). Additionally, nutrition literacy, dietary behavior, food security, and health outcomes in the experimental group were significantly better at the post-intervention and follow-up stages compared to baseline ($p < .05$). Therefore, this program should be implemented to improve dietary behaviors, food security, and health outcomes in order to reduce complications of noncommunicable diseases among older adults.

Keyword: Nutrition Literacy, Family Participation, Dietary Behavior, Food Security, Health Outcomes

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมของร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ จากรายงานพบอุบัติการณ์สูงสุดของปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป[1] จึงเป็นอีกประเด็นท้าทายในการหาแนวทางให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยภาวะแทรกซ้อน

การทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น ส่วนสำคัญคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือ ผู้สูงอายุโรค NCDs ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยและมีภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการขาดความมั่นคงทางอาหาร ประกอบกับการได้รับอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวนิยมรับประทานอาหารซึ่งมีไขมันและคาร์โบไฮเดรตมากขึ้น รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการโฆษณาในปัจจุบัน กลายเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ค่านิยม พฤติกรรม และแบบแผนการบริโภคอาหารเปลี่ยนไป ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการซึ่งเป็นความสามารถในการเข้าถึง รับรู้ เข้าใจ ตีความ และประยุกต์ใช้ข้อมูลโภชนาการในการตัดสินใจเลือกอาหารตามหลักโภชนาการที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน[2,3] โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจึงมีความสำคัญในส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้สูงอายุโรค NCDs

การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นในการควบคุมโรค NCDs เนื่องจากผู้สูงอายุโรค NCDs ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว และครอบครัวถือเป็นจุดเริ่มต้นในการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ดังแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care)[4] ซึ่งเชื่อว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวได้รับการฝึกด้านโภชนาการจะมีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการฝึกด้านโภชนาการ[5] และการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำให้การบริโภคสารอาหาร รวมทั้งน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และ

ความแข็งแรงของแรงบีบมือดีขึ้น[6] เช่นเดียวกับการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรค NCDs ส่งผลต่อการรับประทานผักเพิ่มขึ้นและรับประทานไขมันลดลง[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นลักษณะการให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาหาร[7,8] ขาดการวัดที่ครอบคลุมความมั่นคงทางอาหารและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุโรค NCDs และมีข้อจำกัดบางประการเช่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อย ขาดกลุ่มควบคุม และขาดการติดตามผลในระยะยาว[7,8] รวมทั้งรูปแบบงานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือกรอบแนวคิดและพฤติกรรมมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว ซึ่งคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเกิดประโยชน์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรค NCDs ให้ดีขึ้น ซึ่งนำไปสู่การควบคุมและลดการภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีต่อความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรค NCDs

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรค NCDs ในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2. ผู้สูงอายุโรค NCDs ในกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะหลังการทดลองและติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลองกรอบแนวคิดในการวิจัย

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการบูรณาการภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านโภชนาการ[2,3] ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล[4] ซึ่งเชื่อว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาลผ่านกระทำ 3 ด้านคือ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมฯ ในครั้งนี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดและพฤติกรรมเดิมที่ไม่เหมาะสมไปสู่กรอบแนวคิดหรือพฤติกรรมใหม่ในด้านโภชนาการ จึงนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง[9] โดยการให้ผู้สูงอายุโรค NCDs เผชิญกับประสบการณ์วิกฤติที่ทำให้สับสน มีการสะท้อนเชิงวิพากษ์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายต่อความคิดพร้อมวางแผนการปฏิบัติตามความคิดใหม่ และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3 self)[10] ในการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรมตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรค NCDs ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกพื้นที่จำนวน 2 แห่งพบว่าได้ศูนย์สุขภาพชุมชนโพธาวาสเป็นกลุ่มทดลอง และรพ.สต.วัดประดู่ เป็นกลุ่มควบคุม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมา[11] เท่ากับ .81 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 68 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคือ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมอง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด อ่านและเขียน 4) สามารถสื่อสารและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติคือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด อ่าน และเขียน 3) สามารถสื่อสารและติดต่อทางโทรศัพท์ได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E/G-375/2565E (ต่อใบรับรองครั้งที่ 2) ลงวันที่ 7 กันยายน 2567

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรค NCDs ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้สูงอายุ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะของผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายของครอบครัว โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรค NCDs

3. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนการ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง[12] และการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโภชนาการตั้งแต่ขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณ จำนวน 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบทดสอบ 4 ตัวเลือกและเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง ปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน ชนิดอาหารและแหล่งที่มาของอาหาร เทคนิคการเตรียมและการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยโรค NCDs จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลยถึงปฏิบัติทุกครั้ง/ทุกวัน

5. แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Food and Agriculture Organization of the United Nation[13] และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหา 4 มิติคือ การมีอาหารเพียงพอ การเข้าถึงอาหาร การใช้ประโยชน์จากอาหาร และการมีเสถียรภาพด้านอาหาร จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยเกิดขึ้นถึงเกิดขึ้นบ่อยครั้ง

6. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือด

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามความมั่นคงทางอาหารตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .60 – 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .98 .71 และ .72 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการบูรณาการภายใต้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่ แนวคิดความรอบรู้ด้านโภชนาการ ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และแนวคิดการปรับพฤติกรรมใช้เวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 6 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุโรค NCDs มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การอบรมเชิงปฏิบัติการ การฝึกทักษะหรือกิจกรรมลงมือปฏิบัติจริง การให้คำปรึกษาโดยนักโภชนาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การให้โปรแกรมแบบออนไลน์ และการเยี่ยมบ้านทั้งในลักษณะรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกครั้งเพื่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโภชนาการ นำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำร่วมกัน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและการรับรู้ภาวะโภชนาการ:

แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดการ และเก็บข้อมูลผู้สูงอายุโรค NCDs ก่อนการทดลอง

ครั้งที่ 2 วิกฤติคือโอกาสสู่การเปลี่ยน: ผู้สูงอายุพิจารณาใคร่ครวญตนเองจากกรณีศึกษาและสถานการณ์จริงผู้ป่วยโรค NCDs

ครั้งที่ 3 เรียนรู้ เข้าถึง เข้าใจ วางแผนเพื่อสิ่งใหม่: ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเรียนรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ด้านโภชนาการ

ครั้งที่ 4 คิดใหม่ ทำใหม่: ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติด้านโภชนาการเพื่อควบคุมโรค NCDs

ครั้งที่ 5 เรียนรู้อย่างเข้าใจ ปรับพฤติกรรมใหม่ห่างไกล NCDs: เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุหลังการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านตามวางแผนที่วางไว้

ครั้งที่ 6 แลกเปลี่ยน เรียนรู้สู่เป้าหมาย: ส่งเสริมผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวให้แบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโภชนาการผ่านทางกลุ่ม Line

ครั้งที่ 7 เรียนรู้สู่เป้าหมายกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต: สรุปผลการดำเนินกิจกรรม คัดเลือกและมอบรางวัลให้ผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่าง พร้อมทั้งเก็บข้อมูลหลังการทดลองและนัดหมาย เพื่อเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ chi-square

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลด้วยสถิติ MANOVA และ repeated MANOVA

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.4 อายุเฉลี่ย 69.32 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.7 จบประถมศึกษาร้อยละ 38.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพและรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 50 รายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 38.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 47.1 ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเป็นคู่สมรส ร้อยละ 41.2 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 67.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 67.6 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.7 อายุเฉลี่ย 68.20 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.1 จบประถมศึกษาร้อยละ 38.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 47.1 และรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 64.7 รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 38.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 38.2 ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเป็นบุตรร้อยละ 41.2 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร้อยละ 70.6 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 67.6 ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 เดือน

ตัวแปร	SS	MS	F	p-value
ระยะหลังทดลอง				
ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	1534.25	1534.25	7.63	.007
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	705.30	705.30	17.19	.001
ความมั่นคงด้านอาหาร	25.94	25.94	2.61	.111
ดัชนีมวลกาย	208.85	208.85	12.97	.001
เส้นรอบเอว	1017.19	1017.19	13.66	.001
ความดันโลหิตค่าบน	405.23	405.23	1.48	.227

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 2 เดือน (ต่อ)

ตัวแปร	SS	MS	F	p-value
ความดันโลหิตค่าล่าง	8.47	8.47	0.07	.779
น้ำตาลในเลือด	1288.47	1288.47	1.69	.198
ระยะติดตามผล 2 เดือน				
ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	1980.72	1980.72	10.16	.002
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	911.77	911.77	22.37	.001
ความมั่นคงด้านอาหาร	27.19	27.19	2.77	.100
ดัชนีมวลกาย	235.37	235.37	14.62	.001
เส้นรอบเอว	1395.05	1395.05	17.79	.001
ความดันโลหิตค่าบน	32.48	32.48	0.14	.703
ความดันโลหิตค่าล่าง	8.47	8.47	0.08	.773
น้ำตาลในเลือด	1064.13	1064.13	1.24	.268

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ MANOVA ได้ทำการตรวจสอบตัวแปรทั้ง 3 ระยะพบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบ Box's M พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Test of Between-Subjects Effects) ระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนความมั่นคงทางอาหาร ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ผลวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 เดือนในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	913.05	1.43	633.54	[a]37.10	.001
พฤติกรรมการบริโภค	412.01	1.48	273.54	[a]42.21	.001
ความมั่นคงด้านอาหาร	55.89	1.07	52.34	[a]17.81	.001
ดัชนีมวลกาย	2.51	1.24	1.99	[a]34.91	.001
เส้นรอบเอว	11.73	2	8.32	50.47	.001
ความดันโลหิตค่าบน	90.30	2	45.15	1.89	.159
ความดันโลหิตค่าล่าง	129.77	2	64.88	1.42	.246
น้ำตาลในเลือด	913.05	2	357.33	0.002	.989

[a] Greenhouse-Geisser

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ repeated MANOVA ตรวจสอบค่าสถิติ Mauchly's W ของตัวแปรส่วนใหญ่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น จึงอ่านผลด้วยวิธี Greenhouse-Geisser ผลวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และค่าผลลัพธ์ทางสุขภาพพบว่า การวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกันระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 เดือนในกลุ่มทดลอง มีอิทธิพลทำให้คะแนนเฉลี่ยของความของความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงด้านอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพคือดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและติดตามผล ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาโปรแกรมฯที่มีการบูรณาการหลายแนวคิดเข้าด้วยกันตั้งแต่แนวคิดความรอบรู้ด้านโภชนาการ[2,3]โดยการนำครอบครัวไม่ว่าจะเป็นสามี ภรรยา บุตร หลานหรือพี่น้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตามทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล[4] ซึ่งเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังนำไปสู่ความสำเร็จในการพยาบาล โดยมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโภชนาการ การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมและการกระทำร่วมกันในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการและการให้คำปรึกษาทางการแพทย์โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทำให้การบริโภคสารอาหารดีขึ้น รวมทั้งน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และความแข็งแรงของแรงบีบมือมากขึ้น[6]

การพัฒนาโปรแกรมยังมีการนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง[9] โดยการนำกรณีศึกษาและวิดีโอสถานการณ์จริงของผู้ป่วยโรค NCDs ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องตัดขานอนติดเตียง และกลายเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงมาให้ผู้สูงอายุได้เจอประสบการณ์จนเกิดความกังวลหรือสับสนในพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองเพื่อให้เกิดการสะท้อนเชิงวิพากษ์ในการเปลี่ยนทัศนคติหรือกรอบแนวคิดใหม่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง[14] นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการปรับพฤติกรรม 3 self[10] มาช่วยพัฒนาในด้านการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุจากข้อมูลด้านโภชนาการและต้นแบบ จนนำไปสู่การกำกับพฤติกรรมตนเองในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการกระทำใหม่ในการดูแลตนเองด้านโภชนาการให้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับโปรแกรมการอบรมและลงมือปฏิบัติโดยใช้หลักการเรียนรู้ทางสังคมและแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองในประเด็นอาหารเพื่อสุขภาพ ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น[15]

การที่ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการในด้านต่าง ๆ ทั้งความรู้และทักษะที่สูงขึ้น ทำให้เพิ่มความมั่นคงทางอาหาร สอดคล้องกับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการและฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมาย การทำอาหาร และการรับประทานอาหารร่วมกันทำให้ความรู้ด้านโภชนาการ ความมั่นคงทางอาหาร ความมั่นใจในการทำอาหาร/การเตรียมอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคผักเพิ่มขึ้น[16] นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นคือ มีค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวที่ลดลง เป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการฝึกแปลผลภาวะโภชนาการของตนเองและบันทึกผลลงในสมุดบันทึกสุขภาพตั้งแต่ครั้งแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้รับรู้และตระหนักถึงภาวะโภชนาการของตนเองที่เป็นอยู่และเกิดการตั้งเป้าหมายที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของตนเองดีขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานที่ 2 จากการศึกษาพบว่า และความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ระยะหลังการทดลองและติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาโปรแกรมฯที่มีการบูรณาการหลายแนวคิดเข้าด้วยกันดังที่กล่าวไปข้างต้น รวมถึงระยะเวลาในการดำเนิน

การ 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุโรค NCDs ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการที่มีความหลากหลายทั้งการสอนแบบบรรยาย การฝึกทักษะ และลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลด้านโภชนาการ ในรูปแบบออนไลน์ผ่านกลุ่ม Line โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิก และวิดีโอต่าง มีการถาม-ตอบเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม รวมถึงมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการทดลองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง[14] โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารในรูปแบบออนไลน์ ทำให้ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้น[17] โปรแกรมการสร้างแรงบันดาลใจในด้านโภชนาการโดยใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานและการเยี่ยมบ้านสามารถทำให้ค่าดัชนีมวลกายและคอเลสเตอรอลรวมดีขึ้น[18] และโปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น[19]

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุบางส่วนไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องจากหลาย ๆ ปัจจัยเช่น การพยายามปรับเปลี่ยนและปรับลดยาในการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การต้องซื้ออาหารจากข้างนอกในบางช่วงทำให้การควบคุมหวาน มัน เค็ม เป็นไปได้ยาก ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา[6,8,18,20]

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลทำให้ผู้สูงอายุโรค NCDs มีความรอบรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยเฉพาะดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวดีขึ้น ซึ่งสามารถช่วยควบคุมโรค NCDs ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่การคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปเป็นแนวทางด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ในผู้สูงอายุ

2. ด้านปฏิบัติการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความมั่นคงทางอาหาร และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรค NCDs ให้ดีขึ้น

3. ด้านวิชาการ โปรแกรมนี้สามารถนำไปพัฒนาและต่อยอด ซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่จากข้อค้นพบเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมผ่านแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพิจารณาและควบคุมปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม และการศึกษาของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถประเมินผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรแทรกซ้อนที่เกิดจากกระบวนการรักษาคือ การรับประทานยาซึ่งอาจส่งต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือด

3. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพเพิ่มเติม ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมเพื่อประเมินความสามารถในการควบคุมระดับนำตาลได้ชัดเจนกว่าค่าน้ำตาลปลายนิ้ว

References

1. Sapkota BP, Baral KP, Rehfuess EA, Parhofer KG, & Berger U. Effects of age on non-communicable disease risk factors among Nepalese adults. PLoS One. 2023;18(6):1-15.
2. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, & Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. Health Promotion International. 2018;33(3):378-89.

3. Vettori V, Lorini C, Milani C, & Bonaccorsi G. Towards the Implementation of a Conceptual Framework of Food and Nutrition Literacy: Providing Healthy Eating for the Population. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(24):1-21.
4. Sebern M. Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. The Journal of Advanced Nursing. 2005;52(2):170-9.
5. Monteiro M, Fontes T, & Ferreira-Pêgo C. Nutrition Literacy of Portuguese Adults-A Pilot Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(6):7-9.
6. Xie H, Qiao LH, Zhao Y, Yan Z, Bai H, Wang Y, et al. Nutrition education with or without oral nutrition supplements has contrasting effects on nutrition status in older adults: A randomized controlled study. Nutrition and Clinical Practice. 2023;38(1):138-47.
7. Parekh N, Khalife G, Hellmers N, & D'Eramo Melkus G. The Healthy Eating and Living Against Noncommunicable Diseases Study: An Innovative Family-Based Intervention. The Diabetes Educator. 2020;46(6):569-79.
8. Abdelwahed AY, Algameel MMM, & Tayel DI. Effect of a Nutritional Education Program on Nutritional Status of Elderly in Rural Areas of Damanhur City, Egypt. International Journal of Nursing Science. 2018;8(5):83-92.
9. Mezirow J. Transformative Learning as Discourse. Journal of Transformative Education. 2003; 1(1):58-63.
10. Intarakamhang U. 3-Self behavior modification programs base on the PROMISE Model for clients at metabolic risk. Global Journal of Health Sciences. 2011;4(1):204-10.
11. Singtong T, Ivanovitch K, & Boonshuyar C. Effects of a Nutrition Literacy Promotion Program on Eating Behavior of Secondary School Students. Thai Journal of Public Health. 2020; 50(2): 149-59. (in Thai)
12. Gibbs HD, Ellerbeck EF, Gajewski B, Zhang C, & Sullivan DK. The Nutrition Literacy Assessment Instrument is a Valid and Reliable Measure of Nutrition Literacy in Adults with Chronic Disease. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2018;50(3):247-57.
13. Peng W, & Berry EM. The Concept of Food Security. In: Ferranti P, Berry EM, & Anderson JR, editors. Encyclopedia of Food Security and Sustainability. Oxford; Elsevier. 2019.
14. Santiparp P. The results of health literate promoting program using based on transformative learning via social medias for hypertensive/diabetes mellitus patients. Santapol College Academic Journal. 2019; 6(1):9-18. (in Thai)
15. Smith ML, Lee S, Towne SD, Jr., Han G, Quinn C, Peña-Purcell NC, et al. Impact of a Behavioral Intervention on Diet, Eating Patterns, Self-Efficacy, and Social Support. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2020; 52(2):180-6.
16. West EG, Lindberg R, Ball K, & McNaughton SA. The Role of a Food Literacy Intervention in Promoting Food Security and Food Literacy-Oz Harvest's NEST Program. Nutrients. 2020;12(8): 1-24.
17. Ng AH, ElGhattis Y, Biesiekierski JR, & Moschonis G. Assessing the effectiveness of a 4-week online intervention on food literacy and fruit and vegetable consumption in Australian adults: The online MedDiet challenge. Health and Social Care in the Community. 2022;30(6): e4975-81.

18. Duncan S, Goodyear-Smith F, McPhee J, Zinn C, Grøntved A, & Schofield G. Family-centered brief intervention for reducing obesity and cardiovascular disease risk: A randomized controlled trial. Obesity (Silver Spring). 2016; 24(11):2311-8.
19. Rimpeekool S, & Seubsman S. Effects of Nutrition Education Program with Applied Social Support Theory on Food Knowledge and Consumption Behavior among In-patients-with Acute Coronary Syndrome of Naresuan University Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):363-71. (in Thai)
20. Chongmontri K. Food literacy program in elderly retirement teachers. (thesis). Bangkok: Srinakharinwirot University; 2019. (in Thai)

ความสุขและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุ: ชุมชนเขาวงกต จังหวัดจันทบุรี

Happiness and Self-Care Behaviors of Older Adults based on the Sufficiency Economy Philosophy: Khao Wong Kot Community, Chanthaburi Province

เกศสุดา ขาวสร้อย*[1] ประภาศรี วงศ์แสงน้อย[1] จันทนี กองสุข[2] วิรัตน์ ขาวสร้อย[2]
Kessuda Khowsroy*[1] Prapasri Wongsangnoi[1] Chantanee Kongsuk[2] Viratn Khowsoi[3]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จันทบุรี ประเทศไทย 22000**
[1]Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi, Thailand 22000
[2]**มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก วิทยาเขตจันทบุรี ประเทศไทย 22210**
[2]Rajamangala University of Technology TawanOk, Chanthaburi, Thailand 22210

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษาระดับความสุข การให้ความหมายของความสุข พฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเขาวงกต จังหวัดจันทบุรี โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายเป็นลำดับ แบ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 192 คน และการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (48.11±2.86) การให้ความหมายของความสุขพบ 6 ประเด็นหลัก คือ รายได้เพียงพอ การมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย อารมณ์แจ่มใส ครอบครัวอบอุ่น การมีส่วนร่วมในสังคม และการปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งสะท้อนถึงหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามองค์ประกอบ 3 ห่วง 2 เงื่อนไข โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอยู่ในระดับมาก (3.8±0.2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ฐานะเศรษฐกิจ (beta = .49) รองลงมา คือ ความพอประมาณ (beta = .23) ภาวะสุขภาพ (beta = -.21) และเงื่อนไขคุณธรรม (beta = .17) สามารถร่วมทำนายความสุขผู้สูงอายุได้ 56% (r2=0.57) สรุปได้ว่า ฐานะ และเงื่อนไขคุณธรรม มีอิทธิพลสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ แต่ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความสุขลดลง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความสุข, การดูแลตนเอง, หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

Abstract

This study aimed to examine the level of happiness, the meaning of happiness, self-care behaviors based on the Sufficiency Economy Philosophy, and predictive factors of happiness among the older adults in Khao Wong Kot, Chanthaburi Province. A sequential explanatory mixed-methods design was utilized, consisting of a quantitative phase involving 192 older adult participants and a qualitative phase involving in-depth interviews with 10 older adult participants. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The finding revealed that the happiness level among older adults was similar to that of general population (48.11±2.86). The older adults identified six themes surfaced on the meaning of happiness: having sufficient income, good health, emotional well-being, family support, social participation,

Corresponding Author: *E-mail: kessuda.k@rbru.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ก.พ. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 27 พ.ค.2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 มิ.ย.2568

and religious practice. These reflect the principles of the Sufficiency Economy Philosophy according to the 3 Circles and 2 Conditions components. The self-care behaviors according to the philosophy of sufficiency economy is at a high level (3.8±0.2). The most influential predictors of happiness was economic status (beta =.49), followed by moderation (beta =.23), health condition (beta =-.21), and moral integrity (beta =.17), which together accounted for 56% (r2=.57) of the variance in happiness. In conclusion, economic status and the application of the sufficiency economy philosophy in self-care, particularly in terms of moderation and moral conditions, significantly influence the happiness of the elderly. However, health conditions are a factor that reduces happiness.

Keywords: older adults, happiness, self-care, Sufficiency Economy Philosophy

บทนำ

ความสุขเป็นเรื่องที่ผู้คนในสังคมให้ความสำคัญ เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในบริบทของประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก สำหรับประเทศไทยสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19 หรือประมาณ 13 ล้านคน ของประชากรทั้งหมด และแนวโน้มจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2574 ขณะที่อัตราการเกิดลดลง[1] จำนวนผู้สูงอายุอยู่ลำพังมากขึ้นเป็น 4 เท่าเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2537 ถึง พ.ศ. 2567[2] ผลการรายงาน World Happiness Report 2023 ของสหประชาชาติ ชี้ให้เห็นถึงความสุขของประเทศไทยกำลังลดลง ค่าเฉลี่ยความสุขช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 เทียบกับช่วงปี พ.ศ. 2563-2566 จาก 5.891 เหลือ 5.841[3] ประกอบกับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตในประเทศเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า[4] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลายเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อระบบสาธารณสุขและสังคมไทย

มีหลักฐานงานวิจัย และเอกสาร ต่างๆ ที่ยืนยันว่าหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy: SEP) ในพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้รับการน้อมนำไปใช้ในระดับชาติ และนานาชาติ เนื่องจากมีความสำคัญในการ เพิ่มรายได้ และในสถานการณ์วิกฤติสามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและความสมดุลทางจิตใจเพิ่มพลังอำนาจให้ชุมชนนำไปสู่ความสุขที่ยั่งยืน[5] แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่มีผลต่อความสุขในแผนย่อยของโครงการวิจัยการพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิต ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสู่ความยั่งยืนของประเทศ ระยะที่1 และ 2 ตามข้อตกลงความร่วมมือการขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสังคมศาสตร์ มนุษย์ศาสตร์และศิลปศาสตร์ของประเทศ ระหว่างสำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลทั้ง 9 แห่ง โครงการวิจัยยกระดับกลุ่มวิสาหกิจชุมชนต้นแบบสมุนไพรอินทรีย์ อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ด้วยการขับเคลื่อนตามหลักการโมเดลเศรษฐกิจ BCG (Bio-Circular-Green Economy) สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ได้ลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมในตำบลเขาวงกต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึง ปี พ.ศ. 2567 อย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่แห่งนี้ในการศึกษา เพื่อช่วยสะท้อนผลกระทบทางสังคมของโครงการวิจัยดังข้างต้น นอกจากนี้ยังเป็นชุมชนที่มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ทำให้เป็นพื้นที่ทางเกษตรที่เจริญ วิถีชีวิตของผู้คนเปลี่ยนแปลงจากเกษตรดั้งเดิมไปสู่การทำอาชีพเสริม การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การย้ายถิ่นของเยาวชน และรูปแบบครอบครัวเริ่มเปลี่ยนไปคล้ายกับลักษณะชนบทในจังหวัดอื่นๆ ของประเทศไทย

จากสถานการณ์และเงื่อนไขดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ระดับความสุข การให้ความหมายของความสุข พฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขาวงกต ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะในบริบทของการพัฒนาชุมชนต้นแบบเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

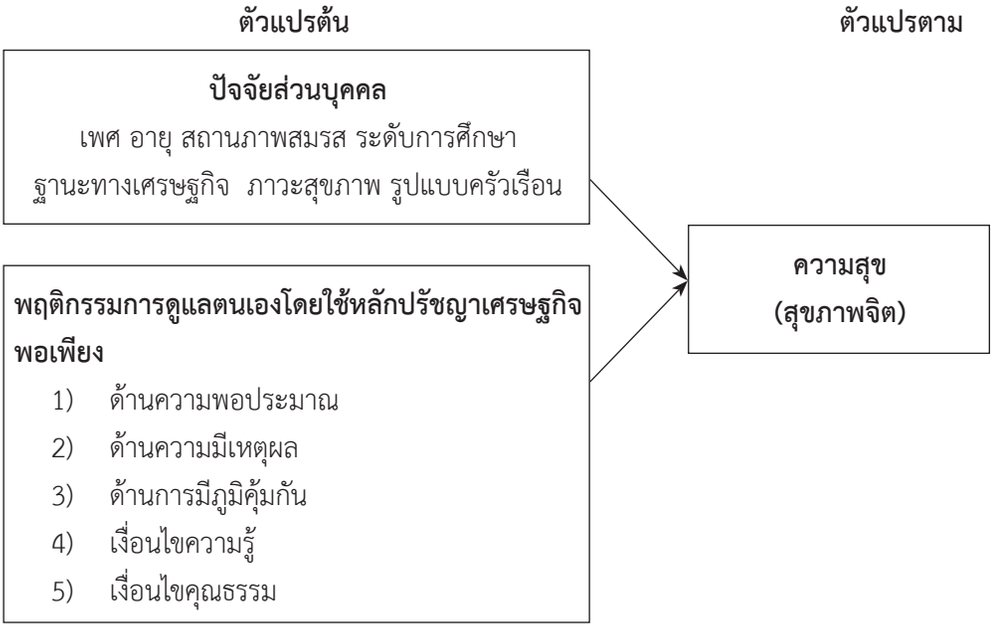
1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาการให้ความหมายของความสุขในผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี
4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต อ.แก่งหางแมว จ.จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการอธิบายความสุข ซึ่งในที่นี้หมายถึงภาวะสุขภาพจิต วัดโดยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15) โดยตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งประกอบด้วย 3 ห่วง 2 เงื่อนไข ได้แก่ ด้านความพอประมาณ ด้านความมีเหตุผล ด้านการมีภูมิคุ้มกัน เงื่อนไขความรู้ และเงื่อนไขคุณธรรม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีเชิงอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Mixed-Method Design) โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก ควบคู่กับการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมิน T-GMHA-15 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ส่วนระยะที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ความหมายของความสุขในมุมมองของผู้สูงอายุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 382 คน ปี พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ รายละเอียดมีดังนี้

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณ คำนวณด้วยสูตรเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 192 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ขนาดของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 เขาวงกต 89 คน หมู่ 2 หนองกวาง 43 คน หมู่ 3 หนองเจ๊กสร้อย 23 คน และหมู่ 4 ลานทอง 37 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในตำบลเขาวงกตเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยกับเจ้าหน้าที่โครงการวิจัยได้ 4) ยินดีและให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการพูดและฟัง

ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเขาวงกต อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 10 คน6 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) หลังจากนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระยะที่1 ไปวิเคราะห์ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ 1) ผลแบบประเมิน T-GMHA-15 อยู่ที่ระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป โดยเรียงลำดับค่าคะแนนสูงสุดใน 10 คนแรก 2) ผลแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ไม่มีความปกติทางด้านความสามารถของสมอง และ 3) ยินดีและให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังได้รับฟังคำชี้แจง ทั้งนี้ผู้ที่เข้าร่วมโครงการอาจถูกให้ยุติการการศึกษาได้ ถ้าผู้วิจัยเห็นว่าอาจเกิดผลกระทบทางลบแก่ผู้ให้ข้อมูล หรือชุมชนที่ศึกษา หรือเป็นการตัดสินใจที่เห็นว่าถ้ายังเข้าร่วมในโครงการแล้วอาจเครียด หรือรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีผลเสียต่อสุขภาพจิต

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 018/ปี 2567 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2567 ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการอย่างครบถ้วน มีสิทธิ์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจนเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีอิสระอย่างเต็มที่ในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้หลัก อาชีพก่อนเกษียณ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือวัดความสุขในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมิน T-GMHA-15 ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาและทดสอบโดยประภาส อุครานันท์และคณะ (2558)[7] มีค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณ Cronbach's alpha coefficient = 0.86 และมีความพ้องกับT-GMHA-56 ค่า kappa =0.66 โดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย (Thai Happiness Indicator: THI) ของอภิชัย มงคลและคณะ เป็นเครื่องมือต้นแบบในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว นอกจากนี้ยังมีการเผยแพร่ในระดับประเทศสามารถเข้าถึงได้อย่างสาธารณะ สามารถนำไปคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยคำถามประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น และความรู้สึก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด จำนวน 15 คำถามเชิงบวก 14 ข้อ (ข้อที่ 1,2,4, 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15) ให้ค่าคะแนนเรียง 1-4 และคำถามเชิงลบจำนวน 1 ข้อ (ข้อที่ 3) ให้ค่าคะแนนเรียง 4-1 เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 50-60 คะแนน หมายถึง ความสุขอยู่ในระดับมากกว่าคนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง ความสุขอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป และ < 42 คะแนน หมายถึง ความสุขอยู่ในระดับน้อยกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาพอเพียง พัฒนาโดย โสภนา สุดสมบูรณ์และคณะ (2559)8 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพอ

ประมาณ 2) ด้านการมีเหตุผล 3) ด้านการมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี 4) ด้านเงื่อนไขความรู้ 5) ด้านเงื่อนไขคุณธรรม ซึ่งลักษณะเป็นคำถามปลายปิด 50 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วน (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยมีเกณฑ์แปลความหมายของค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตตำบลคลองนารายณ์ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อวันที่ 20 เมษายน 2567 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.960

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 5 ข้อ โดยศึกษาจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุมาพัฒนาเป็นคำถาม ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดำเนินการเยี่ยมรายบ้าน โดยผู้วิจัยหลักได้ชี้แจงการตอบแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ร่วมวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกันก่อนเริ่มต้นเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังอย่างช้าๆ ทีละข้อ และให้ผู้สูงอายุตอบ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการประสานงานผ่านทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อติดต่อผู้สูงอายุ และขออนุญาตดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลระดับความสุขและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยสถิติเชิงพรรณา การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการ ระยะที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้ 1) ถอดความบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) จากเทปบันทึกเสียง และดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 2) ถอดรหัสข้อความ (Coding) โดยระบุคำ กลุ่มคำ หรือข้อความที่สะท้อนความหมายสำคัญ 3) จัดกลุ่มรหัสข้อความ (Categorization) ตามลักษณะของเนื้อหาและความหมาย 4) จำแนกหมวดหมู่ของข้อมูลและระบุประเด็นที่สอดคล้องกันเป็นประเด็นหลัก (Themes) 5) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Reliability Check) โดยให้ผู้วิเคราะห์จำนวน 2 คนทำการตรวจสอบความสอดคล้องของหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.9 มีอายุ 65-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.0 สถานภาพคู่ ร้อยละ 62.5 จบประถมศึกษา ร้อยละ 79.8 เจ้าของกิจการด้านการเกษตร ร้อยละ 55.7 ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้จ่ายและไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 51.5 ภาวะสุขภาพไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.2 ลักษณะครอบครัวอาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน ร้อยละ 66.2

ตารางที่ 1 ระดับความสุข จำแนกตามจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในตำบลเขาวงกต (n=192)

ระดับความสุขของผู้สูงอายุ			รวม
น้อยกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	มากกว่าคนทั่วไป	
7 (3.6%)	129 (67.2%)	56 (29.2%)	192 (100%)

(Mean=48.11, SD=2.86, Min=39, Max=57)

(เกณฑ์การแปลผล: < 42 = น้อยกว่าคนทั่วไป, 43-49 = เท่ากับคนทั่วไป, 50-60 = มากกว่าคนทั่วไป)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ที่ระดับเท่ากับคนทั่วไป (48.11±2.86) เกินครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมาอยู่ในระดับมากกว่าคนทั่วไป และระดับน้อยกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ 3.6 ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 10 คน ได้ให้ความหมาย “ความสุข” พบ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 รายได้เพียงพอ “มีความสุขตามอัตภาพ จะกินอะไรก็ได้กิน อยากได้อะไรก็ได้ ความสุข คือ มีเงินใช้ อยากทำอะไรก็ได้ทำ เป็นตัวของตัวเอง” (ID5) “การดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความสุขคือ... อยู่อย่างพอดีพอเพียง พอกิน พอใช้เพียง ไม่สร้างหนี้สิน” (ID4)

ประเด็นที่ 2 สุขภาพดีไม่เจ็บป่วย “ถ้าช่วงป่วยจะไม่มีความสุข ความสุขคือร่างกายดีแข็งแรง” (ID3) “ความสุข คือ มีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย...” (ID1) “ไปมาได้สะดวกไม่เจ็บไข้ มีความสุขเพราะ...สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย” (ID6)

ประเด็นที่ 3 อารมณ์แจ่มใส “รู้จักผู้สูงอายุคนหนึ่งที่คิดว่าเขามีความสุข เพราะเขายิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาไม่มีความทุกข์ไม่เศร้าหมอง พูดคุยสนุกสนาน ออกไปร่วมงานชุมชนบ่อยๆ” (ID4) “หน้าตาสดใส สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส” (ID5)

ประเด็นที่ 4 ครอบครัวอบอุ่น “ความสุข คือ ลูกๆ ดูแลดี พี่น้องดูแลรักใคร่กันดี...มีความสุขมากเมื่อหลานเล็กๆ โทรหา วีดีโอคอลมา พูดคุยด้วย ถามสารทุกข์สุขดิบสม่ำเสมอ.. ลูกหลานมาเยี่ยมในวันสำคัญ มีความสุขเพราะลูกหลานไม่ทอดทิ้ง ให้ความสำคัญ ห่วงใยสม่ำเสมอ ไม่เหงา” (ID6) “ผู้สูงอายุที่มีความสุขคือ ครอบครัวดูแลสารทุกข์สุขดิบดี เอาใจใส่ดูแลเวลาเจ็บป่วย มีกำลังใจจากลูกหลาน” (ID1)

ประเด็นที่ 5 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม “ความสุขคือการได้พบปะผู้คน การที่ได้ช่วยเหลือผู้คน การออกไปร่วมกิจกรรมกับคนอื่น” (ID1) “การเดินไปคุยเพื่อนบ้าน ไปหาพี่น้องและไปร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเสมอ” (ID6)

ประเด็นที่ 6 ได้ปฏิบัติศาสนกิจ “ความสุขคือการสวดมนต์ไหว้พระ การภาวนาปฏิบัติธรรมถือศีล ทำให้จิตใจสงบ และการได้ไปวัดทำบุญ การหาเสบียงบุญไว้ให้ตนเอง ไม่ยึดมั่นกับของนอกกาย...การได้ทำบุญสวดมนต์ทำให้ใจปล่อยวางมันสงบและมีความสุข ทุกข์สุขคู่กันต้องทำใจให้ปล่อยวาง ทำใจไม่ทุกข์มากกว่าสุข” (ID9) “ปฏิบัติธรรมสวดมนต์เช้าเย็น... คนที่ไปปฏิบัติธรรม คือคนที่มีความสุข” (ID8)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง จำแนกตามองค์ประกอบ 3 ห่วง 2 เงื่อนไข และโดยรวม (n=192)

พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	mean+SD	แปลผลคะแนน	ลำดับที่
ด้านความพอประมาณ	3.8+0.4	มาก	3
ด้านการมีเหตุผล	3.9+0.3	มาก	2
ด้านการมีภูมิคุ้มกัน	3.7+0.3	มาก	5
เงื่อนไขความรู้	3.8+0.4	มาก	4
เงื่อนไขคุณธรรม	4.1+0.3	มาก	1
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยรวม	3.8+0.2	มาก	

(เกณฑ์การแปลผล: 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, 4.21-5.00 = มากที่สุด)

จากตารางที่ 2 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก (3.8+0.2) และเมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบแนวคิด 3 ห่วง 2 เงื่อนไข พบว่า เงื่อนไขคุณธรรม มีค่าคะแนนสูงที่สุด และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้สุงอายุสนใจ และเห็นความสำคัญในการใช้ชีวิตอย่างคุณธรรม จริยธรรม พร้อมกับยึดถือปฏิบัติในทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้น (4.7+0.4) รองลงมาคือ ด้านการมีเหตุผล และด้านความพอประมาณ ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ

เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกตอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ (r= .47, p<.001) เมื่อพิจารณาค่า collinearity statistics พบว่า ค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.61 ถึง 0.99 ซึ่งมีค่าใกล้ 1 และค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00 ถึง 1.61 ซึ่งไม่เกิน 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงเส้นแบบพหุ จึงนำตัวแปรไปวิเคราะห์ผลการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ซึ่งตัวแปรอิสระบางตัวที่ไม่มีนัยสำคัญกับการพยากรณ์จะถูกคัดออกจากสมการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) (n=192)

ตัวแปร	B	Std.	Beta	t	p-value
ฐานะทางเศรษฐกิจ	1.83	.19	.49	9.56*	<.001
ด้านความพอประมาณ	.18	.03	.23	4.73*	<.001
ภาวะสุขภาพ	-1.20	.30	-.21	-3.95*	<.001
ด้านเงื่อนไขคุณธรรม	.16	.04	.17	3.41*	<.001
Constant	29.94	2.37		12.61*	<.001

R=.75, R Square= .572, Adjusted R Square=.56, Std. Error Square=1.89, F=62.48
*p-value <.05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวพยากรณ์ที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกต พบว่า ตัวแปรที่รวมกันทำนาย ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกตมากที่สุด (beta=.49) รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านความพอประมาณ (beta=.23) ภาวะสุขภาพ (beta=-.21) และพฤติกรรมด้านเงื่อนไขคุณธรรม (beta=.17) ตามลำดับ โดยร่วมทำนายได้ ร้อยละ 56

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขาวงกตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.2) มีระดับความสุขเทียบเท่ากับคนทั่วไป โดยมีค่าเฉลี่ยความสุข 48.11 คะแนน และมีส่วนน้อย (ร้อยละ 3.6) เท่านั้นที่มีระดับความสุขอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนทั่วไป โดยสอดคล้องกับการศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนหนองขอน จังหวัดอุบลราชธานี[9] สำหรับการให้ความหมายคำว่า "ความสุข" จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของ 6 องค์ประกอบความสุขที่พบสอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คือ1) รายได้เพียงพอ สะท้อนหลักของ "ด้านความพอประมาณ" และ "ด้านการมีเหตุผล" ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการมีรายได้พอใช้ ไม่ฟุ่มเฟือย ไม่เป็นหนี้ คือ ความสุขตามอัตภาพที่ทำให้ใช้ชีวิตอย่างมีอิสรภาพและไม่ทุกข์ใจ 2) สุขภาพดีไม่เจ็บป่วย เชื่อมโยงกับ "ด้านการมีภูมิคุ้มกันที่ดี" หมายถึง การมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมรับมือกับโรคภัย โดยการดูแลสุขภาพเป็นการป้องกันตนเองล่วงหน้า 3) อารมณ์แจ่มใส แสดงถึง "เงื่อนไขคุณธรรม" ที่เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการมีจิตใจเบิกบานยิ้มแย้ม และคิดบวก สะท้อนความสุขภายในที่ไม่ได้ขึ้นกับวัตถุ 4) ครอบครัวอบอุ่น บ่งบอกถึง "ด้านการมีภูมิคุ้มกัน" ที่มีรากฐานจากความรัก ความห่วงใยของคนรอบข้าง 5) การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม แสดงถึงการใช้ "เงื่อนไขความรู้" และ "เงื่อนไขคุณธรรม" ในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นและร่วมมือในสังคม เป็นการปฏิบัติที่นำไปสู่ความสุขที่ยั่งยืน และ 6) การปฏิบัติศาสนกิจ สะท้อนถึง "เงื่อนไขคุณธรรม" อย่างลึกซึ้ง ทั้งในด้านการรู้จักปล่อยวาง การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความสงบภายใน และสุขภาพจิตที่ดี

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยรวมอยู่ในระดับมาก (3.8+0.2) โดยเงื่อนไขคุณธรรม มีค่าคะแนนสูงที่สุด ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขมากที่สุดคือ ฐานะทางเศรษฐกิจ (beta=.49) แสดงให้เห็นว่าความมั่นคงทางการเงินเป็นพื้นฐานสำคัญของความสุขในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 51.5) ทำให้การดำเนินชีวิตไม่ลำบากส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตำบลเขาวงกตมีความโดดเด่นในการประกอบอาชีพทำสวนผลไม้เมืองร้อนที่มีมูลค่าสูง เช่น ทุเรียน ควบคู่กับการทำสวนยางพารา ซึ่งสร้างรายได้ที่

มั่นคงตลอดทั้งปี ส่งผลให้เกษตรกรในพื้นที่มีฐานะดี โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนจากผลผลิตในสวนของตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยอื่นๆ[10,11] ชี้ให้เห็นว่า รายได้ที่มั่นคงและเพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสุข เนื่องจากช่วยลดความเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายประจำวัน เอื้อต่อการวางแผนอนาคตอย่างมั่นใจ และเปิดโอกาสให้เข้าถึงบริการด้านการศึกษา สุขภาพ และนันทนาการ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขรองลงมาคือ พฤติกรรมด้านความพอประมาณ (beta=.23) สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่าย ไม่ฟุ่มเฟือย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ตามที่ผู้ให้ข้อมูล (ID4) กล่าวว่า “...การดำเนินชีวิตที่ทำให้มีความสุขคือ... อยู่อย่างพอดีพอเพียง พอกิน พอใช้เพียง ไม่สร้างหนี้สิน” สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[10] ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุข (beta=-.21) สอดคล้องกับงานวิจัยด้านความสุขที่พบว่าการมีโรคส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ[12] ดังที่ผู้ให้ข้อมูล (ID6) กล่าวว่า “ไปมาได้สะดวก ไม่เจ็บไข้ มีความสุขเพราะ ...สุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย” เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองมีข้อจำกัดอาจส่งผลลบต่อความรู้สึกที่มีคุณค่าของตัวเอง อย่างไรก็ดี จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.2) ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งอาจเกิดจากการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่เน้นการดูแลสุขภาพอย่างสมดุล นอกจากนี้ พฤติกรรมด้านเงื่อนไขคุณธรรม (beta=.17) ยังส่งผลบวกต่อความสุขของผู้สูงอายุ การมีคุณธรรม จริยธรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า การทำให้ใจมีความสุขคือการได้ทำบุญสวดมนต์ “ความสุขคือการสวดมนต์ไหว้พระ การภาวนาปฏิบัติธรรมถือศีล ทำให้จิตใจสงบ และการได้ไปวัดทำบุญ การหาเสบียงบุญไว้ให้ตนเอง ไม่ยึดมั่นกับของนอกกาย... การได้ทำบุญสวดมนต์ทำให้ใจปล่อยวางมันสงบและมีความสุข ทุกข์สุขคู่กันต้องทำใจให้ปล่อยวาง ทำใจไม่ได้ทุกข์มากกว่าสุข” (ID9) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกทักษะขจัดอารมณ์ด้านลบ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข[13]

สรุปผลการวิจัยได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านความพอประมาณ และเงื่อนไขคุณธรรม มีอิทธิพลสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนามีระดับความสุขที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและคุณค่าทางศาสนาในการเกื้อหนุนสุขภาวะทางจิตใจ โดยปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความสุขลดลง แต่แรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชนรวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี[14]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตแบบพอประมาณ และการปฏิบัติตามหลักคุณธรรม เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข จึงเสนอให้ภาครัฐและภาคเอกชน มีนโยบายที่เอื้อให้ประชาชนสามารถวางแผนการเงินเพื่อวัยเกษียณ จัดการรายได้-รายจ่ายอย่างพอดี ได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและศาสนาเพื่อพัฒนาจิตใจและคุณธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาความมั่นคงทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
2. ควรศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับผู้สูงอายุ

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: วิทยสถานด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์แห่งประเทศไทย (Thailand Academy of Social Sciences, Humanities and Arts: TASSHA) ภายใต้สำนักงานปลัด กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

1. Department of Older Persons. Situation of the Thai Older Persons 2022. Bangkok: Amarin Corporation; 2023. (in Thai)
2. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 Survey of The Older Persons in Thailand.; 2024. (in Thai)

3. Helliwel JF, Layard R, Sachs J, De Neve JE, Aknin L, Wang S, et al. World Happiness Report 2023. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2024.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, National Innovation Agency, Electronic Transactions Development Agency, FutureTales Lab by Magnolia. Futures of Mental Health in Thailand 2033; 2023. (in Thai).
5. Sarapirom K. The Philosophy of Sufficiency Economy (PSE): Choice, Survival, and Happiness for All in a Time of Crisis. Interdisciplinary Research Review. 2024; 19(4):26-38.
6. Bekele WB, & Ago FY. Sample size for Interview in Qualitative Research in Social Sciences: A Guide to Novice Researchers. Research in Educational Policy and Management. 2022; 4(1):42–50.
7. Ukaranun P, Mongkol A, Huttapanom W, Kittiwattanachot S, Sriwiset S, Romsai P, et al. Development and Testing of Mental Health Assessment Form for the Elderly. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2015;60(1):35-48. (in Thai)
8. Sudsomboon S, Hemchayat A, Kaenla P, & Sudsomboon S. Research project report on the development of a self-care curriculum for the elderly according to the Sufficiency Economy Philosophy. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai)
9. Khanthong P, Sooktho S, Thatasook J, Uttarak J, Sriwong N, Phunnarat S, et al. Happiness and Life Satisfaction of Elderly in Nong Khon Subdistrict, Ubon Ratchathani Province. Journal of Traditional Thai Medical Research. 2017;3(2):7-15. (in Thai)
10. Ponginwong R, Huadsir K, Thipaksorn C, Juntaram J, Eaimviriyawat K, Sawangtap R., et al. Factors affecting the happiness of elderly workers: A case study of Ban Yang community, Ban Yang subdistrict, Mueang district, Buriram province. J Humanities and Social Sciences Ubon Ratchathani University. 2020;11(1):80–91. (in Thai)
11. Segura A, Cardona D, Segura A, Robledo CA, & Muñoz DI. The subjective perception of the happiness of older adult residents in Colombia. Frontiers in medicine. 2023; 10:1055572.
12. Zareipour MA, Mohammad Rezaei Z, Jadgal MS, Khodavandi S, Tasouji Azari M, & Haghi F. Happiness and its Relationship with Social Support and Health Promoting Behaviors in Military Elderly. Iranian Journal of War and Public Health. 2021;13(4):271-6.
13. Chuaktong S, Somprasert C, & Kittieerasack P. The Effects of a Positive-Emotion-Enhancing Program on the Happiness of the Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(3):123-32. (in Thai)
14. Phopa Y, Sanveingchan S, & Pruksacheva T. Factors Effecting Health Promotion Behavior in Elderly: In-Depth Factors Study in Ban Khlong Yong Moo1. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(8):266-75. (in Thai)

การวิจัยและพัฒนาโมเดลธุรกิจ แบบ 4 มิติ 6 ภาคีขับเคลื่อน ในประชากรวัยสีเงินจังหวัดชัยภูมิประเทศไทย

Research and Development of 4 Dimensions and 6 Paradigm Shifts of Business Model in Silver Age Population, Chaiyaphum, Thailand

ภัททิรา ก้านทอง* กฤตเมธ นิติวัฒนะ เสกศักดิ์ ปราบพาลา ณัฐดนัย แก้วโพนงาม รัชวุธ สุทธิ
Pattira Kanthong* Krittameth Nitiwatthana Seksak Prabpala Natdanai Kawponngam Ratchawut Sutthi
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ชัยภูมิ ประเทศไทย 36000
Chaiyaphum Rajabhat University, Chaiyaphum, Thailand 36000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์มุมมอง 4 มิติธุรกิจของระบบบริการสุขภาพวัยสีเงิน พัฒนาโมเดลธุรกิจวัยสีเงินบนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคี และศึกษาผลการนำแอปพลิเคชันไปใช้ในเขตนำร่องจังหวัดชัยภูมิ ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 388 คนสำหรับวิจัยเชิงปริมาณ และ 45 คนสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ครอบคลุม 14 อำเภอ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มวัยสีเงินส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 30,000 บาทต่อปี โรคประจำตัวที่พบมากคือความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ในมิติธุรกิจ B2C ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยซื้อสินค้าออนไลน์ กลุ่มที่ซื้อนิยมใช้ Lazada, Facebook และ Shopee ด้วยมูลค่า 100-299 บาทต่อครั้ง การพัฒนาโมเดลธุรกิจใช้เครื่องมือ Business Model Canvas พัฒนาเป็น 5 รูปแบบ คัดเลือกรูปแบบที่ได้คะแนนสูงสุด คือ “ร้านจำหน่ายสินค้าสำหรับผู้สูงอายุออนไลน์” และ “ร้านสะดวกซื้อในชุมชน” โดยบูรณาการทั้งสองรูปแบบ การประเมินแอปพลิเคชันพบประสิทธิภาพในการประเมินสุขภาพแม่นยำ มีค่าสหสัมพันธ์สูงในการประเมินกิจวัตรประจำวัน (0.97) ดัชนีมวลกาย (0.94) และการนอนหลับ (0.91) ผู้ร่วมโครงการ 91% เห็นว่าสภาพแวดล้อมปัจจุบันเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโมเดลการดูแลวัยสีเงิน

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา, โมเดลธุรกิจ, วันสีเงิน, แอปพลิเคชัน

Abstract

This research aims to study the situational perspective of 4 business dimensions in the silver-age health service system, develop a silver-age business model based on health behaviors and the participation of 6 paradigm shifts, and examine the results of implementing the application in pilot areas of Chaiyaphum province. The mixed-method research collected data from 388 participants for quantitative research and 45 participants for qualitative research, covering 14 districts. The research was divided into 3 phases. Results showed that most silver-age individuals had primary education level and household income less than 30,000 baht per year. The most common chronic conditions were hypertension, hyperlipidemia, and diabetes. In the B2C

Corresponding Author: *E-mail: pattira.k@gmail.com

วันที่รับ (received) 25 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 ก.ย 2568วันที่ตอบรับ (accepted) 26 ก.ย. 2568

business dimension, most elderly had never purchased products online; those who did preferred using Lazada, Facebook, and Shopee, spending 100-299 baht per transaction. The business model development used analytical tools including Business Model Canvas, resulting in 5 models. The highest-scoring models selected were "Online store for elderly products with fast ordering and delivery system" and "Community convenience store for elderly products," which were integrated into a combined model. The application evaluation showed high effectiveness in health assessment with high correlation coefficients for activities of daily living (0.97), body mass index (0.94), and sleep quality (0.91). Most project participants (91%) believed that current social, political, and economic environments are conducive to participation in developing elderly care models.

Keywords: Research and Development, Business Model, Silver Age, Application

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยตั้งแต่ปี 2543 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ปี 2544-2643 เป็น "ศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ" โดยไทยจะเป็น "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ในปี 2564 และ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" ในปี 2578 เมื่อประชากรสูงอายุมีสัดส่วนร้อยละ 30[1,2,3,4] สถานการณ์นี้ทำให้ความต้องการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการดูแลโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดด้านร่างกาย ความคิด ความจำ และปัญหาสวัสดิการ[5,6] จึงเกิดการขยายบริการจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านและศูนย์ประสานงาน (Ambulatory care)

แนวคิด "โมเดลธุรกิจวัยสีเงิน" เกิดจากการตระหนักการเปลี่ยนแปลงประชากรโลกสู่สังคมผู้สูงอายุ[7] สอดคล้องแนวคิด Age-friendly Environment ของ WHO[8] ประยุกต์ Business Model Innovation ผ่าน 4 มิติธุรกิจ: B2C, C2B, B2B, C2C บูรณาการ 6 ภาคี: สุขภาพดี การศึกษาดี เศรษฐกิจดี สังคมวัฒนธรรมดี สิ่งแวดล้อมดี เทคโนโลยีและการสื่อสารดี

ในบริบทไทย โมเดลนี้คาดว่าจะลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพชนบท สร้างโอกาส Silver Economy[9] และเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัยยั่งยืนตาม SDGs[10]

การวิจัยพัฒนา 3 ระยะ: ทบทวนสถานการณ์ออกแบบโมเดลธุรกิจเชื่อมโยงภาคี และประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันในชัยภูมิ ผลคาดหวังเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างต้นแบบขยายผลเพื่อเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์มุมมอง 4 มิติธุรกิจของระบบบริการสุขภาพวัยสีเงิน บนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคีขับเคลื่อน

2. เพื่อการพัฒนาโมเดลธุรกิจวัยสีเงิน 4 มิติของระบบบริการสุขภาพ บนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคีขับเคลื่อน

3. เพื่อการศึกษาผลของการนำแอปพลิเคชันโมเดลธุรกิจวัยสีเงิน 4 มิติของระบบบริการสุขภาพ บน พื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคีขับเคลื่อนไปใช้ในเขตนำร่องเทศบาลเมืองและ เทศบาลตำบลจังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ:

R1 (Research Phase 1): การศึกษาสถานการณ์และความต้องการ

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ 4 มิติของระบบบริการสุขภาพวัยสีเงิน บนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคี วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เชิงปริมาณ: แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง 388 คน เชิงคุณภาพ: การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม 45 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามวิเคราะห์ตลาดธุรกิจวัยสีเงิน 4 มิติ 6 ภาคี, แบบบันทึกภาคสนาม

D1 (Development Phase 1): การพัฒนาโมเดลธุรกิจเบื้องต้น

มีวัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบโมเดลธุรกิจ 4 มิติของ

ระบบบริการสุขภาพ บนพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคี วิธีการวิจัย คือ การวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์และการออกแบบโมเดลธุรกิจ

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย SWOT Analysis, 5 Forces Model, Ansoff's Matrix, Value Chain Analysis, Business Model Canvas, Value Proposition Canvas

ผลลัพธ์ คือ โมเดลธุรกิจ 5 รูปแบบและการคัดเลือกโมเดลที่เหมาะสมที่สุด

R2 (Research Phase 2): การทดลองใช้และประเมินผล

มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการนำแอปพลิเคชันโมเดลธุรกิจไปใช้ในเขตนำร่องเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลจังหวัดชัยภูมิ วิธีการวิจัย คือ การทดลองใช้ในพื้นที่จริง (Field Trial)

เครื่องมือ: แบบประเมินประสิทธิภาพการใช้แอปพลิเคชัน

D2 (Development Phase 2): การปรับปรุงและพัฒนาต่อยอด

มีวัตถุประสงค์ เพื่อปรับปรุงโมเดลธุรกิจและแอปพลิเคชันตามผลการประเมิน เพื่อพัฒนาต้นแบบที่สมบูรณ์ วิธีการวิจัย คือ การวิเคราะห์ผลป้อนกลับและการปรับปรุงระบบ

ผลลัพธ์ คือ โมเดลธุรกิจวัยสีเงินที่พร้อมขยายผลและแอปพลิเคชันที่ได้รับการพัฒนาอย่างสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือวัยสีเงิน (ผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป) ในเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 314,568 คน กลุ่มตัวอย่าง 388 คน คำนวณขนาดโดยใช้โปรแกรม G-Power version 3.1.9.4 กำหนด Effect size f = 0.25, Alpha = 0.05, Power = 0.95 ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในวัยสีเงินที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง และลูกค้าผู้ประกอบการเครือข่ายขับเคลื่อน 6 ดี 36 หน่วยงาน

เกณฑ์การคัดเข้า

- มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพวัยสีเงินไม่น้อยกว่า 3 เดือน

เกณฑ์การคัดออก

- เสียชีวิต
- ผู้ร่วมวิจัยออกจากโครงการโดยสมัครใจ

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือหลัก 4 ประเภทในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล แบบสอบถามวิจัยและวิเคราะห์ตลาดธุรกิจวัยสีเงินแบบ 4 มิติ 6 ภาคีขับเคลื่อน ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด[11.,12] ประกอบด้วย 85 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วนหลัก ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการซื้อสินค้าออนไลน์ และการมีส่วนร่วมของภาคีขับเคลื่อน

แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note Form) ดัดแปลงจาก Participant Observation Framework ของ Brewer[13] ประกอบด้วย 12 หัวข้อหลัก เน้นการสังเกตพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม โดยบันทึกในรูปแบบเชิงพรรณนาและการสะท้อนความคิด

แบบประเมินประสิทธิภาพการใช้แอปพลิเคชัน ดัดแปลงจาก mHealth App Usability Questionnaire (MAUQ)[14] และ System Usability Scale (SUS) ปรับปรุงจาก Brooke[15] จำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 7 มิติ ประเมินการใช้งานในด้านต่าง ๆ ของชีวิตประจำวัน

เครื่องมือเชิงกลยุทธ์สำหรับวิเคราะห์โมเดลธุรกิจประกอบด้วย SWOT Analysis Matrix[16], 5 Forces Model Framework[17], Ansoff's Matrix[18], Value Chain Analysis Template[19], Business Model Canvas[12] และ Value Proposition Canvas[20] เพื่อวิเคราะห์และออกแบบโมเดลธุรกิจอย่างครอบคลุม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการตรวจสอบผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ค่า IOC ≥ 0.67 ทุกข้อ โดยมีค่าเฉลี่ย IOC = 0.85 การตรวจสอบความเชื่อมั่นใช้ Pilot Test กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha ของแบบสอบถาม α = 0.91, แบบประเมินแอปพลิเคชัน α = 0.94, เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ α = 0.87 และทดสอบ Test-Retest Reliability ได้ r = 0.89 ($p < .001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วย Triangulation, Member Checking, Peer Debriefing และ Audit Trail

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยแจกแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้บริการและความต้องการของกลุ่มวัยสีเงิน เก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ และสำรวจพฤติกรรมการซื้อสินค้าและบริการออนไลน์

ของกลุ่มวัยสีเงินในแต่ละช่วงอายุ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการจดบันทึกภาคสนาม การประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงธุรกิจร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นตอนการพัฒนาโมเดลธุรกิจ

พัฒนาโมเดลธุรกิจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางธุรกิจโดยใช้เครื่องมือเชิงกลยุทธ์ ออกแบบโมเดลธุรกิจด้วย Business Model Canvas จำนวน 5 รูปแบบ ประเมินและให้คะแนนโมเดลธุรกิจโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พัฒนาโมเดลธุรกิจขั้นสุดท้ายโดยบูรณาการจุดเด่นของโมเดลที่ได้คะแนนสูงสุด พัฒนาแอปพลิเคชันตามโมเดลธุรกิจที่ได้รับการคัดเลือก ทดลองใช้แอปพลิเคชันในพื้นที่นำร่อง และประเมินผลการใช้แอปพลิเคชัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 388 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์พฤติกรรมการซื้อสินค้าและบริการออนไลน์ของกลุ่มวัยสีเงินในแต่ละช่วงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์พฤติกรรมการแบ่งปันหรือแชร์ร้านค้าหรือแอปพลิเคชันในมิติธุรกิจที่ 3 และ 4 (B2B2C) โดยใช้การวิเคราะห์ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ร่วมโครงการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโมเดลการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางธุรกิจด้วยเครื่องมือ SWOT Analysis เพื่อประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของธุรกิจวัยสีเงิน วิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางธุรกิจด้วยเครื่องมือ 5 Forces Model วิเคราะห์กลยุทธ์การเติบโตด้วย Ansoff's Matrix วิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่าด้วย Value Chain Analysis และวิเคราะห์และพัฒนาโมเดลธุรกิจด้วย Business Model Canvas

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE-1-003 วันที่ 24 เมษายน 2566 ถึง 23 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนทั้งหมด 388 คน เป็นเพศชาย 170 คน (ร้อยละ 43.8) เพศหญิง 216 คน (ร้อยละ 55.8) ไม่ต้องการระบุ 2 คน (ร้อยละ 0.6) อาศัยในเขต 14 อำเภอ ได้แก่ เกษตรสมบูรณ์ คอนสวรรค์ คอนสาร เทพสถิต บ้านแท่น บำเหน็จณรงค์ ภูเขียว เมืองชัยภูมิ หนองบัวแดง แก้งคร้อ หนองบัวระเหว บ้านเขว้า จัตุรัส และเนินสง่า ผลการวิจัยข้อมูลทั่วไป พบว่า อาสาสมัครร้อยละ 56.7 สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 94.1 ไม่ได้ปฏิบัติงานหรือเรียนที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมผู้สูงอายุ อาชีพหลักส่วนใหญ่ ทำนา/ทำไร่/ทำสวน ร้อยละ 33.5 ส่วนใหญ่รายได้ครัวเรือนต่อปี น้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 36.3 ส่วนใหญ่ไม่มีความพิการร้อยละ 93.0 โดยกลุ่มที่มีความพิการพบว่า ทุพพลภาพหรือพิการด้านการเคลื่อนไหวสูงสุด ร้อยละ 41.4 รองลงมา คือ ทุพพลภาพหรือพิการด้านสายตาและการมองเห็น และทุพพลภาพหรือพิการด้านการได้ยินและการพูดสื่อความหมาย ร้อยละ 34.5 และ 17.2 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.6 โรคประจำตัวสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.6 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.4 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3

ผลการศึกษาสถานการณ์มุมมอง 4 มิติธุรกิจ

มิติธุรกิจที่ 1 B2C (การขายระหว่างเจ้าของธุรกิจสู่ผู้บริโภค)

การศึกษาพฤติกรรมการซื้อสินค้าและบริการออนไลน์พบว่า วัยสีเงินหรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี, 61-70 ปี, 71-80 ปี และ 81 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่เคยซื้อสินค้าออนไลน์ ร้อยละ 68.7, 84.9, 94.1 และ 100.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ซื้อของออนไลน์นิยมซื้อใน Lazada สูงสุด ร้อยละ 31.9 รองลงมาคือ Facebook และ Shopee ร้อยละ 26.7 และ 17.0 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่มีความถี่ในการซื้อสินค้า 1-2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 31.9 มูลค่าการซื้อส่วนใหญ่ร้อยละ 35.1 ซื้อครั้งละ 100-299 บาท สินค้าที่ซื้อเป็นสินค้าเครื่องครัว ร้อยละ 17.2 รองลงมาคือผลิตภัณฑ์ความงาม/เสริมสวย/ชะลอวัย/เครื่องสำอาง และของฝาก/OTOP เหตุผลในการซื้อเนื่องจากราคาถูก ร้อยละ 27.3 และประหยัดเวลาและพลังงาน ร้อยละ 22.0

มิติธุรกิจที่ 2 B2B (การขายระหว่างเจ้าของธุรกิจสู่เจ้าของธุรกิจ)

ผลการศึกษาพบว่าไม่มีผู้ค้าหรือคู่ค้าส่ง

มิติธุรกิจที่ 3 และ 4 B2B2C

ผลการศึกษาพบว่าผู้บริโภคมีพฤติกรรมการแบ่งปันหรือแชร์ร้านค้าหรือแอปพลิเคชันน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.5 ช่องทางที่แชร์มากที่สุดคือ FB Marketplace, Instagram และ Instagram Affiliate คิดเป็นร้อยละ 100

ผลการพัฒนาโมเดลธุรกิจวัยสีเงินด้านการมีส่วนร่วมของ 6 ภาคีขับเคลื่อน

คณะผู้วิจัยได้พัฒนาโมเดลธุรกิจวัยสีเงินโดยใช้ Business Model Canvas (BMC) และได้วิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางธุรกิจด้วยเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ SWOT Analysis, Value Chain Analysis, 5 Forces Model, Ansoff's Matrix และ Value Proposition Canvas ดังแสดงในตารางที่ 1

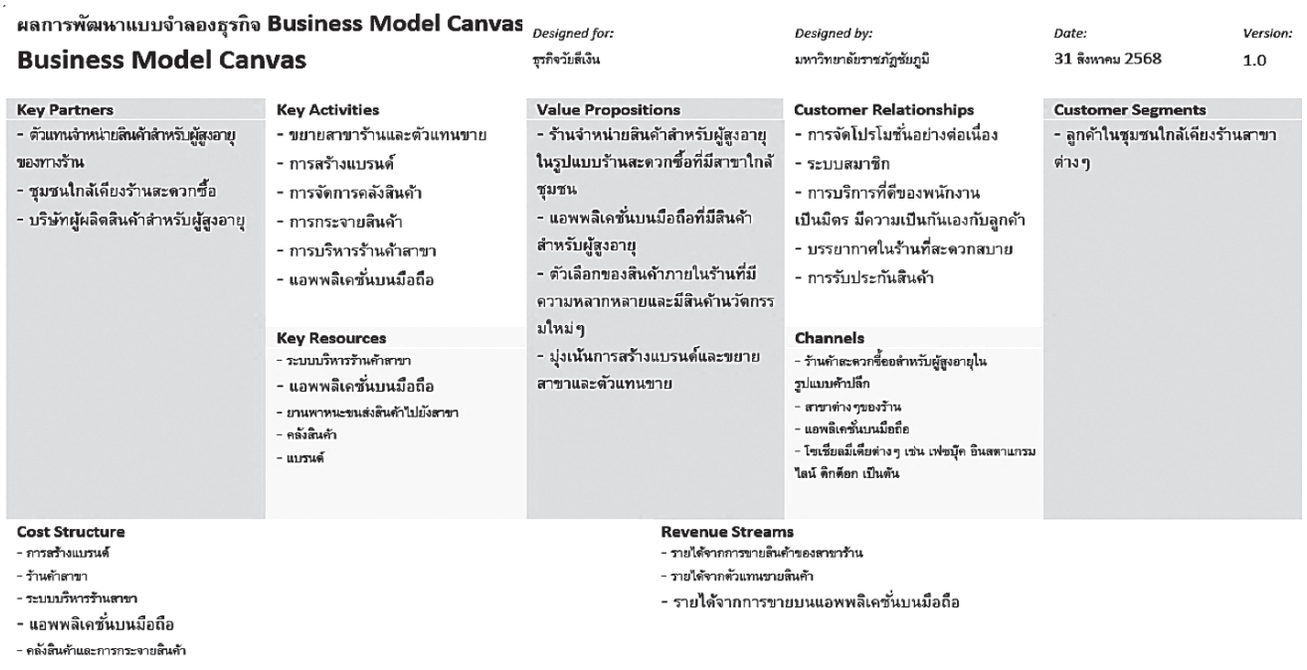
ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในของธุรกิจวัยสีเงินโดยใช้ SWOT Analysis

SWOT Analysis	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weaknesses)
สภาพแวดล้อมภายใน	- ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้กลุ่มลูกค้ามีการเติบโตมากขึ้น - แอปพลิเคชันถูกออกแบบเพื่อคนสูงวัย - สินค้าถูกคัดเลือกมาเพื่อกลุ่มคนสูงวัย	- ไม่มีสินค้าที่ผลิตเอง ทำให้ควบคุมคุณภาพได้ยาก - มีแอปพลิเคชันอื่นขายของมากมาย - ทรัพยากรในการดำเนินงานมีอย่างจำกัด
สภาพแวดล้อมภายนอก	**โอกาส (Opportunities)**	**อุปสรรค (Threats)**
	- เป็นแอปพลิเคชันที่เจาะจงเป้าหมายผู้สูงอายุโดยตรง - ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสนใจการใช้งานแอปพลิเคชันต่าง ๆ มากขึ้น	- ทิศทางราคาของสินค้าบางกลุ่มมีความผันผวน - คู่แข่งธุรกิจมีจำนวนมาก - พฤติกรรมของผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป - ผู้สูงวัยกลัวโดนหลอก จึงไม่ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์ได้พัฒนาแบบจำลองธุรกิจ Business Model Canvas 5 รูปแบบ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ให้คะแนนรูปแบบที่ 3 และ 4 สูงสุด (17 คะแนน) ได้แก่: รูปแบบที่ 3: ร้านจำหน่ายสินค้าสำหรับผู้สูงอายุออนไลน์ด้วยระบบการสั่งซื้อและการจัดส่งสินค้าที่รวดเร็ว รูปแบบที่ 4: ร้านจำหน่ายสินค้าสำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบร้านสะดวกซื้อในชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างแบรนด์ การขยายสาขาและตัวแทนขาย

การพัฒนาโมเดลธุรกิจสุดท้ายได้บูรณาการจุดเด่นของทั้งสองรูปแบบ

ภาพที่ 1 แสดงแผนภาพองค์กร Business Model Canvas ที่ออกแบบสำหรับธุรกิจที่ไม่ระบุชื่อ มีการแบ่งออกเป็น 9 องค์ประกอบหลัก คือ คู่ค้าหลัก (Key Partners), กิจกรรมหลัก (Key Activities), ข้อเสนอคุณค่า (Value Propositions), ความสัมพันธ์ลูกค้า (Customer Relationships), กลุ่มลูกค้าเป้าหมาย (Customer Segments), ทรัพยากรหลัก (Key Resources), ช่องทางจัดจำหน่าย (Channels), โครงสร้างต้นทุน (Cost Structure) และแหล่งรายได้ (Revenue Streams) เป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนและวิเคราะห์โมเดลธุรกิจอย่างครบถ้วน



ภาพที่ 1 แบบจำลองธุรกิจ Business Model Canvas ธุรกิจวัยสีเงิน

ผลการนำแอปพลิเคชันโมเดลธุรกิจฯ ไปใช้

การนำแอปพลิเคชันโมเดลธุรกิจวัยสีเงินไปทดลองใช้ในเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบลจังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) มีความคิดเห็นว่าสภาพแวดล้อมในสังคม การเมือง และเศรษฐกิจปัจจุบันเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโมเดลการดูแลผู้สูงอายุ โดยประเภทสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมสูงสุด ได้แก่ การออกเสียงประชาคมหมู่บ้าน (ร้อยละ 23.4) และการติดตามข้อมูลข่าวสารสุขภาพ/การเมือง/สังคม/เศรษฐกิจ ทางสื่อมวลชน (ร้อยละ 20.8)

การประเมินการใช้แอปพลิเคชันพบว่ามีประสิทธิภาพในการประเมินสภาวะสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างแม่นยำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงในการประเมินกิจวัตรประจำวัน (0.97) ดัชนีมวลกาย (0.94) การออกกำลังกาย (0.85) การนอนหลับ (0.91) การสนับสนุนทางสังคม (0.99) ความสมดุลทางจิตวิญญาณ (0.91) และความสมดุลทางจิตใจ (0.93)

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาโมเดลการดูแลผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 62.9 มีความคิดเห็นว่ามีปัญหาและอุปสรรค โดยปัญหาที่พบสูงสุด ได้แก่ เศรษฐกิจไม่เอื้อ ผู้สูงอายุขาดรายได้ ค่าครองชีพสูง (ร้อยละ 21.4) และการเมืองไม่เอื้อ (ร้อยละ 17.1)

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ทางประชากรและสุขภาพของกลุ่มวัยสีเงิน

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยสีเงินส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 30,000 บาทต่อปี สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านการศึกษาและเศรษฐฐานะซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัย[21] ที่ระบุว่าผู้สูงอายุในชนบทมักมีข้อจำกัดด้านการศึกษาและรายได้ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[22] ที่พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นปัญหาสุขภาพหลักในผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่การเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงป้องกันยังมีข้อจำกัด

พฤติกรรมการบริโภคและการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยสีเงินส่วนใหญ่ไม่เคยซื้อสินค้าออนไลน์ แสดงให้เห็นถึงช่องว่างด้านดิจิทัล (Digital Divide) ในกลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณภา ลือกิตินันท์[23] ที่พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยและอาศัยในพื้นที่ชนบท

อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ซื้อสินค้าออนไลน์นิยมใช้แพลตฟอร์มหลักอย่าง Lazada, Facebook และ Shopee แสดงให้เห็นว่ามีกลุ่มผู้สูงอายุที่เริ่มปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีดิจิทัล สอดคล้องกับแนวคิด[24] ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุเริ่มมีการปรับตัวต่อการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น แต่ต้องการการสนับสนุนและระบบที่ใช้งานง่าย

การพัฒนาโมเดลธุรกิจวัยสีเงิน

การพัฒนาโมเดลธุรกิจโดยใช้เครื่องมือวิเคราะห์ทางธุรกิจหลายรูปแบบ ได้แก่ Business Model Canvas, SWOT Analysis, Value Chain และ Ansoff's Matrix เป็นการผสมผสานแนวคิดทางธุรกิจสมัยใหม่เข้ากับการพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Osterwalder และ Pigneur[25] ที่เสนอว่าการพัฒนาโมเดลธุรกิจที่ประสบความสำเร็จต้องคำนึงถึงปัจจัยรอบด้านและคุณค่าที่ส่งมอบให้กับลูกค้า

การบูรณาการรูปแบบโมเดลธุรกิจที่ 3 และ 4 เป็นโมเดลผสมผสานระหว่างร้านสะดวกซื้อในชุมชนและแอปพลิเคชันบนมือถือ สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยีและกลุ่มที่ยังต้องการช่องทางแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับงานวิจัยของนภาพร ชโยวรรณ[26] ที่เสนอว่าบริการสำหรับผู้สูงอายุควรมีความยืดหยุ่นและหลากหลายเพื่อรองรับความแตกต่างของกลุ่มผู้สูงอายุ

ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน

การประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันพบว่ามีความแม่นยำสูงในการประเมินสภาวะสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะการประเมินกิจวัตรประจำวัน (r=0.97) ดัชนีมวลกาย (r=0.94) และการนอนหลับ (r=0.91) แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัลในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของพรชัย รัศมีแพทย์[27] ที่พบว่าแอปพลิเคชันสุขภาพที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุสามารถช่วยในการติดตามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

บทบาทของพยาบาล ภาคีเครือข่ายและสภาพแวดล้อมทางสังคม

ผลการวิจัยพบผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจเอื้อต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาโมเดลการดูแลผู้สูงอายุ สะท้อนความตระหนักของสังคมต่อความสำคัญการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย สอดคล้องแนวคิดวรเวศม์ สุวรรณระดา[28] เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุไทยที่เน้นการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ประสานงานระหว่างภาคีและจุดเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพกับชุมชน ใช้ความเชี่ยวชาญประเมินความต้องการสุขภาพผู้สูงอายุ แปลงเป็นข้อมูลเชิงธุรกิจเพื่อพัฒนาโมเดลการดูแล และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ภาคเอกชน และชุมชน

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเมืองส่งผลต่อการพัฒนาโมเดลธุรกิจ สอดคล้องงานวิจัยมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย[29] โดยนโยบายรัฐบาลและเสถียรภาพการเมืองมีผลต่อความต่อเนื่องโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ[30] ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องปรับตัวพัฒนาทักษะการบริหารจัดการและทำงานทีมข้ามสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนระบบสุขภาพดิจิทัลผู้สูงอายุ จัดทำมาตรฐานความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจทางภาษีสำหรับผู้ประกอบการ[31] ข้อเสนอแนะเชิงธุรกิจ การพัฒนาโมเดลธุรกิจควรคำนึงถึงความหลากหลายผู้สูงอายุด้านการศึกษา รายได้ และทักษะเทคโนโลยี สร้างระบบผสมผสานออนไลน์-ออฟไลน์ลดช่องว่างการเข้าถึง[32] ข้อเสนอแนะเชิงเทคโนโลยี หลังยุค Covid-19 มีการพัฒนาเทคโนโลยีเหมาะสมผู้สูงอายุ เน้น User Interface เป็นมิตรและระบบปัญญาประดิษฐ์ช่วยวินิจฉัยและติดตามสุขภาพ[33] ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนาทักษะเทคโนโลยีดิจิทัลและประสานงานระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการควรออกแบบสินค้าบริการเข้าถึงง่าย ใช้ช่องทางขายผสมผสานออนไลน์-ออฟไลน์ พร้อมสร้างความไว้วางใจผ่านบริการคุณภาพและระบบรับประกัน

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

ควรขยายขอบเขตศึกษาเปรียบเทียบเมือง-ชนบท ศึกษาระยะยาวประเมินประสิทธิภาพโมเดลธุรกิจ พัฒนาเทคโนโลยี AI และ IoT สำหรับระบบสุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสังคมสูงวัยเพื่อแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาสังคมสูงวัยไทยอย่างยั่งยืน[34]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (วว.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ทำให้การวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการได้สำเร็จ

References

1. Sorrentino M, Sicilia M, & Howlett M. Understanding co-production as a new public governance tool. Policy and Society. 2018;37(3):277-93.
2. Ckuntachai K, & Poungsangsuk S. Service marketing mix and service quality influencing satisfaction of elderly care private nursing home users in Bangkok. Rajapruk University Journal of Business Administration. 2022;1(2): 1-17. (in Thai)
3. Ratdeetechakul N. 13 marketing mix factors affecting online purchasing decisions of elderly people in Bangkok. Journal of Santapol College. 2023;9(1):128-34. (in Thai)
4. Suthamdi D, Dachthamrong U, Suthamdi C, & Sanwa S. Development of "Chicken Raisers, Chicken Providers" network to create strong participation for sustainable happy society of Na Di Model native chicken community enterprise. Journal of Local Governance and Innovation. 2022;6(3):1-14. (in Thai)
5. Soonasuan N, Bunrattanaimaitree A, Promwong C, & Tiawtoy A. Public service and participation for sustainable development of entrepreneurs. Journal of Educational Innovation and Research. 2022;6(2):296-306. (in Thai)
6. Sangthasiriwilai R. Business management of healthcare services for elderly to enhance business competitiveness in Bangkok and metropolitan area. Journal of Burapha University's Faculty of Commerce Review. 2018;13(2):2. (in Thai)
7. United Nations. World Population Ageing 2019: Highlights. New York: UN Department of Economic and Social Affairs; 2019.
8. World Health Organization. Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: WHO Press; 2007.
9. Oxford Economics. The Silver Economy: A New Age of Opportunity. London: Oxford Economics; 2018.
10. United Nations. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: UN General Assembly; 2015.
11. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2020.
12. Osterwalder A, Pigneur Y, Smith A, & Etiemble F. The invincible company: How to constantly reinvent your organization with inspiration from the world's best business models. Hoboken: John Wiley & Sons; 2020.
13. Brewer JD. The new handbook of ethnography. London: Sage Publications; 2021.
14. Zhao SQ, Cao YJ, Cao H, Liu K, Lv XY, Zhang JX, et.al. Davidson PM. Chinese Version of the mHealth App Usability Questionnaire: Cross-Cultural Adaptation and Validation. Frontiers in Psychology. 2022;2(13):np.
15. Hyzy M, Bond R, Mulvenna M, Bai L, Dix A, Leigh S, et.al. System Usability Scale Benchmarking for Digital Health Apps: Meta-analysis. Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth. 2022;10(8): 1-11.
16. Benzaghta MA, Elwalda A, Mousa MM, Erkan I, & Rahman M. SWOT analysis applications: An integrative literature review. Journal of Global Business Insights. 2021;6(1):55-73.
17. Lord KR, Livingston B, & Faulkner T. Market factors and nursing home financial distress: a Porter's five forces perspective. Health Care Management Science. 2020;23(4):567-80.

18. Wu X, Zhang Y, & Chen L. How do policies promote the sustainable development of older-adult care industry? A configuration analysis based on policy tools. Frontiers in Public Health. 2024;10(12):1-15.
19. Bridges M. Regenerating the healthcare value chain analysis. Healthcare Management Forum. 2024;37(4):198-205.
20. Ferrari C. Value proposition design for medical products: Understanding customer jobs, pains, and gains in healthcare delivery. Healthcare Innovation Management. 2024;7(2):45-62.
21. Sasatz S. Development of elderly care system in rural Thai communities. Journal of Public Health Nursing. 2020;28(2):45-60. (in Thai)
22. National Statistical Office. Report on the Survey of the Elderly Population in Thailand 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
23. Luekitinun W. Technology adoption among Thai elderly: factors and barriers. Journal of Information Technology. 2020;16(1):78-90. (in Thai)
24. Plachaipiromsin S. Adaptation of the elderly in the digital era. Journal of Humanities and Social Sciences. 2019;27(3):112-25. (in Thai)
25. Osterwalder A, & Pigneur Y. Business Model Generation. 3rd ed. Bangkok: We Learn; 2018. (in Thai)
26. Chayovan N. Diversity of Thai elderly and service design. Journal of Demography. 2020;36(1): 45-62. (in Thai)
27. Rasmepat P. Effectiveness of health applications for Thai elderly. Journal of Health Sciences. 2021;23(2):89-105. (in Thai)
28. Suwanrada W. Elderly policies in Thailand: challenges and opportunities. Journal of Social Sciences. 2019;49(2):78-95. (in Thai)
29. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Report on the situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2020. (in Thai)
30. Wongpanarak N, & Chaleoykitti S. Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;15(3):64-70. (in Thai)
31. World Health Organization. Digital health for aging populations: A framework for action. Geneva: WHO Press; 2023.
32. Friemel TN. The digital divide has grown old: determinants of a digital divide among seniors. New Media and Society. 2016;18(2):313-31.
33. Nedeljko AM, Bogataj PDD, Perović APDBT, & Kaučič APDBM. Digital literacy during the coronavirus pandemic in older adults: Literature Review and Research Agenda. International Federation of Automatic Control Papers OnLine. 2022;55(39):153-8.
34. Awotunde JB, Ajagbe SA, & Florez H. Internet of things with wearable devices and artificial intelligence for elderly uninterrupted healthcare monitoring systems. In: International Conference on Applied Informatics. Springer; 2022.

การสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท: เพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะในสังคมสูงวัยยุคดิจิทัล

Exploring Digital Health Technology Utilization among Rural Older Adults: for Public Policy in the Digital Ageing Society

จินตนา อาจสันเที๊ยะ[1] รตา ศรีสอาด*[1] กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์[1] เบญจพร อุดม[2] พิชญากร กีรติเตชาวุฒิ[2]

Jintana Artsanthia[1] Rata Srisaart*[1] Kanjana Punyapet[1] Benjaporn Udom[2] Pitchayakorn Keeratitechawut[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120

[1]Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120

[2]พยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว สระแก้ว ประเทศไทย 27000

[2]Palliative care nurse at SaKaew Crown Prince Hospital, Sakaew, Thailand 27000

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ1) ศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพและ 3)เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 50 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีค่า CVI .79 ครอนบาคอัลฟา .8 และค่าKR.20=.72

ผลการวิจัยพบว่า การใช้ดิจิทัล และ ทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่ระดับ r =.55,.4, p<.05, ทัศนคติ และทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัลที่ r = .47,.59, p<.05, สมรรถนะดิจิทัล มีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล r =.51, p< .05 นโยบายกับทัศนคติดิจิทัลมีความสัมพันธ์กัน r= .44, p<.05 , สมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับทักษะการใช้ดิจิทัล r= .69, p<.05 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความคาดหวังว่าเทคโนโลยีช่วยให้สุขภาพดีขึ้นร้อยละ 66 มีทัศนคติดิจิทัลว่าใช้ง่ายร้อยละ 68.8 มีแรงสนับสนุนจากคนรอบข้างร้อยละ 76 ด้านความพร้อมของอุปกรณ์ร้อยละ 64.5 ผู้สูงอายุในชนบทพอมีศักยภาพและความพร้อมเบื้องต้นในการใช้เทคโนโลยีสุขภาพจากการส่งเสริมด้านทักษะ การสนับสนุนจากสังคม และโครงสร้างพื้นฐาน ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อลดช่องว่างด้านสุขภาพในสังคมสูงวัยในชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการใช้ดิจิทัลและการส่งเสริมทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่มีความสำคัญยิ่งกับสังคมยุคดิจิทัล

คำสำคัญ: การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ, พื้นที่ชนบท, และนโยบายสาธารณะยุคดิจิทัล

Abstract

This descriptive survey aimed to (1) examine digital health technology usage among older adults in rural areas, (2) identify factors associated with digital health use, and (3) propose public policy recommendations to enhance digital health engagement. The sample comprised 50 older adults selected through simple random sampling. Research instruments showed acceptable validity and reliability (CVI = 0.79, Cronbach's α = 0.80, KR-20 = 0.72).

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: rata@slc.ac.th

วันที่รับ (received) 2 กค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ม.ค. 2569

Results indicated significant correlations between digital use and digital literacy (r = .55, p < .05), digital skills and knowledge (r = .40, p < .05), and between attitudes and digital use (r = .47, p < .05). Digital skills (r = .59, p < .05) and digital competence (r = .51, p < .05) were also related to digital use. Policy support was correlated with digital attitudes (r = .44, p < .05), while digital competence was strongly related to digital skills (r = .69, p < .05).Additionally, 66% of respondents expected technology to improve their health, 68.8% perceived it as easy to use, 76% reported social support, and 64.5% had sufficient device access. These results suggest that rural older adults demonstrate readiness and potential to engage with digital health, supported by improved skills, social networks, and infrastructure. Strengthening digital literacy and competence is therefore essential for reducing health disparities in aging rural populations and for guiding inclusive digital health policies that ensure equitable access and sustainable implementation in the digital era.

Keywords: Digital Health Technology Use Among Older Adults, Rural Areas, and Public Policy in the Digital Era

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.66 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในหลากหลายมิติ ทั้งด้านงบประมาณด้านสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชากร[1,2] องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[3] ได้ประกาศให้ช่วงปี ค.ศ. 2020–2030 เป็น “ทศวรรษแห่งการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุ[4]” (Decade of Healthy Ageing) ซึ่งมุ่งส่งเสริมการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุทั่วโลก ภายใต้แนวคิด พฤฒพลัง“Active Ageing” หรือผู้สูงอายุคุณภาพ โดยแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals:SDGs) ที่มุ่งเน้นการสร้างสังคมที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในบริบทของประเทศไทยมีการพัฒนาเชิงนโยบายและกฎหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผ่านพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และปรับปรุงเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2560 โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภายใต้แนวคิดที่ว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้การส่งเสริมควรเป็นแบบองค์รวมครอบคลุม ทั้ง 4 มิติหลัก ได้แก่ การพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคมสุขภาพ สภาพแวดล้อม[5] ภาครัฐได้มีการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม” ระบบนัดหมายแพทย์ออนไลน์ สมาร์ทวอชติดตามสุขภาพ รวมถึงระบบปัญญาประดิษฐ์ที่ช่วยในการวิเคราะห์สุขภาพส่วนบุคคล ทั้งนี้เพื่อรองรับความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในอนาคต และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในบริบทของ “ชุมชนชนบทและห่างไกล” ยังพบข้อจำกัดหลายประการ เช่น โครงสร้างพื้นฐานด้านอินเทอร์เน็ต, ความรู้และทักษะด้านดิจิทัลของผู้สูงอายุ, และการขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ[6] ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่มุ่งสู่การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในบริบทของการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยในศตวรรษที่ 21 ส่งผลให้การจัดบริการสุขภาพและระบบสุขภาพสวัสดิการต้องปรับตัว เพื่อสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2567–2569) การดำเนินกิจกรรมและการดูแลผู้สูงอายุในสถานศึกษา พบว่ามีแนวโน้มการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งในรูปแบบการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดทักษะการใช้สมาร์ตโฟนหรือแอปพลิเคชันด้านสุขภาพ เช่น หมอพร้อม หรือแอปโรงพยาบาล[7] โครงสร้างพื้นฐานทางเทคโนโลยีในชนบทยังไม่เพียงพอ เช่น อินเทอร์เน็ตไม่เสถียร บุคลากรในสถานศึกษายังขาดองค์ความรู้เฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วยเทคโนโลยีการประสานงานระหว่างหน่วยงานการศึกษาและหน่วยบริการสุขภาพยังไม่เป็นระบบ ทำให้

การติดตามสุขภาพขาดความต่อเนื่อง[8] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การใช้ Telehealth, Telecare, และ mobile health applications สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดค่าใช้จ่าย และลดภาระการเดินทาง[9] อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทยังคงมีระดับความรอบรู้ทางดิจิทัล (Digital literacy) ต่ำ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ[10]

นอกจากนี้ การสร้าง ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดิจิทัล ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางที่ช่วยส่งเสริมทักษะด้านสุขภาพดิจิทัลได้อย่างยั่งยืน เพราะเป็นพื้นที่เรียนรู้ที่ปลอดภัยและเข้าถึงง่ายในชุมชน11จากข้อเท็จจริงดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในชนบทเผชิญกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพจากการขาดการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล แม้รัฐบาลจะส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพผ่านระบบ Telehealth และแอปพลิ เคชันต่าง ๆ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเหล่านี้ได้เต็มที่ ดังนั้น สถานศึกษาซึ่งเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ของชุมชนจึงควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นแหล่งส่งเสริมความรู้และทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในยุคดิจิทัล[12]

จากข้อจำกัดของสังคมชนบทและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การลดช่องว่างทางดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุในชนบทจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในชนบทห่างไกลที่ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อช่วยลดการเดินทาง ลดภาระของครอบครัว และการส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการสำรวจและวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลฯ และอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพดิจิทัล โดยอาศัยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก ผลลัพธ์ที่ได้จะนำไปเป็นข้อเสนอแนวทางเชิงนโยบายที่สามารถขับเคลื่อนให้การใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืนในบริบทของสังคมสูงวัยในยุคดิจิทัล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทห่างไกล
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทห่างไกล

คำถามการวิจัย

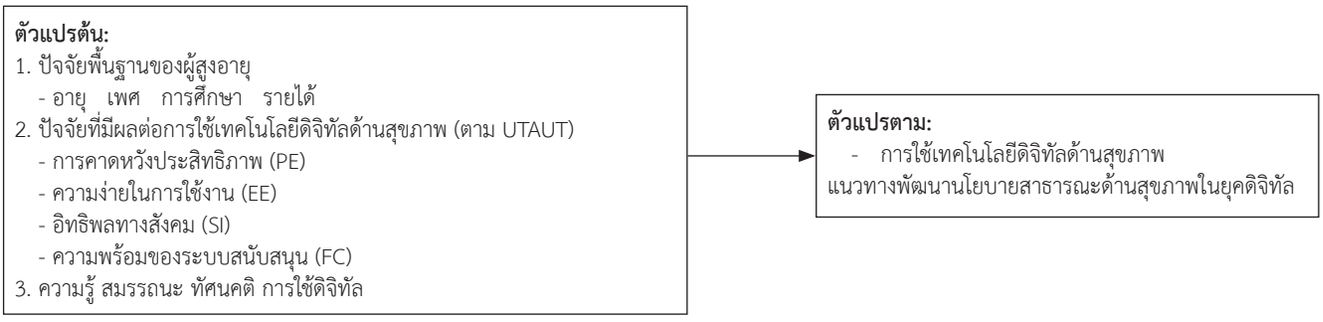
1. พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทห่างไกลเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยอะไรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. อะไรคือข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนชนบทห่างไกล

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทัศนคติ ทักษะการใช้ดิจิทัล สมรรถนะดิจิทัล นโยบายที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดหลักการของ Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT)[7,8] เป็นทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับและการใช้เทคโนโลยี ประกอบด้วย 1. ปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ 2. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ (ตาม UTAUT) ดังแผนภูมิที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในจังหวัดสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยในจังหวัดสระแก้ว ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย(Simple random sampling)จากการคำนวณโดยใช้สูตร G-power ขนาดผล d = .05, α err prob.= .05, Power = .95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 45 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องการพัฒนาทักษะเทคโนโลยีดิจิทัล 50 ราย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความสนใจและตั้งใจที่จะเรียนรู้ทักษะเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทห่างไกล หรือชุมชนที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยี และยินดีใช้อุปกรณ์ของตนเอง หรือใช้อุปกรณ์ที่โครงการจัดเตรียมให้ ในจังหวัดสระแก้ว เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือปัญหาการมองเห็นที่รุนแรงหรือความจำเสื่อม

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 ชุด คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้

2.2 แบบสอบถามด้านเทคโนโลยีและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ

2.3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีที่มีความสัมพันธ์กับเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคำถามปลายปิดแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วยสำหรับทัศนคติ ทักษะ และแบบเลือกตอบในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย Performance Expectancy (PE) เป็นการคาดหวังว่าเทคโนโลยีจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น Effort Expectancy (EE) คือ ความง่ายในการใช้งาน Social Influence (SI) มีแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง Facilitating Conditions (FC)

2.4 แบบสัมภาษณ์ที่ออกแบบจากการทำกลุ่มในการสร้างนโยบายสาธารณะสำหรับส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุชนบท

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่านโดยการ ได้ค่า Content Validity Index .79 ได้นำแบบสอบถามไปเก็บกับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างอีกหมู่บ้านหนึ่งจำนวน 20 ราย เป็นแบบวัดความรู้แบบปรนัยสองตัวเลือก (ถูก–ผิด) ผลการคำนวณได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.72 และค่าครอนบาคอัลฟา .8 ใช้คำถามปลายปิด (Close-ended questions) เพื่อสำรวจพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี ในรูปแบบ Likert scale

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์หมายเลขหนังสือรับรอง E.009 /2568 ให้ไว้ ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การลงนามให้ความยินยอมหรือบอกกล่าว การเผยแพร่ข้อมูล และมีมาตรการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยง ความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการและการดูแลรักษาความลับถ้าผู้ยินยอมรู้สึกอึดอัดหรือไม่สะดวกก็สามารถไม่ตอบ ก็บอกยกเลิก โดยไม่มีเงื่อนไข ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลโดยผู้วิจัยเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

การรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมวางแผนและนำเสนอแผนงานกับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เตรียมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ใช้เวลา 1 เดือน โดยการพิจารณาให้ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด

3. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่เก็บข้อมูลแบบโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

4. นำข้อมูลมาประชุมกลุ่มโดยประสานงานผู้เกี่ยวข้องหลัก ซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ผู้บริหารหน่วยงานของรพ.สต. ในพื้นที่เพื่อพัฒนานโยบาย บูรณาการการใช้ข้อมูลและหลักฐานในกระบวนการพัฒนานโยบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution)

2. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis): เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (ทดสอบ Normal distribution ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ก่อนวิเคราะห์ผล)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี เพื่อการสื่อสาร การบันเทิง การพบแพทย์ออนไลน์ และการทำธุรกรรม ในระดับแตกต่างกัน มีความคาดหวังว่าเทคโนโลยีช่วยให้สุขภาพดีขึ้น ในภาพรวมที่ ร้อยละ 66 ด้านความคาดหวังว่าเทคโนโลยีจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น และมีการใช้งานง่ายร้อยละ 68.8 ด้านแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง เช่น ลูกหลาน อสม. ร้อยละ 76 ด้านความพร้อมของอุปกรณ์/เครือข่าย/การสนับสนุน ร้อยละ 64.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของ Performance Expectancy (PE) , Effort Expectancy (EE), Social Influence (SI) และ Facilitating Conditions (FC) ของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทและห่างไกล

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	ความหมาย
1. การคาดหวังว่าเทคโนโลยีจะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น(Performance Expectancy ,PE)	33	66	ปานกลาง
- ปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแล	28	56	
- ใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์เพื่อการดูแลสุขภาพ	16	32	
- สามารถใช้งานเทคโนโลยีในภาพรวม	40	80	
- สามารถเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดูแลสุขภาพ	40	80	
- ทักษะที่ต้องการฝึกฝนเพิ่มเติม การใช้เพื่อสุขภาพ	41	82	
2. Effort Expectancy (EE) คือ ความง่ายในการใช้งาน	34.4	68.8	ปานกลาง
1. รู้สึกมั่นใจในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร	42	84	
2. สามารถใช้โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนได้อย่างมั่นใจ	42	84	
3. สามารถดาวน์โหลดและติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือได้	30	60	
4. เคยใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูล	29	58	
5. สามารถเปิดและปิดคอมพิวเตอร์หรือแท็บเล็ตได้	29	58	
3. Social Influence (SI) มีแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง	38	76	ดี
1.รัฐบาลมีการสนับสนุนที่เพียงพอต่อการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลในด้านสุขภาพ	37	74	
2 ประโยชน์จากนโยบายสาธารณะช่วยให้ชีวิตดีขึ้น	39	78	
3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายจะช่วยให้เข้าถึงเทคโนโลยีในพื้นที่ได้มาก	38	76	
4. การพัฒนานโยบายเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุ	46	92	ดี
5.ความเป็นไปได้ที่นโยบายสามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่ชนบท	44	90	
4. Facilitating Conditions (FC) เป็นความพร้อมของอุปกรณ์/เครือข่าย/การสนับสนุน	32.25	64.5	ปานกลาง
1. มีอุปกรณ์ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ได้	30	60	
2. เทคโนโลยีที่ใช้เข้าถึงได้ง่าย	34	68	
3. ความเร็วและความเสถียรของอินเทอร์เน็ตที่ใช้เพียงพอสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางออนไลน์	30	60	
4. สามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในสถานที่อาศัยได้	35	70	

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทฯ มีความหลากหลาย ผู้สูงอายุที่เกษียณหรือเป็นข้าราชการ มีสมรรถนะในการใช้และปรับตัวได้ดี ภาพรวมความสามารถและการปรับตัว ดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 พบว่า การใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ ที่ r=.55, p<.05, ทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่ r= .40 ,p< .05, ทัศนคติในการใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัลที่ระดับ r= .47 ,p<.05 , ทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล r= .59, p<.05 , สมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับ การใช้ดิจิทัล r =.51, p< .05, นโยบายกับทัศนคติดิจิทัลมีความสัมพันธ์กัน r= .44, p<.05 , และสมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับทักษะการใช้ดิจิทัล r= .69, p<.05

ตารางที่ 2 แสดง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

		การศึกษา	รายได้	อาชีพ	ความรู้	การใช้ดิจิทัล	ทัศนคติดิจิทัล	ทักษะการใช้ดิจิทัล	สมรรถนะดิจิทัล	นโยบายดิจิทัล
การศึกษา	Pearson Correlation	1	.205	-.014	.023	.203	.111	.082	-.242	-.197
	p-value		.153	.925	.875	.157	.442	.573	.090	.170
รายได้	Pearson Correlation	.205	1	.126	.080	.236	.025	.104	.041	-.109
	p-value	.153		.381	.581	.099	.864	.473	.779	.450
อาชีพ	Pearson Correlation	-.014	.126	1	-.127	-.104	-.067	-.143	-.172	.102
	p-value	.925	.381		.381	.473	.644	.321	.232	.480
ความรู้	Pearson Correlation	.023	.080	-.127	1	.547**	.106	.391**	.222	.061
	p-value	.875	.581	.381		.000	.462	.005	.122	.673
การใช้ดิจิทัล	Pearson Correlation5	.203	.236	-.104	.547**	1	.471**	.592**	.510**	.225
	p-value	.157	.099	.473	.000		.001	.000	.000	.115
ทัศนคติดิจิทัล	Pearson Correlation	.111	.025	-.067	.106	.471**	1	.200	.274	.443**
	p-value	.442	.864	.644	.462	.001		.165	.054	.001
ทักษะการใช้ดิจิทัล	Pearson Correlation	.082	.104	-.143	.39**	.592**	.200	1	.685**	.152
	p-value	.573	.473	.321	.005	.000	.165		.000	.294
สมรรถนะดิจิทัล	Pearson Correlation	-.242	.041	-.172	.222	.510**	.274	.685**	1	.362**
	p-value	.090	.779	.232	.122	.000	.054	.000		.010
นโยบายดิจิทัล	Pearson Correlation	-.197	-.109	.102	.061	.225	.443**	.152	.362**	1
	p-value	.170	.450	.480	.673	.115	.001	.294	.010	

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัย

พบว่าการดำเนินการต่างๆที่ส่งเสริมการใช้และพัฒนาทักษะการใช้ดิจิทัล หากเป็นนโยบายจะขับเคลื่อนได้ดี จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า มีประเด็นสำคัญที่สามารถสังเคราะห์ได้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมทักษะดิจิทัลด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย

ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้จัดอบรมในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ใช้แอปพลิเคชันจริง เช่น หมอพร้อม หรือ หมอชนะ พร้อมสื่อประกอบเหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น คู่มือภาพหรือคลิปวิดีโอ โดยสามารถเชื่อมโยงกับกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ดังปรากฏจากข้อความที่ศึกษาดังนี้“ผู้สูงอายุถ้าได้ลองทำจริงจากมือถือของตัวเอง จะจำได้ดีกว่าแค่ฟังบรรยาย” (นางช., อายุ 68 ปี) “รพ.สต. ควรจัดชุดสื่อการสอนให้เข้าใจง่าย ภาพใหญ่ ตัวหนังสือชัด เพราะหลายคนสายตาไม่ดี” (น.ส.ว., เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

2. การสร้างเครือข่ายผู้ช่วยดิจิทัลในชุมชน

ควรส่งเสริมบทบาทของ อสม., เยาวชนจิตอาสา หรือสมาชิกครอบครัวให้เป็นผู้ช่วยด้านเทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุ พร้อมสนับสนุนงบประมาณรายพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน ดังปรากฏจากการศึกษา“ลูกหลานหรือ อสม. ในหมู่บ้านช่วยสอนผู้สูงอายุใช้มือถือได้ดี เพราะเขาคุ้นกันอยู่แล้ว” (นายพ., อสม.)

3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลในชนบท

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเห็นตรงกันว่าการมี Free Wi-Fi ตามจุดบริการสุขภาพ และสมาร์ทโฟนราคาย่อมเยาสำหรับผู้สูงอายุ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลและเปิดโอกาสให้เข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน (Hybrid)

เสนอให้มีบริการสุขภาพทั้งแบบ on-site และผ่านระบบ Telehealth โดยเฉพาะในพื้นที่ขาดแคลนบุคลากร และพัฒนาแอปพลิเคชันที่เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น ตัวอักษรใหญ่และเมนูใช้งานง่าย เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการดูแลสุขภาพ ดังปรากฏ“ถ้ามีแอปที่ตัวใหญ่ มองเห็นชัด กดง่าย ผู้สูงอายุจะกล้าใช้มากขึ้น” (น.ส.ว., เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

5. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในนโยบายดิจิทัลสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุจากพื้นที่ชนบท และเปิดโอกาสให้มีตัวแทนผู้สูงอายุร่วมในคณะกรรมการระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อให้เสียงของผู้สูงอายุถูกนำไปใช้ในการออกแบบนโยบาย ดังปรากฏ “ถ้ามีผู้สูงอายุในคณะกรรมการ เขาจะได้พูดปัญหาจริงของพื้นที่ ไม่ใช่ให้ส่วนกลางคิดแทน” (นายพ., อสม.)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ผลวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านการเรียนรู้และการเปิดรับเทคโนโลยี เช่น 84% มั่นใจในการใช้แอปพลิเคชันสื่อสาร เช่น LINE อธิบายได้ว่า พฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนถึงความพร้อมบางประการของผู้สูงอายุในการเปิดรับเทคโนโลยีดิจิทัล แม้จะอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดทางโครงสร้างพื้นฐานซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุไทย 71% ใช้สมาร์ทโฟน และเกินครึ่งใช้แอปสื่อสาร (เช่น LINE) แม้ต่างจังหวัดยังพบการใช้เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุชนบทมีการเรียนรู้ผ่านลูกหลานสอดคล้องกับงานวิจัย[13,14] ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการพัฒนาการใช้ดิจิทัลสำหรับผู้สูงวัย

ปัจจัยที่ส่งผลกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านดิจิทัลในหลายมิติ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของสมรรถนะดิจิทัลในภาพรวม พบว่า การใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ ($r = .55$, $p < .05$) แสดงว่าผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีมาก มักมีการใช้งานดิจิทัลในชีวิตประจำวันมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ van Laar และคณะ (2017)[15] ที่ระบุว่า ความรู้พื้นฐานด้านดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในชีวิตจริง และเป็นพื้นฐานของสมรรถนะดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ในทำนองเดียวกัน ทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับความรู้ ($r = .40$, $p < .05$) สะท้อนว่าผู้ที่มีทักษะในการใช้เทคโนโลยี ย่อมมีความเข้าใจและสามารถเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Vuorikari และคณะ (2022)16 ที่กล่าวว่า ความรู้และทักษะเป็นส่วนเสริมซึ่งกันและกันในกรอบสมรรถนะดิจิทัลของยุโรป (DigComp Framework) ผลการวิจัยยังพบว่าทัศนคติในการใช้ดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล ($r = .47$, $p < .05$) แสดงว่าผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อเทคโนโลยีมักมีแนวโน้มที่จะนำเทคโนโลยีมาใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen (1991)[17] ในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ที่ระบุว่า ทัศนคติเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ ทักษะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล ($r = .59$, $p < .05$) และ สมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล ($r = .51$, $p < .05$) แสดงถึงบทบาทสำคัญของความสามารถเชิงปฏิบัติในการขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีจริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ferrari (2013)[18] ที่ศึกษาว่า สมรรถนะดิจิทัลไม่ได้หมายถึงเพียงการมีความรู้เท่านั้น แต่รวมถึงการนำไปใช้เพื่อสร้างคุณค่าและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน อีกทั้ง นโยบายกับทัศนคติดิจิทัลมีความสัมพันธ์กัน ($r = .44$, $p < .05$) ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากนโยบายภาครัฐหรือองค์กรมีผลต่อทัศนคติของประชาชนในการยอมรับและใช้งานเทคโนโลยี เช่น การส่งเสริมโครงการดิจิทัลภาครัฐ (Digital Government) หรือการจัดอบรมทักษะดิจิทัลในชุมชน[19] และผลสมรรถนะดิจิทัลมีความสัมพันธ์กับทักษะการใช้ดิจิทัล ($r = .69$, $p < .05$) ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์สูงที่สุดในบรรดาความสัมพันธ์ทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าทักษะเป็นองค์ประกอบหลักของสมรรถนะดิจิทัล การพัฒนาทักษะจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับสมรรถนะดิจิทัล[20] อย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการสนับสนุนนโยบาย เป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล และมีผลโดยตรงต่อการใช้เทคโนโลยีในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้ดิจิทัล จึงเสนอให้มีนโยบายที่เหมาะสมด้านการพัฒนาหลักสูตรหรือโครงการฝึกอบรมผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะการใช้แอบสุขภาพ, LINE, Telemedicine โดยใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เนื้อหาในแอปสุขภาพที่ใช้งานจริง เช่น หมอพร้อม/ แอปหมอชนะหรือสร้างเครือข่าย “ผู้ช่วยดิจิทัล” เช่น อสม. เยาวชนจิตอาสา ให้ผู้สูงอายุมั่นใจในการเรียนรู้ อสม.และเยาวชนในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงด้านเทคโนโลยีแก่ผู้สูงอายุ และหากมีการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลในพื้นที่ชนบท เช่น อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง การแจกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงวัย และออกแบบนโยบายสาธารณะเหมาะกับบริบทท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงนโยบายให้มีประสิทธิภาพ จะเป็นการเตรียมพื้นฐานในการใช้ดิจิทัลสำหรับสังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับตัวแปรอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม การจัดการความรู้การวิจัยและถ่ายทอดเพื่อการใช้ประโยชน์ (การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายสาธารณะ) ประจำปีการศึกษา 2567 สำนักงานวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับ การสนับสนุนจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์

References

1. Department of Older Persons. Report on the situation of Thai older persons 2023. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Social Development and Human Security; 2023. (In Thai)
2. World Health Organization. Digital health for older adults. Geneva: WHO; 2021.
3. World Health Organization.Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2020.
4. Lindberg J, Bhatt R, & Ferm A. Older people and rural eHealth: perceptions of caring relations and their effects on engagement in digital primary health care. Scandinavian Journal of Caring Science. 2021; 35: 1322–31.
5. Office of Research Promotion and Support, National Research Council of Thailand (NRCT). Guidelines for technology development for the elderly. Bangkok: NRCT; 2022. (in Thai)
6. Cho H, & Demiris G. Addressing digital literacy in telehealth interventions for persons with dementia. Studies in Health Technology and Informatics. 2024; 315:761–2.
7. Ministry of Public Health. Report on the Situation of Thai Older Persons 2023 [in Thai]. Bangkok: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023.
8. Waraporn C. Integration of Health Networks and Educational Institutions for Elderly Care in Rural Communities . Journal of Community Health. 2023;37(1):25–38. (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Thailand Digital Health Strategy 2023–2027. Nonthaburi: MOPH; 2023.
10. Sasithorn T,& Aree S. Digital Literacy among Older Adults in Rural Northeastern Thailand . Journal of Nursing. 2024;40(1):71–84. (in Thai)
11. UNESCO. Digital Literacy for Lifelong Learning: A Guide for Community Learning Centers. Bangkok: UNESCO Bangkok Office; 2023.
12. Sunee R. Educational Institutions and Their Roles as Community Health Learning Centers for Older Adults [in Thai]. Journal of Development and Innovation. 2023;5(3):89–102.
13. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, & Davis FD. User acceptance of information technology: Toward a unified view. MIS Quarterly. 2003; 27(3):425–78.

14. Department of Older Persons. Report on the Situation of Thai Older Persons 2022. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2022. (in Thai)
15. van Laar E, van Deursen AJ, van Dijk JA, & de Haan J. The relation between 21st-century skills and digital skills: A systematic literature review. Journal of Higher Education Outreach and Engagement. 2017;72:577–88.
16. Vuorikari R, Kluzer S,& Punie Y. The Digital Competence Framework for Citizens – With new examples of knowledge, skills and attitudes. Publications Office of the European Union; 2022.
17. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1991;50(2):179–211.
18. Ferrari A. Digital Competence in Practice: An Analysis of Frameworks. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
19. Artsanthia J, Srisaart R, Punyapet K, Udom B, & Keeratitechawut P. A Feasibility Study: Using Tele Nursing to Improve Palliative Care Access for Rural and Remote Communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25 (3): 170-8. (in Thai)
20. Artsanthia J, Suwaree S, & Pratchayakun N. Digital attitudes, digital literacy, and digital skills in the transformation era among nursing students for health care and nursing services. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 232–9. (in Thai)

ผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

The Results of Training on Basic Electrocardiogram Interpretation for Outpatient Nurses

อรวรรณ บุตรทุมพันธ์* วาสนา หาวิน นพมาศ มณีโชติ
Orawan Bootthumpan* Wasana Lavin Noppamas Maneechote
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand, 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 31 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการประเมินอาการและอาการแสดงรวมถึงการพยาบาลผู้ป่วย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น .82 และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก หลังเข้ารับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรมเท่ากับ 16.84 คะแนน (SD=2.30) และ 8.03 คะแนน (SD=2.95) ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$, ($t = 13.41$) ดังนั้น การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในภาวะปกติหรือภาวะคุกคามชีวิต การประเมินผู้ป่วย นำไปสู่การรายงานแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ รักษาได้ถูกต้อง รวดเร็วและทันท่วงที การจัดอบรมเพื่อให้พยาบาลมีทักษะและความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มมากขึ้น สามารถนำความรู้ไปใช้ในการทำงาน

คำสำคัญ: คลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การจัดอบรม, พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

Abstract

The purposes of this retrospective research was to study the objective of studying the effects of basic electrocardiogram interpretation training for 31 outpatient nurses. This research was using the basic ECG and Knowledge of patient care by questionnaire. The content validity index of both questionnaires was .82 and verified by 3 experts. The statistic was including percentage, mean and standard deviation and t-test statistics. The results were showed OPD nurse after received the basic ECG training was 16.84 point (SD=2.30) that greater than the average score before training which was 8.03 point (SD=2.95) and were significantly increased after training at p-value <.05, (t = 13.41). The interpreting and reading basic ECG in normal and life-threatening

corresponding author: * Email : lhin.orawan@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ส.ค. 2568

situations is important. Patient assessment leads to a medical report, enabling patients to receive accurate, rapid, and timely examination and treatment. Training is provided to equip nurses with skills and knowledge in interpreting ECG results, enabling them to apply this knowledge in their work.

Keywords: Electrocardiogram, Training, Outpatient nurse

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยหรืออันตรายต่อชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมมีดังนี้ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม, การสูบบุรี่, การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและปัญหามลพิษทางอากาศ และทางด้านปัจจัยเสี่ยงทางสรีระวิทยาคือการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน,ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น[1] ส่งผลทำให้เกิดภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ1ของโลก องค์การอนามัยโลกคาดว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในปี 2019 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของประชากรทั่วโลก[2] สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ปี 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสมด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 2.5 แสนราย และเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 4 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 5 คน อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เช่น เจ็บหน้าอก จุกแน่นกลางอก เจ็บร้าวหัวไหล่ซ้าย แขน หรือกราม ใจสั่น เหงื่อแตก เป็นลม หมดสติ เป็นต้น หากประชาชนมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุด[3]

โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์มีผู้มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมาก ที่มารับการตรวจนั้นอาจจะมีปัญหาค่อนข้างซับซ้อนหรือบางรายอาจจะมีโรคร่วมเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไต เป็นต้น พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกต้องมีการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโดยต้องใช้ความรู้ ทักษะประสบการณ์ในการทำงาน ในการประเมินภาวะเจ็บป่วยเพื่อความปลอดภัยและสามารถช่วยได้ทันท่วงที การอ่านหรือแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือมีความผิดปกติจนนำไปสู่การรายงานแพทย์ทราบนั้นทำให้ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้[4] จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจระหว่างการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการทางหลอดเลือดหัวใจได้ 92.9% ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นใน 7.5%[5] และมีการศึกษาในประเทศไทยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก[6] พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ช่วยคัดแยกและจัดลำดับการบริการผู้ป่วยตามภาวะเร่งด่วนได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยลดระยะเวลารอคอย ทำให้ได้รับการตรวจรักษาได้ถูกต้อง รวดเร็วและแม่นยำส่งต่อผู้ป่วยไปที่แผนกฉุกเฉินหรือไอซียูทันท่วงที

จากปัญหานี้ทำให้ผู้วิจัย ได้เห็นความสำคัญของการอ่าน และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจจึงได้จัดอบรมพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ในการแปลผลและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในภาวะปกติและภาวะคุกคามชีวิต การประเมินผู้ป่วยอาการและอาการแสดงรวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยได้ เพื่อให้พยาบาลผู้ป่วยนอกมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำความรู้นี้ไปใช้ในการทำงานและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

กรอบแนวคิดการวิจัยระบุ

การวิจัยนี้ประยุกต์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่ (adult learning theory)[7,8] โดยการจัดอบรมการให้ความรู้แก่พยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน รวมถึงทำให้เพิ่มพูนความรู้ทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ประเมินอาการและอาการแสดงรวมถึงการพยาบาลผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วย

ที่ได้รับการตรวจ รักษาถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีความรู้เพิ่มขึ้น

1. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีความรู้ภายหลังการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นสูงกว่าก่อนอบรม

2. พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกมีความรู้การอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นก่อนอบรมและหลังอบรมแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective data) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยได้ข้อมูลผลจากการอบรมการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นโครงการอบรมการให้ความรู้ประจำปี โครงการ In service ในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2567 เรื่อง “การพัฒนาความสามารถในการอ่าน แปรผลคลื่นไฟฟ้าและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยสำหรับพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก”

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ จำนวน 31 ราย ที่เข้าร่วมอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ระหว่างเดือนกันยายน 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ผู้ที่เข้าร่วมในการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นและทำแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมครบทุกข้อ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่เข้าร่วมในการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ทำแบบทดสอบก่อนและหลังอบรมไม่ครบทุกข้อ คงเหลือ 31 ราย

ในงานวิจัยนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพสังกัดงานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ จำนวน 31 ราย ที่เข้าร่วมอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณจากสูตรเครซี่ และมอร์แกน[9]

$$n = \frac{X^2 N\, p\,(1-p)}{e^2 (N-1) + X^2\, p\,(1-p)} = \frac{3.841 \times 31 \times 0.5 \times (1-0.5)}{0.05^2 (31-1) + 3.841 \times 0.5(1-0.5)} = 28.75$$

n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N	=	ขนาดของประชากร
e	=	ระดับความคลาดเคลื่อน ของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = 0.05)
X^2	=	ค่าไคสแคว์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X^2 = 3.841)
p	=	สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 28.75 ราย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อย 29 ราย เพื่อป้องกันการสูญหาย (dropout rate) ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 31 ราย

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลตามนโยบายของโรงพยาบาล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม ตรวจสอบความถูกต้องและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA. No. MURA2025/127 อนุมัติเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2568 หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ปกปิดรายชื่อผู้ร่วมวิจัย และนำเสนอเป็นภาพรวม การวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ แผนก ระยะเวลาที่ทำงาน แบบสอบถาม จำนวน 20 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) เป็นข้อสอบแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบ่งเป็นการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้า การประเมินผู้ป่วย การให้ยาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยสำหรับพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อประเมินความรู้พยาบาลในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ไม่ต่ำกว่า 20 ปี และ 17 ปี และเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความชัดเจนของเนื้อหา ของแบบสอบถาม ในกลุ่มพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 15 คน โดยประเมินค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบโดยวิธี (KR-20) เท่ากับ .82 โดยเนื้อหาแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ประกอบด้วย เพศ อายุ แผนก ระยะเวลาที่ทำงาน การแปรผลเป็นจำนวนร้อยละ

ส่วนที่ 2 การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้า จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถาม เป็นข้อสอบแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก การแปลผลถูก-ผิด คะแนนรวม 5

ส่วนที่ 3 การประเมินผู้ป่วย การให้ยาและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยสำหรับพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถาม เป็นข้อสอบแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก การแปลผลถูก-ผิด คะแนนรวม 15

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ เปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้สถิติpaired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

ผลการวิจัย

ผู้เข้าอบรมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.77 มีอายุเฉลี่ย 28.03 ปี (SD=4.27) แบ่งเป็นช่วงอายุ พบว่า อายุระหว่าง 26-30 ปี พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมาอายุระหว่าง 20-25 ปี ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกผิวหนัง ร้อยละ 16.1 รองลงมาแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว, แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ, แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชและ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ร้อยละ 9.7 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 4.38 ปี (SD=4.31)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ การประเมิน การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังเข้ารับการอบรม (n=31)

คำถาม	ผลการตอบก่อนอบรม		ผลการตอบหลังอบรม	
	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)
1. คุณสมบัติทางไฟฟ้า Electrical activity เนื้อเยื่อของหัวใจ	15 (48.4)	16 (51.6)	23 (74.2)	8 (25.8)
2. ลักษณะ “PQRST”	11 (44.83)	20 (55.17)	31 (100)	0 (0)
3. แปลผล ECG Atrial Fibrillation	11 (35.5)	20 (64.5)	28 (90.3)	3 (9.7)
4. แปลผล ECG Supraventricular tachycardia	6 (19.4)	25 (80.6)	30 (96.8)	1 (3.2)
5. แปลผล ECG Ventricular Tachycardia	8 (25.8)	23 (74.2)	31(100)	0 (0)
6. การซักประวัติโดยใช้ OPQRST	29 (93.5)	2 (6.5)	30 (96.8)	1 (3.2)

คำถาม	ผลการตอบก่อนอบรม		ผลการตอบหลังอบรม	
	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)	ถูก (%)	ไม่ถูก (%)
7. ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ต้องทำ 12 lead EKG ภายในเวลากี่นาที	24 (77.4)	7 (22.6)	31 (100)	0 (0)
8. การพยาบาลได้ถูกต้องที่สุด	13 (41.9)	18 (58.1)	29 (93.5)	2 (6.5)
9. ผู้ป่วยไปทำ primary PCI แต่ใช้เวลามากกว่า 120 นาที และแพทย์ให้การรักษา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด streptokinase (SK) พยาบาลซักประวัติ ข้อใดคือ ข้อห้ามในการให้ยาของผู้ป่วยรายนี้	7 (22.6)	24 (77.4)	25 (80.6)	6 (19.4)
10. ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) แพทย์จะต้องให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Enoxaparin) แพทย์จะต้อง Follow up Lab	2 (6.5)	29 (93.5)	18 (58.1)	13 (41.9)
11. การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย NSTEMI	8 (25.8)	23 (74.2)	24 (77.4)	7 (22.6)
12. การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่สุด	26 (83.9)	5 (16.1)	31 (100)	0 (0)
13. แพทย์ ให้ยา Atropine: 1 mg IV bolus หลังให้ยาพยาบาลมีการประเมินและการพยาบาล ข้อใดถูกต้องที่สุด	21 (67.7)	10 (32.3)	30 (96.8)	1 (3.2)
14. หญิงไทย อายุ 65 ปี มาตรวจที่ OPD ตามนัด underlying: DM, HT, DLP, Atrial fibrillation ขณะรอตรวจ ญาติเดินมาบอกว่า ผู้ป่วยว่า ‘’ ใจสั่น’’ พยาบาลวัด Vital sign แรกรับพบ ความดันโลหิต 121/59 mmHg HR 142 bpm RR 25 bpm Spo2 95% ข้อใดให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่สุด	18 (58.1)	13 (41.9)	20 (64.5)	11 (35.5)
15. EKG 12 leads ดังรูป แพทย์ ให้ยาAmiodarone ข้อใดไม่ถูกต้อง	4 (12.9)	27 (87.1)	21 (67.7)	10 (32.3)
16. ข้อใดกล่าวได้ถูกต้อง เกี่ยวกับการบริหารยา Adenosine	11 (35.5)	20 (64.5)	28 (90.3)	3 (9.7)
17. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการทำ Synchronized Cardioversion	13 (41.9)	17 (58.1)	25 (80.6)	6 (19.4)
18. หญิงไทย อายุ 65 ปี มาตรวจที่ OPD ตามนัด underlying: DM, HT, DLP, ESRD ขณะรอตรวจ ญาติเดินมาบอกว่า ผู้ป่วยว่า ‘’ ใจสั่น’’ พยาบาลวัด Vital sign แรกรับพบ ความดันโลหิต 121/59 mmHg HR 52 bpm RR 25 bpm Spo2 95% ผล Lab K 6.8 mmol/L EKG 12 lead findings ข้อใดกล่าวถูกต้อง	10 (32.3)	21 (67.7)	29 (93.5)	2 (6.5)
19. ชายไทย อายุ 72 ปี มาตรวจที่ OPD ตามนัด underlying: DM, HT, DLP, BPH และมีอาการอาเจียน ท้องเสียมา 2 วัน พยาบาลวัด Vital sign แรกรับพบ ความดันโลหิต 142/79 mmHg HR 98 bpm RR 20 bpm Spo2 98% ผล Lab K 2.0 mmol/L EKG 12 lead findings ข้อใดไม่ถูกต้อง	4 (12.9)	27 (87.1)	17 (54.8)	14 (45.2)
20. แปลผล ECG จากรูป ผล Lab ใด abnormal	7 (22.6)	24 (77.4)	25 (80.6)	6 (19.4)

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การดูแลผู้ป่วยและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนเข้ารับการอบรม มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การซักประวัติโดยใช้ OPQRST 29 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.5 การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่สุด 26 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 83.9 รองลงมา คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ต้องทำ 12 lead EKG ภายในเวลากี่นาที 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 77.4 ส่วนคะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การดูแลผู้ป่วยและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนเข้ารับการอบรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) แพทย์จะต้องให้ยา ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (Enoxaparin) แพทย์จะต้อง Follow up Lab 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 6.5 รองลงมาคือ EKG 12 leads ดังรูป แพทย์ ให้ยาAmiodarone ข้อใดไม่ถูกต้อง และ ชายไทย อายุ 72 ปี มาตรวจที่ OPD ตามนัด underlying: DM, HT, DLP, BPH และมีอาการอาเจียน ท้องเสียมา 2 วัน พยาบาลวัด Vital sign แรกรับพบ ความดันโลหิต 142/79 mmHg HR 98 bpm RR 20 bpm Spo2 98% ผล Lab K 2.0 mmol/L EKG 12 lead findings ข้อใดไม่ถูกต้อง 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 12.9 และ แปลผล ECG จากรูป ผล Lab ใด abnormal 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 22.6

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การดูแลผู้ป่วย และการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจหลังเข้ารับการอบรม มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ลักษณะ “PQRST” แปลผล ECG Ventricular Tachycardia ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ต้องทำ 12 lead EKG ภายในเวลากี่นาที และ การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องที่สุด 31 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ แปลผล ECG Supraventricular tachycardia การซักประวัติโดยใช้ OPQRST และ แพทย์ให้ยา Atropine: 1 mg IV bolus หลังให้ยา พยาบาลมีการประเมินและการพยาบาลข้อใดถูกต้องที่สุด 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 96.8 การพยาบาลได้ถูกต้องที่สุด และ หญิงไทย อายุ 65 ปี มาตรวจที่ OPD ตามนัด underlying: DM, HT, DLP, ESRD ขณะรอตรวจญาติเดินมาบอกว่า ผู้ป่วยว่า ‘’ ใจสั่น’’ พยาบาลวัด Vital sign แรกรับพบ ความดันโลหิต 121/59 mmHg HR 52 bpm RR 25 bpm Spo2 95% ผล Lab K 6.8 mmol/L EKG 12 lead findings ข้อใดกล่าวถูกต้อง 29 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 93.5

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมิน การดูแลผู้ป่วยและการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อน และหลังเข้ารับการอบรม คะแนนรายข้อที่เพิ่มขึ้นสูงสุด 3 อันดับแรกคือ แปลผล ECG Supraventricular tachycardia คะแนนนก่อนเข้ารับอบรม 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 19.4 หลังอบรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 96.8 รองลงมา คือ แปลผล ECG Ventricular Tachycardia 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 25.8 หลังอบรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 31 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และ ลักษณะ “PQRST” 11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 44.83 หลังอบรมคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 31 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) (n=31)

ความรู้	$\bar{X}$	SD	95% CI	t-test	df	p-value Sig (2-tailed)
ก่อนเข้ารับการอบรม	8.03	2.95	-10.15 to -7.47	13.41	30	.000**
หลังเข้ารับการอบรม	16.84	2.30				

$\bar{X}$ = mean; SD = standard deviation; CI = confident interval

** p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนเข้าอบรม ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 8.03 คะแนน (SD=2.95) คะแนนเต็ม 20 คะแนน หลังเข้ารับการอบรม พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 16.84 คะแนน (SD=2.30) คะแนนเต็ม 20 คะแนน และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการอบรมมาทดสอบด้วยสถิติ paired t test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการจัดอบรมการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกพบว่า ก่อนเข้าอบรม ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นเท่ากับ 8.03 คะแนน (SD=2.95) หลังเข้ารับการอบรม พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นเท่ากับ 16.84 คะแนน (SD=2.30) คะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงขึ้น[10,11,12] ซึ่งทำให้พยาบาลมีความรู้ในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพิ่มขึ้น

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการประเมิน และการดูแลผู้ป่วย ก่อน- หลังเข้ารับการอบรม มีคะแนนรายข้อที่เพิ่มขึ้นนั้น พยาบาลมีความรู้ ทำให้ช่วยเพิ่มอัตราความถูกต้องในการคัดกรอง การประเมินและซักประวัติผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทำให้ช่วยตัดสินใจ ระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ

แทรกซ้อน หรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ[13] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[14] พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกหลังได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพบว่ามีการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.04 ทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ จัดลำดับความสำคัญของภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันท่วงที ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้[15]

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกจะต้องมีความรู้และทักษะในการแปลผลและอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นในภาวะปกติและภาวะคุกคามชีวิต การประเมินผู้ป่วย อาการและอาการแสดงรวมถึงการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การรายงานแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ รักษาได้ถูกต้อง รวดเร็วและทันท่วงทีทำให้การประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยแรกรับหรือขณะรอตรวจรักษาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ[14,16]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการสนับสนุนข้อมูลกับหัวหน้างานการพยาบาลหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้มีการจัดอบรมในครั้งต่อไป ทำให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ จัดลำดับความสำคัญของภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลของผู้เข้าร่วมอบรม เนื่องจาก มีการศึกษาพบว่าความคงอยู่ของความรู้หลังได้รับการอบรมจะอยู่ที่ 4 เดือนถึง 1 ปี หลังจากนั้นจะลดลง[17,18,19] เพื่อให้พยาบาลมีความรู้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ควรมีการจัดอบรมทุกปี เพื่อประเมินความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติหน้างานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดอบรมไปใช้ในการพัฒนาความรู้พยาบาลหน่วยงานอื่น ๆ เช่น หน่วยฉุกเฉิน หน่วยหอผู้ป่วยในเพื่อขยายความรู้และเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

References

1. Department of Disease Control. Situation report NCD 2019: Diabetes, hypertension and related risk factors. Division of Non Communicable Disease; 2020. (in Thai)
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CADs). World Health Organization; 2021.
3. Department of Disease control. Office of Risk Communication and Health Behavior Development. (Nonthaburi): Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
4. Staworn D, & Piyavechviratana K. All about Critical Care: Toward critical care excellence. 1st ed. Beyond enterprise Printing. Nonthaburi. 2016 (in Thai)
5. Zaboli A, Ausserhofer D, Sibilio S, Toccolini E, Paulmichl R, Giudiceandrea A, et al. Electrocardiogram interpretation during nurse triage improves the performance of the triage system in patients with cardiovascular symptoms – A prospective observational study. Journal of International Emergency Nursing. 2023; 68(5):1-9.
6. Panthongviriyakul A, Makarawate P, Pongchaiyakul C, Tharaksa P, & Sripo T. Electrocardiogram screening tool for risk management among adult patients in outpatient department. Srinagarind Medical Journal.2017;32(2):157-62. (in Thai)
7. Sakcharoen P. Adult Learning Theory and Self-Directed Learning Concept: Learning Process for Promoting Lifelong Learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(1):8-13. (in Thai)
8. Corley, M. A. Adult Learning Theories. Teaching Excellence in Adult Literacy (TEAL) Center, U.S. Department of Education. 2011.

9. Krejcie VR, & Morgan WD. Determining sample size for research activity. Journal of Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607-10.
10. Lavin W, Klinungkab K, Bootthumpan O, & Rungcharoen P. The Results of the Knowledge Training Program on Basic ECG Interpretation for Novice Nurses in The Critical Care Division. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;26(1): 73-81. (in Thai)
11. Zhang H, & Hsu LL. The effectiveness of an education program on nurses' knowledge of electrocardiogram interpretation. International Emergency Nursing. 2013; 21(4):247-51.
12. Zhian SJ, & Yousif AS. Effect of educational program on nurses' skill regarding electrocardiogram interpretation in critical care units: A quasi-experimental study. The Malaysian journal of nursing. 2024;16(1):159-68.
13. Pimsung S, Nirattharadorn M, Longlalerng W, & Siriwattanasatorn M. The Effects of a Practice Guideline of Chest Pain Triage on Accuracy and Nurses' Satisfaction at The Out-Patient Department. Thammasat University Hospital Journal. 2024;9(2):11-23. (in Thai)
14. Sadkong R. The efficacy of triage training program for registered nurse in the outpatient department at Wanonniwat hospital, Sakon Nakhon province. Journal of environment and community health. 2024;9(3):88-97. (in Thai)
15. Department of Medical Services Ministry of Public Health. MOPH ED.Triage. (Nonthaburi): Department of Medical Services Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
16. Weerakhama P, Wiriyaphonpraphat K, Jakaom S, & Phinyo P. Efficacy of MOPD ED triage training program on triage accuracy of nurses and emergency medical staff in Maesai district hospital. Journal of the department of medical services. 2019;44(5): 70-9. (in Thai)
17. Goldstein EB. Cognitive Psychology: Connecting Mind, Research, and Everyday Experience. 2nd ed. U.S.A.: Thomson Wadsworth; 2008.
18. Wu H. Retention of knowledge by nurses after an online ECG monitoring course. (thesis). New Haven: Yale University; 2012.
19. Supith S, Kaewsarn P. & Siritarungsri B. The effect of a competency building program on knowledge attitude and belief of professional nurses in patients care on volume and pressure controlled ventilators at Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 366-73. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

Effects of Pain Management Program on Self-care Behavior, Pain Level and Severity of Osteoarthritis in Older Adult with Knee Osteoarthritis

นฤมล จันทร์สุข อัศวเดช สละอวยพร*
Naruemon Jansook Atsawadej Salaauyporn*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ชัยนาท ประเทศไทย 17000
Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Chainat, Thailand 17000

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความปวดต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของฟิชเชอร์,ฟิชเชอร์, และฮาร์แมน ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินอาการปวด และแบบคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความปวด, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ระดับความปวด, ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม, ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of pain management program on self-care behavior, pain level and severity of osteoarthritis in older adult with knee osteoarthritis. The sample group consisted of 42 older adult with knee osteoarthritis who received treatment at the orthopedic surgery department, Jainad Narendra Hospital. They were divided into an experimental group and

*Corresponding author E-mail address: Atsawadej2905@gmail.com

วันที่รับ (Received) 16 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 25 ส.ค 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 6 ก.ย. 2568

a comparison group, 21 people in each group. The instruments used in the experiment was pain management program for older adult with knee osteoarthritis by applying the theory of information, motivation, and skill development of Fisher, Fisher, and Harman. The duration of the experiment was 8 weeks. The instruments used for data collection were a self-care behavior questionnaire, a pain assessment form, and a screening form for the severity of osteoarthritis. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research results found that 1. After the experiment, the experimental group had better self-care behavior than before the experiment and had lower pain levels and severity of osteoarthritis than before the experiment, with statistical significance at the .05 level. 2. After the experiment, the experimental group had better self-care behavior than the comparison group and had lower pain levels and severity of osteoarthritis than the comparison group, with statistical significance at the .05 level.

Keywords: pain management program, self-care behavior, pain level, severity of osteoarthritis, older adult with knee osteoarthritis

บทนำ

ประชากรวัยผู้สูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุทั้งในระดับประเทศและระดับโลก จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 15 คิดเป็นจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคข้อเสื่อมโดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม ประมาณ 130 ล้านคน[1] เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 19.97 ในปี 2566 และพบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบว่ามี ผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกและข้อมากกว่า 6 ล้านคน โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุดคือข้อเข่า โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นโดยพบได้ร้อยละ 80-90 ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีและพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย[2] จังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 3 และเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมารับการรักษาในโรงพยาบาลชัยนาทเรนทร ในปี พ.ศ. 2565 -2567 จำนวนสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ[3]

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นกับทุกคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากเป็นข้อที่รับน้ำหนักและใช้งานมาก ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมหากไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม อาการของโรคจะดำเนินไปเรื่อย ๆ อาการปวดข้อเรื้อรังที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อภาวะจิตสังคม เกิดความเครียดที่ต้องพึ่งพาการดูแล จุดมุ่งหมายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ คือ ช่วยบรรเทาอาการปวด ช่วยให้หน้าที่การใช้งานของข้อกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด 4 อาการปวดข้อเป็นอาการเด่นที่สุดของโรคข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นการหาแนวทาง

ในการบรรเทาอาการปวดข้อเข่าจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการสร้างเสริมและป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การให้ความรู้เรื่องโรคและคำแนะนำในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้โรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองเพื่อบรรเทา ควบคุมและป้องกันผลกระทบที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อมได้ [5]

ความรู้ถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนเรารับรู้และตระหนักถึงภยันตรายของโรคที่ตนเองเป็น การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องใดๆ เป็นอย่างดีแล้ว จะช่วยส่งเสริมให้สามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และการให้ความรู้ที่ได้ผลนั้น จะต้องน่าเชื่อถือและมาจากบุคลากรทางสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ มีการกระตุ้นเตือนอยู่เสมอ รูปแบบที่เหมาะสมพบว่า ควรเป็นกลุ่มย่อย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเดียวกัน และการใช้สื่อการสอนที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ดังนั้น ความรู้ที่

สำคัญที่ควรให้กับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมจึงควรเป็นข้อความและภาษาที่เข้าใจง่ายและเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดข้อเข่าเสื่อม อาการและอาการแสดง ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุม รวมทั้งควรยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดมโนภาพเกี่ยวกับภาวะคุกคามสุขภาพของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้และตื่นตัวในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงและเกิดโรคและผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว[6] สอดคล้องกับคำกล่าวของฟิชเชอร์, ฟิชเชอร์, และฮาร์แมน[7] ที่ว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีนั้นต้องเกิดจากการได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้องรวมทั้งการรับรู้ประโยชน์และรับรู้อันตราย หากละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจะทำให้โรครุนแรงขึ้นและมีความเสื่อมมากขึ้น

จากรายงานของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่มีการติดตามยี่ยมผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความปวดเรื้อรัง[3] ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อม เพื่อบรรเทาความปวดและชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

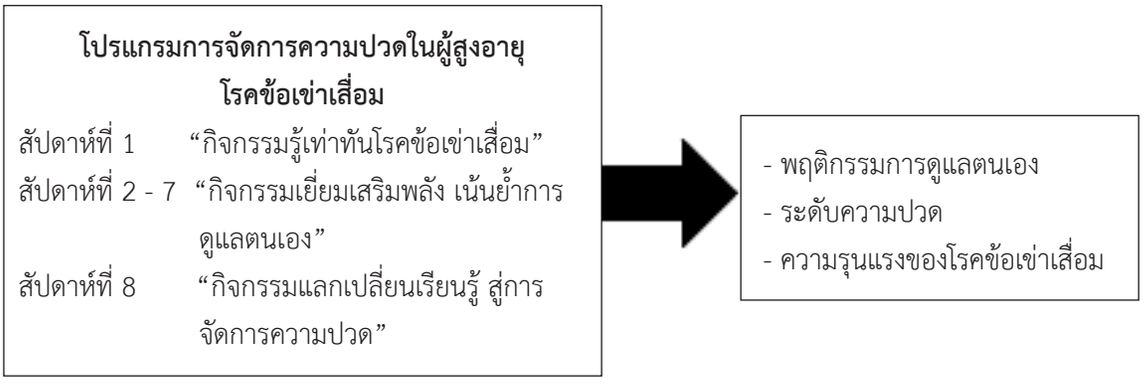
1. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะของฟิชเชอร์, ฟิชเชอร์, และฮาร์แมน[7] ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร (information) ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดเข่า 2) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) โดยการใช้ตัวแบบที่มีชีวิตและการสนับสนุนโดยการใช้คำพูดเสริมแรงจากผู้วิจัย และ 3) การพัฒนาทักษะ สอนและทดลองฝึกปฏิบัติการบริหารข้อเข่า



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pre-test Post-test Design) ระหว่างเดือนมีนาคม 2568 ถึงเดือนเมษายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษา ณ แผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาล ชัยนาทนเรนทร จำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีข้อเข่าเสื่อมที่ถูกประเมินด้วยแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) 3) สามารถสื่อสารพูดคุยได้รู้เรื่อง และ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรงในระยะที่ควบคุมไม่ได้ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G* Power โดยคณะผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของพรทิพย์ พรหมแทนสุด สุทธีพร มูลศาสตร์ และดนัย หีบท่าไม้ 8 เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความปวดร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม นำมาคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.21 โดยมีค่ามากกว่า 0.80 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 42 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 21 คน ด้วยวิธีจับคู่ (matched-pairs) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความปวดในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ใช้เวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “กิจกรรมรู้เท่าทันโรคข้อเข่าเสื่อม” เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยสาธิตและให้กลุ่มทดลองฝึกบริหารข้อเข่า รวมทั้งการใช้ตัวแบบที่เป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการดูแลตนเองที่ถูกต้องทำให้อาการปวดเข่าลดลงอย่างชัดเจน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2 - 7 “กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลัง เน้นย้ำการดูแลตนเอง” เป็นการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ประเมินการปฏิบัติตัว สอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 “กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู่การจัดการความปวด” เป็นการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการสนทนากลุ่ม แลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ร่วมกันในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลคะแนน เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 46.68-60.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง คะแนน 33.34-46.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับปานกลาง และคะแนน 20.00-33.33 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับต่ำ

2.2 แบบประเมินอาการปวด เป็นมาตรวัดความปวดข้อเข่าแบบตัวเลข (Numeric Rating Scales: NRS)[9] มีลักษณะเป็นช่องมีตัวเลขตั้งแต่ 0-10 ในการตอบให้ทำเครื่องหมายกากบาท (X) ในช่องตัวเลขตามความรู้สึก

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ไม่ปวดเลย ปวดมากที่สุด

การแปลความหมายของค่าอาการปวด แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่รู้สึกเจ็บปวดเลย 1-3 หมายถึง ความรู้สึกปวดเล็กน้อย 4-6 หมายถึง ความรู้สึกปวดปานกลาง 7-9 หมายถึง ความรู้สึกปวดมาก 10 หมายถึง ความรู้สึกปวดมากจนรู้สึกทนไม่ได้

2.3 แบบคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[10] มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ มีคะแนนรวมสำหรับการประเมินทั้งหมดตั้งแต่ 0-48 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-19 คะแนน หมายถึง เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง 20-29 คะแนน หมายถึง มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง 30-39 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมระดับเล็กน้อย และ 40-48 คะแนน หมายถึง ยังไม่พบอาการผิดปกติ

คุณภาพของเครื่องมือ

1. นำโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาและคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และ 0.93 ตามลำดับ

2. นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แต่มีสิ่งแวดล้อมและคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน นำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยนาทนเนทร หมายเลข 03.1/2568 วันที่รับรอง 14 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่

2. จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มและทั้งสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน(Dependent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 52.38 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.67 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.14 ดัชนีมวลกาย 25.00 – 29.90 ร้อยละ 61.90 ระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 6 – 10 ปี ร้อยละ 76.19

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.09 อายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 57.14 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.43 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.43 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.38 ดัชนีมวลกาย 25.00 – 29.90 ร้อยละ 61.90 ระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 6 – 10 ปี ร้อยละ 71.43

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 21)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	32.65	7.71	8.03	.001**
หลังการทดลอง	47.09	8.02		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	32.41	6.69	2.11	.69
หลังการทดลอง	34.11	7.94		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32.65	7.71	1.96	.87
กลุ่มเปรียบเทียบ	32.41	6.69		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	47.09	8.02	7.97	.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.11	7.94		

** p<.05

จากตาราง 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 21)

ระดับความปวด	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	8.41	1.65	6.97	.001**
หลังการทดลอง	2.60	0.43		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	8.33	1.53	2.04	.76
หลังการทดลอง	7.94	1.17		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	8.41	1.65	2.11	.81
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.33	1.53		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	2.60	0.43	7.33	.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.94	1.17		

** p<.05

จากตาราง 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 21)

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม	M	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	18.03	4.33	6.93	.001**
หลังการทดลอง	32.11	4.49		
กลุ่มเปรียบเทียบ				
ก่อนการทดลอง	18.27	3.97	2.09	.84
หลังการทดลอง	21.64	3.88		
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	18.03	4.33	1.94	.79
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.27	4.46		
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	32.11	4.49	7.13	.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	21.64	3.88		

** p<.05

จากตาราง 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกระบวนการของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ สามารถอธิบายได้ว่า 1) การให้ข้อมูลข่าวสาร เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลมีกระบวนการคิดและนำมาประกอบการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม[7] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลในเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมและการดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดเข่า รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อสร้างความความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง 2) มีการสร้างแรงจูงใจ โดยการใช้ตัวแบบที่มีชีวิต ซึ่งได้แก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้วิจัยมีการสนับสนุนโดยการใช้คำพูดเสริมแรงในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองรับรู้ว่าตนสามารถที่จะดูแลตนเองได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้สึกคล้อยตาม และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และ 3) มีการฝึกทักษะ โดยการสาธิตและให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองฝึกบริหารข้อเข่า แจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุทางโทรศัพท์หรือทางไลน์เพื่อกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ประเมินการปฏิบัติตัว สอบถามปัญหาและอุปสรรค ให้คำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดแรงผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน[11] พบว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับ

ความรู้ จะมีพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ดีขึ้น อาการปวดเข่าลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม โดยมีการบรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะในการบริหารข้อเข่า ทำให้ผู้สูงอายุมีการบริหารกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อรอบเข่าและเข่า ซึ่งจะช่วยในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น กระตุ้นให้มีระบบไหลเวียนทำงานได้ดีขึ้น ส่งผลให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพดีขึ้น เป็นวิธีการที่ช่วยลดอาการปวดข้อเข่าได้ดี[6] ประกอบกับการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบเข่า ช่วยให้ข้อเข่ามีความแข็งแรงมากขึ้น ทำให้อาการปวดเข่าของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้น[12] สอดคล้องกับการวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ที่มารับการรักษา ณ คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี[13] พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดของข้อเข่าน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม[14] พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังการใช้โปรแกรมบรรเทาอาการปวดเข่าด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมได้กำหนดให้กลุ่มทดลองมีการบริหารข้อเข่าอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการบริหารข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อและป้องกันการติดของข้อเข่า เพิ่มความแข็งแรง ความทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อรอบเข่า เพิ่มความมั่นคงและความคล่องตัวของข้อเข่า ส่งผลให้ความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ตำบลไชยสถาน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน 5 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน 15 พบว่า หลังการทดลองทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการความปวดที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุ ข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งมีระดับความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมการจัดการความปวดในผู้สูงอายุโรค ข้อเข่าเสื่อมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะกับผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทรซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยการนำโปรแกรมไปใช้กับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาปรุงปรุงกิจกรรมในโปรแกรม ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวและมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อดูความต่อเนื่องและผลของการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดความปวดและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

References

1. World Health Organization. Osteoarthritis. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Department of Older Persons. Situation of Thai older persons 2023. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2024. (in Thai)

3. Medical records department. Annual statistical report. Chainat: Jainad Narendra Hospital; 2022. (in Thai)
4. Thitikunpatthanawadee S, Kanjanasit W, & Sethpattaraphol P. Nurse Practitioner's Role to Reduce Osteoarthritis Pain in Patients with Knee Osteoarthritis by Using the Thigh Muscle Exercise Program. Christian University of Thailand Journal. 2018; 24(4): 636-46. (in Thai)
5. Lamcharoen N, Potisupsuk C, & Nuysri M. Effects of a Self-Care to Reduce Knee Pain Program Among Elderly with Knee Osteoarthritis, Chaisatan Subdistrict, Muangnan District, Nan Province. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(3): 107-16.(in Thai)
6. Kankayant C, Charoennukul A, & Wayo W. Delaying Knee Osteoarthritis Prior to Advancing Age. Ramathibodi Nursing Journal. 2020; 26(1): 5-17. (in Thai)
7. Fisher WA, Fisher JD, & Harman J. The Information-Motivation- Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health and Illness. Malden: Blackwell; 2013.
8. Phomtaensut P, Moolsart S, & Heebthamai D. Effectiveness of a pain management and environmental adjustment program for elderly with knee osteoarthritis. Thai Journal of Nursing. 2018; 67(4): 34-43. (in Thai)
9. McCaffery M, & Pasero, C. Pain Clinical Manual. Mosby: St. Louis; 1999.
10. Ministry of Public Health, Department of Health. Elderly health record book. 5th ed. Bangkok: Kaewjaojom Printing Press Center; 2015. (in Thai)
11. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, & Markland D. Motivation, Self-Determination, and Long-term Weight Control. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2021; 18(2): 22-35.
12. Poontong S, Buapetch A, & Isaramalai S. Development of Self- Care Promotion Program for the Elderly in Rubber Tapper with the Rubber Ring Stretching Exercise and Modified Work Improvement to Reduce Knee Pain. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(Supplement): 118-27. (in Thai)
13. Muttujud P, & Nititham A. The Effectiveness of a Health Promotion Program to Reduce Osteoarthritis in Knee Pain Patients at Thai Traditional Clinic in Nong Suea Hospital, Pathum Thani Province. Advanced Science Journal. 2020; 20(1): 70-89. (in Thai)
14. Billee J. The Effects of Self- Knee Pain Relief Program in Elderly with Osteoarthritis. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2018; 1(2): 42-51. (in Thai)
15. Utarasak J. Effects of Informational-Motivation and Skill Development Programs on Osteoarthritis Severity and Body Weight in Overweight Osteoarthritis of Knee Older Adults, Lamphun Hospital. Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health.2024; 14(1): 45-56. (in Thai)

ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก

Result of Developmental Care of Spiritual Health of the Elderly before and after Cataract Surgery

มุกดา สีตลานุชิต*[1] จันทนา พึ่งตน[2] น้ำผึ้ง ประสพทรัพย์[2]
Mukda Seethalanuchit*[1] Chantana Phungton[2] Nampung prasobsub[2]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยชินวัตร,ปทุมธานี ประเทศไทย 12160**
[1]**Faculthy of Nursing, Sningnawat University, PathumThani, Thailand, 12160**
[2]**โรงพยาบาลปทุมธานี ปทุมธานี ประเทศไทย 12000**
[2]**PathumThani Hospital, PathumThani, Thailand, 12000**

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่มารับการผ่าต้อกระจกที่โรงพยาบาลปทุมธานีจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณและแบบประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองและตรวจสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาค่าเท่ากับ .88 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 เก็บข้อมูลโดยประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนการให้ความรู้การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นเวลา 1 วัน และ ประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนและเปรียบเทียบโดยค่าที ผลการวิจัยพบว่าการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมากทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก ผลเปรียบเทียบการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยหาค่าที มีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และผลเปรียบเทียบในประสบการณ์การปฏิบัติต่อความมีความหมายในชีวิต ก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยหาค่าที มีความแตกต่างทางสิถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ได้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุทั้งการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตและประสบการ์การปฏิบัติต่อความมีความหมายในชีวิตหลังผ่าตัดต้อกระจก ดังนั้นควรมีการประยุกต์แนวทางการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ, การผ่าตัดต้อกระจก, ผู้สูงอายุ, ความมีความหมายในชีวิต

Abstract

This quasi-experimental research has the objective of studying the result of developmental care on the spiritual health of the elderly before and after cataract surgery. The sample used a purposive sampling method to choose the elderly persons who came to receive cataract surgery at Pathum Thani Hospital, totaling 30 persons. The research tools were Guidelines in Developmental Care of Spiritual Health and the Self-Spiritual Health Care Assessment Test, which tested for confidence of another sample group with similar

Corresponding Author: *Emai: mukda.s@siu.ac.th

วันที่รับ (Received) 17 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Acepted) 23 ส.ค. 2568

characteristics to this sample group, totaling 30 persons. The content validity index was .88, and Cronbach's Alpha Coefficient was .98. Data collection involved assessing spiritual healthcare before providing knowledge on spiritual healthcare, and then assessing spiritual healthcare one week after the operation. Data analysis and presentation with frequencies, percentages, means, standard deviations, and compared t-values. The research result found that the spiritual health care in the elderly was very good both before and after the cataract surgery. Comparative result of giving importance to meaning of life before and after cataract surgery from comparing t-values was different significantly ($p<.05$) and the comparative result in practical experience of meaning of life before and after cataract surgery from t-values was also significantly different ($p<.05$). The research result shows the developmental care of spiritual health care affects spiritual health care of the elderly both in giving the importance of the meaning of life and practical experience of the meaning of life after the surgery so there should be an application to the guidelines of spiritual health care in continual spiritual health care in the elderly persons.

Keywords: Spiritual health care, Cataract surgery, Elderly persons, Meaning of life

บทนำ

ประเทศไทยภาย ในปี 2568 ได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) จำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ในประชากรทุก ๆ 5 คน[1] โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยอาจเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ร้อยละ 95 เป็นต้อกระจกที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมตามอายุ[2]

ต้อกระจกเป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการขุ่นของ "เลนส์ตา" โดยปกติเลนส์ตาจะมีลักษณะใส ทำหน้าที่รวมแสงให้ตกลงบนจอประสาทตาทำให้เกิดการมองเห็นภาพ เมื่อเกิดต้อกระจก จอประสาทตาจะรับแสงได้ไม่เต็มที่ ทำให้การมองเห็นผิดปกติไป อาจมีสายตาพร่ามัวเหมือนมองผ่านกระจกฝ้า ยิ่งเลนส์ตาขุ่นมากขึ้น การมองเห็นจะลดน้อยลงตามลำดับ[3] จากผลศึกษาการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับสูง ($M = 76.03$, $SD = 8.64$)[4] การเตรียมพร้อมในการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกจึงควรดำเนินการก่อนรับการผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในการผ่าตัดต้อกระจกเพื่อการสร้างความสมดุลทางจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญ แนวคิดดังกล่าวต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ดูแลสุขภาวะทางจิตวิญาณโดยพัฒนาการเชื่อมโยงกับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบนในมิติทางจิตวิญญาณด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัยอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดีทางจิตวิญญาณทั้ง 4 ด้านในมิติทางจิตวิญญาณ[5] คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกเพื่อการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณให้ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก
2. เปรียบเทียบการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและการผ่าตัดต้อกระจก
3. การเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก

สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจกก่อนและหลังผ่าตัดอยู่ในระดับดี
2. ผลการเปรียบเทียบการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและการผ่าตัดต้อกระจกมีความแตกต่างกัน
3. ผลการเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจกมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยได้แนวคิดการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก[3] การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองต้องเสริมการดำรงค์อยู่ของมิติทางจิตวิญญาณทั้ง 4 ด้านตามลำดับได้แก่ สิ่งศรัทธาเบื้องบน บุคคล สิ่งแวดล้อมและตนเอง อย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งความมีความหมายต่อชีวิตของคนๆนั้นด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัย[5] การสอนการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณทั้ง 4 มิติ ย่อมส่งผลต่อการให้ความสำคัญต่อความมีความในชีวิตทั้ง 4 ด้านและสร้างประสบการณ์ปฏิบัติการต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนผ่าตัดต่อกระจกจะเป็นผลของการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง quasi-experimental research โดยการให้ผู้สูงอายุให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามกรอบแนวคิดของการวิจัยในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณตามขั้นตอนของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระจก ณ.โรงพยาบาลปทุมธานีในปีพ.ศ.2567-2568

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระจก ณ โรงพยาบาลปทุมธานี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปโดยหลังการผ่าตัดมีผลต่อการมองเห็นดีขึ้น

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกที่ยินดีเข้าร่วมรับการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเอง

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือการสอนการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นภาพเชื่อมโยงการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองต้องเสริมการดำรงค์อยู่ของมิติทางจิตวิญญาณทั้ง 4 มิติตามลำดับได้แก่ สิ่งศรัทธาเบื้องบน บุคคล สิ่งแวดล้อมและตนเอง อย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งความมีความหมายต่อชีวิตของคนๆนั้นด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัย[5]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของระดับการศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ และการพักอาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองในผู้สูงอายุพัฒนาจากเครื่องมือประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health And Life-Orientation Measure [SHALOM])[5] โดยประเมินตนเองใน 2 ส่วน ได้แก่ 1) การให้ความสำคัญในสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิต และ 2) ประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิต โดยใช้ประเมินทั้ง 2 ส่วนทั้งก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก โดยตอบใน 5 ระดับ จาก น้อยที่สุด-มากที่สุด โดยมีรายละเอียดที่แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ คือ ด้านตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบน และการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะประเมินจากส่วนต่างระหว่างการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตและประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความมีความหมายในชีวิต

เกณฑ์การประเมิน

1. เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ยการให้ความสำคัญและประสบการณ์ที่มีต่อความมีความหมายในชีวิต 4.50 –5.00 = มากที่สุด, 3.50– 4.49 = มาก, 2.50–3.49 = ปานกลาง, 1.50–2.49 = น้อย, 1.00–1.49 = น้อยที่สุด[5]

2. เกณฑ์การประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ โดยเป็นส่วนต่างระหว่างการให้ความสำคัญและประสบการณ์ที่มีต่อความมีความหมายในชีวิต ผลต่างค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 1= ดีมาก, 1-1.499=ดี, 1.50-2=ปานกลาง, มากกว่า 2 = ระดับน้อยหรือเป็นทุกข์[5]

การตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. เครื่องมือการสอนการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยพัฒนาภาพเชื่อมโยงการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองต้องเสริมการดำรงค์อยู่ของมิติทางจิตวิญญาณทั้ง 4 มิติตามลำดับได้แก่ สิ่งศรัทธาเบื้องบน บุคคล สิ่งแวดล้อมและตนเอง อย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งความมีความหมายต่อชีวิตของคนๆนั้นด้วยความรัก ความไว้วางใจ และการให้อภัย[5]

2. แบบสอบถามการดูแลทางสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการอนุญาตการใช้จากฟิชเชอร์[5] เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบ

ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ทางภาษาด้านสังคมศาสตร์และมนุษย์ศาสตร์ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 1คน อาจารย์ทางด้านจิตวิทยาผ่านการศึกษาทางจิตวิญญาณ 1 คน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ค่า CVI เท่ากับ .88[6]

3. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) การดูแลทางสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองในผู้สูงอายุ โดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .98[7]

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 24/28 วันที่ 22 สิงหาคม 2567 โดยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มหลังจากเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและผ่านการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการเป็นรายบุคคลเพื่อความเป็นส่วนตัวตามลำดับดังนี้ 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม 2. สอนแนวทางการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณโดยใช้ภาพประกอบก่อนรับการผ่าตัดต้อกระจก 3. เตรียมการผ่าตัดกระจกและดูแลหลังการผ่าตัดต้อกระจก 1 วัน 4. ประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองหลังแพทย์นัดมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยจำแนกความถี่และร้อยละ

2. การวิเคราะห์การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลทางสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยประเมินจากส่วนต่างระหว่างการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตกับประสบการณ์การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิต วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย จำแนกตามรายด้านได้แก่ ด้านตนเอง บุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบน โดยเป็นส่วนต่างระหว่างการให้ความสำคัญและประสบการณ์ที่มีต่อความมีความหมายในชีวิต

2.2 เปรียบเทียบผลต่างระหว่างการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก โดยหาค่าที (Paired t-test)

2.3 เปรียบเทียบผลต่างระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความหมายในชีวิตทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก โดยหาค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ประกอบด้วย เพศหญิง 15 คน และเพศชาย 15 คน อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 63.33 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 33.33 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 3.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานะ โสด ร้อยละ 3.33 สมรสร้อยละ 66.66 หม้ายร้อยละ 30 รายได้ต่อเดือน 600-800 บาท ร้อยละ73.33 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 800 บาท ร้อยละ26.6 พักอาศัยกับครอบครัวร้อยละ 90 พักอาศัยเดี่ยว ร้อยละ 10

2. ผลการประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ พบว่าผลการประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจกพบว่าอยู่ในระดับดีมาก ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 การประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้อกระจก

การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณก่อนการผ่าตัด	การให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิต		ประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิต		การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. ด้านตนเอง	3.75	มาก	3.5	มาก	0.25	ดีมาก
2. ด้านผู้อื่น	4.08	มาก	4.11	มาก	-0.03	ดีมาก
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.82	มาก	3.97	มาก	-0.15	ดีมาก
4. ด้านสิ่งศรัทธาสูงสุด	3.47	มาก	3.38	มาก	0.09	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย	3.78	มาก	3.82	มาก	0.04	ดีมาก

จากตารางที่ 1 พบว่าการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้อกระจกอยู่ในระดับดีมาก โดยการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตในระดับมากและประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตในระดับมาก

ตารางที่ 2 การประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดต้อกระจก

การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณหลังการผ่าตัด	การให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิต		ประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิต		การดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. ด้านตนเอง	4.73	มากที่สุด	4.58	มากที่สุด	0.15	ดีมาก
2. ด้านผู้อื่น	4.7	มากที่สุด	4.64	มากที่สุด	0.06	ดีมาก
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.5	มากที่สุด	4.56	มากที่สุด	-0.06	ดีมาก
4. ด้านสิ่งศรัทธาสูงสุด	3.62	มาก	3.53	มาก	0.09	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย	4.37	มาก	4.33	มาก	0.06	ดีมาก

จากตารางที่ 2 พบว่าการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดต้อกระจกอยู่ในระดับดีมาก โดยการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตในระดับมากและประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตในระดับมาก ส่วนการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตในระดับมากและประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตที่ได้ระดับมากที่สุดได้แก่ด้านตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

3. ผลการเปรียบเทียบการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังผ่าตัดต้อกระจก

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก

การให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิต	จำนวน	mean	S.D.	t-test	df	p
การให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนการผ่าตัดต้อกระจก	30	3.78	0.24	4.33	19.00	.001
การให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตหลังการผ่าตัดต้อกระจก	30	4.37	0.48			

จากตารางที่ 3 พบว่าผลการเปรียบเทียบในการให้ความสำคัญต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก (n=30) โดยหาค่าที (Paired t-test) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$)

4. การเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบมิติทางจิตวิญญาณในประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก

ประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิต	จำนวน	Mean	S.D.	t-test	df	p
ประสบการณ์การปฏิบัติก่อนการผ่าตัดต้อกระจก	30	3.82	0.43	6.0755	19.00	.001
ประสบการณ์การปฏิบัติหลังการผ่าตัดต้อกระจก	30	4.33	0.43			

จากตารางที่ 4 พบว่าผลการเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิบัติที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก (n=30) โดยหาค่าที (Paired t-test) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัดต้อกระจกพบว่าอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 1) โดยประเมินก่อนการสอนการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และประเมินการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดกระจก 1 สัปดาห์ พบว่าผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก (ตารางที่ 2) โดยการมองเห็นที่ดีขึ้นจะมีผลต่อประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในระดับดีมากโดยด้านตนเอง สิ่งแวดล้อมและผู้อื่นมีระดับมากที่สุดสอดคล้อง กับการศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมในมิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ต้องทำให้ ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง[8] และสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น[9] ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรมและมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2. ผลการเปรียบเทียบการให้ความสำคัญที่มีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัด (n=30) โดยหาค่าที (Paired t-test) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05) (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต้อกระจกก่อนและหลังทำผ่าตัดต้อกระจกที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง[10] พบว่าคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้าน หลังผ่าตัดต้อกระจกสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการให้แนวทางการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณและหลังการผ่าตัดต้อกระจกทำให้ทางการมองเห็นดีขึ้นย่อมส่งผลต่อความมีความหมายในชีวิตด้านตนเอง สิ่งแวดล้อมและผู้อื่นในระดับมากที่สุด

3. ผลการเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัด (n=30) โดยหาค่าที (Paired t-test) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p<.05) (ตารางที่ 4) จะเห็นว่า หลังการผ่าตัดต้อกระจกผู้สูงอายุมีการพัฒนาแนวทางการสร้างประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตที่เพิ่มมากขึ้นในการเชื่อมโยงตนเองกับตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อม และสิ่งศรัทธาเบื้องบนด้วยความรัก การให้อภัยและความไว้ไว้ใจ โดยการมองเห็นที่ดีขึ้นจะมีผลต่อประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในระดับดีมากโดยด้านตนเอง สิ่งแวดล้อมและผู้อื่นมีระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3) ย่อมส่งผลต่อการทำประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตได้มากกว่าก่อนผ่าตัดต้อกระจก (ตารางที่4) ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง[11] ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก มีคะแนนการปฏิบัติตัวสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) โดยการมองเห็นที่ดีขึ้นจะมีผลต่อประสบการณ์การปฏิบัติมีต่อความมีความหมายในชีวิตการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในระดับดีมากโดยด้านตนเอง สิ่งแวดล้อมและผู้อื่นมีระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำแนวการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณไปพัฒนาผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและชุมชนต่อไป

2. นำแนวการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาในนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาวะทางจิตวิญญาณของตนเองในนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ

References

1. ThaiHealth Official. Thailand is about to enter a full-fledged aging society in 2025. Ministry of Public Health. 2024. (in Thai)
2. Kitnarong P. Cataracts are a threat to the quality of life of the elderly. ThaiHealth Official.2014. (in Thai)
3. American academy of ophthalmology. Lens and cataract section 10 2016- 2017. Basic andclinical science course;2016.
4. Ratanamaitrekear R, & Piphatvanitcha N. Factors Related to Spiritual Needs Among Older Adults Patients Undergoing Elective Surgery. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37 (2):14-26. (in Thai)
5. Fisher J W. Development and Application of a Spiritual Well-being Questionnaire called SHALOM. Religions Journal. 2010; 105-21.
6. Polit D F & Beck C T Nursing research: Principles and methods. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins;2004.
7. Polit D F Statistics and data analysis for nursing research (2nded.). New Jersey: Pearson Education Limited; 2010.
8. Jandai R. Guidelines for Systematic Development of Wholistic Health Promotion for the Elderly in Nakhon Nonthaburi Municipality, King Prajadhipok's Institute. 2018;16(1): 96-110. (in Thai)
9. Kaewkerd O, Khavans N, Dankasai C, Intarachaisri S, Songchan S, Thongon R, et al. Outcomes of the Buddhist spiritual well-being Promotion program on quality of life and levels of spiritual satisfaction among early elderly caregivers. Journal of Health and Environmental Education. 2024; 9 (1):239-48. (in Thai)
10. Meeharnpong P. The Quality of Life of Cataract Patients before and after Cataract Surgery at General Hospital, Singburi Hospital Medical Journal. 2018; 27(1): 31-41. (in Thai)
11. Lapchurat A. Effects of health-promoting programs and prevention of post-operative complications toward-knowledge and practice for cataract surgery elderly patients, Surathani Hospital Region. Reg 11 Medical Journal. 2018; 32(3).1099-112. (in Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว

Factors Related to Self-Care Behaviors of Recurrent Coronavirus 2019 Infected Individuals and Their Family Members

วิชุดา แสงทอง นิศาชล บุบผา*
Wichuda Saengthong Nisachon Bubpa*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 163 ครอบครัว เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามมี 2 ชุด 1) สำหรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 2) สำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.17$, $P = 0.03$) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ($r = 0.55$, $P = 0.00$) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r = 0.49$, $P = 0.00$) 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อ ได้แก่ ประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ ($\chi^2 = 0.21$, $P = 0.01$) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ($r = 0.26$, $P = 0.00$) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ($r = 0.50$, $P = 0.00$) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($r = 0.56$, $p = 0.00$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว

Abstract

The descriptive correlational research aimed to study the relationship between factors related to self-care behaviors of individuals with recurrent coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection and their family members. The sample consisted of 163 families of individuals with recurrent COVID-19 infection and their family members. The research tools included two sets of questionnaires: 1) for individuals with recurrent COVID-19 infection, with a content validity index of 0.84 and a reliability coefficient of 0.93; and 2) for family members of individuals with recurrent COVID-19 infection, with a content validity index of 0.86 and a reliability coefficient of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and correlational analysis.

Corresponding Author: *E-mail: nisachon@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 11 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 3 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 พ.ย. 2567

The study results revealed that: 1) Factors related to self-care behaviors of individuals with COVID-19 reinfection included knowledge about COVID-19 (r = 0.17, P = 0.03), health belief factors (r = 0.55, P = 0.00), and cues to action (r = 0.49, P = 0.00). 2) Factors related to self-care behaviors of family members of individuals with COVID-19 reinfection included history of vaccination against COVID-19 (χ^2= 0.21, P = 0.01), knowledge about COVID-19 (r = 0.26, P = 0.00), health belief factors (r = 0.50, P = 0.00), and cues to action (r = 0.56, P = 0.00).

Keywords: Factors related to self-care behaviors, Individuals with recurrent coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection and their family members

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสที่พบได้ในสัตว์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ และมีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่สามารถก่อโรคในคนได้ และมีการระบาดระหว่างคนสู่คน ซึ่งไวรัสโคโรนา ที่ระบาดในปัจจุบัน เริ่มมีการระบาดครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน และต่อมามีการแพร่ระบาดไวรัสไปทั่วโลก[1] โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายแรกของประเทศไทย ในวันที่ 13 มกราคม 2563 ต่อมามีการรายงานพบผู้ติดเชื้อทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ โดยโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด อาการไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ ซึ่งผู้ป่วยที่แพร่เชื้อมีทั้งผู้ที่มีอาการน้อยหรืออาจไม่มีอาการ[2] ปัจจุบันจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ยังพบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และยังมีรายงานการเกิดการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ ในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งการติดต่อของเชื้อโควิด 19 เกิดจากการแพร่กระจายของละอองขนาดเล็ก เมื่อมีการไอจามหรือมีการพูดคุย หากมีการหายใจเอาละอองเข้าไปจึงทำให้เกิด การติดเชื้อ และเมื่อละอองตกลงบนวัตถุหรือพื้นผิว เช่น เก้าอี้ โต๊ะ ราวจับ ลูกบิดประตู เป็นต้น หากบุคคลได้สัมผัสวัตถุหรือพื้นผิวดังกล่าว แล้วนำไปสัมผัสปาก ดวงตา หรือจมูก อาจทำให้ได้รับเชื้อได้[3]

แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 จะดีขึ้น ตัวเลขผู้ติดเชื้อ รวมทั้งจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง แต่ด้วยนโยบายด้านการป้องกันโรคที่มีผ่อนคลาย ทำให้คนที่เคยติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสติดเชื้อซ้ำ ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ นั้นคือบุคคลที่หายจากการติดเชื้อแล้ว และภายหลังมีการตรวจพบเชื้ออีกครั้ง ซึ่งการติดเชื้อใหม่อาจเกิดจากการติดเชื้อสายพันธุ์เดิมหรือจากการติดเชื้อสายพันธุ์ใหม่ได้ การที่ติดเชื้อซ้ำยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาและการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ และยังพบว่ามีการกลายพันธุ์ของเชื้อในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งนำไปสู่การดื้อต่อการรักษาและการฉีดวัคซีนได้[4] และจากการศึกษาผลกระทบภายหลังการติดเชื้อโควิด 19 ยังพบ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น มีอาการเหนื่อยง่ายขึ้น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะบ่อยๆ จมูกแห้ง เวลาอากาศเปลี่ยนแปลงจะมีเสมหะง่ายขึ้น ผมร่วงในช่วงแรกๆ ความนึกคิดช้าลง หายใจไม่เต็มปอด จมูกได้กลิ่นน้อยลง และลิ้นรับรสน้อยลง ผลกระทบด้านจิตใจ เช่น กลัวติดเชื้อซ้ำ รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันที่ต้องระวังตัว เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อโควิด 19 รู้สึกกังวลเวลาไปพบเจอบุคคลอื่นในช่วงแรกๆ กังวลเกี่ยวกับอาการผมร่วง และผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจข้อมูล เช่น ไม่ได้สื่อสารพูดคุยกับคนในครอบครัวญาติและเพื่อน มีเรื่องที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การใช้ชีวิตในสังคมที่ต้องระวังตนเองมากขึ้น การเดินทาง งดเดินทางโดยรถสาธารณะให้ปรับมาใช้รถยนต์ส่วนตัว ทำให้มีผลต่อเรื่องเศรษฐกิจในครอบครัวที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และเรื่องค่าสุขอนามัยส่วนบุคคลภายในครอบครัว เช่น การซื้อแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัย เป็นต้น[5]

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัย ในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบมีผู้ติดเชื้อโควิด 2019 ซ้ำ ดังกรณีศึกษา 4 ราย จะเห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ของโรค โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ และสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้เหมาะสม เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการติด

เชื้อมาก่อน และรับรู้จากสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต แผ่นป้ายความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานสาธารณสุข ได้รับการแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. ในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การกักตัวที่บ้านก่อให้เกิดข้อจำกัด ได้แก่ พื้นที่จำกัดไม่สามารถแยกห้องนอนห้องน้ำได้ ขาดสิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และการดูแลเด็กเล็กที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า การที่ผู้ติดเชื้อ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้นั้น จะต้องมีการความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้[6] และการดูแลของสมาชิกในครอบครัว จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ติดเชื้อมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน อีกทั้งมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความหลากหลาย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจว่าอะไรที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการติดเชื้อซ้ำ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้โรค โควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ความรุนแรง สิ่งชักนำในการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19[7] และยังปัจจัยต่างๆ ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้[7] ซึ่งความเชื่อเป็นองค์ประกอบในตัวบุคคลที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามความเชื่อหรือการรับรู้นั้นๆ การมีความเชื่อที่ถูกต้องหรือการรับรู้ที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจกระตุ้นให้ ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจภายหลังการติดเชื้ออย่าง[6] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว ในปัจจุบันยังมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำเพิ่มมากขึ้น การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการนำไปจัดกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ และวางแผนให้ความรู้ด้านสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

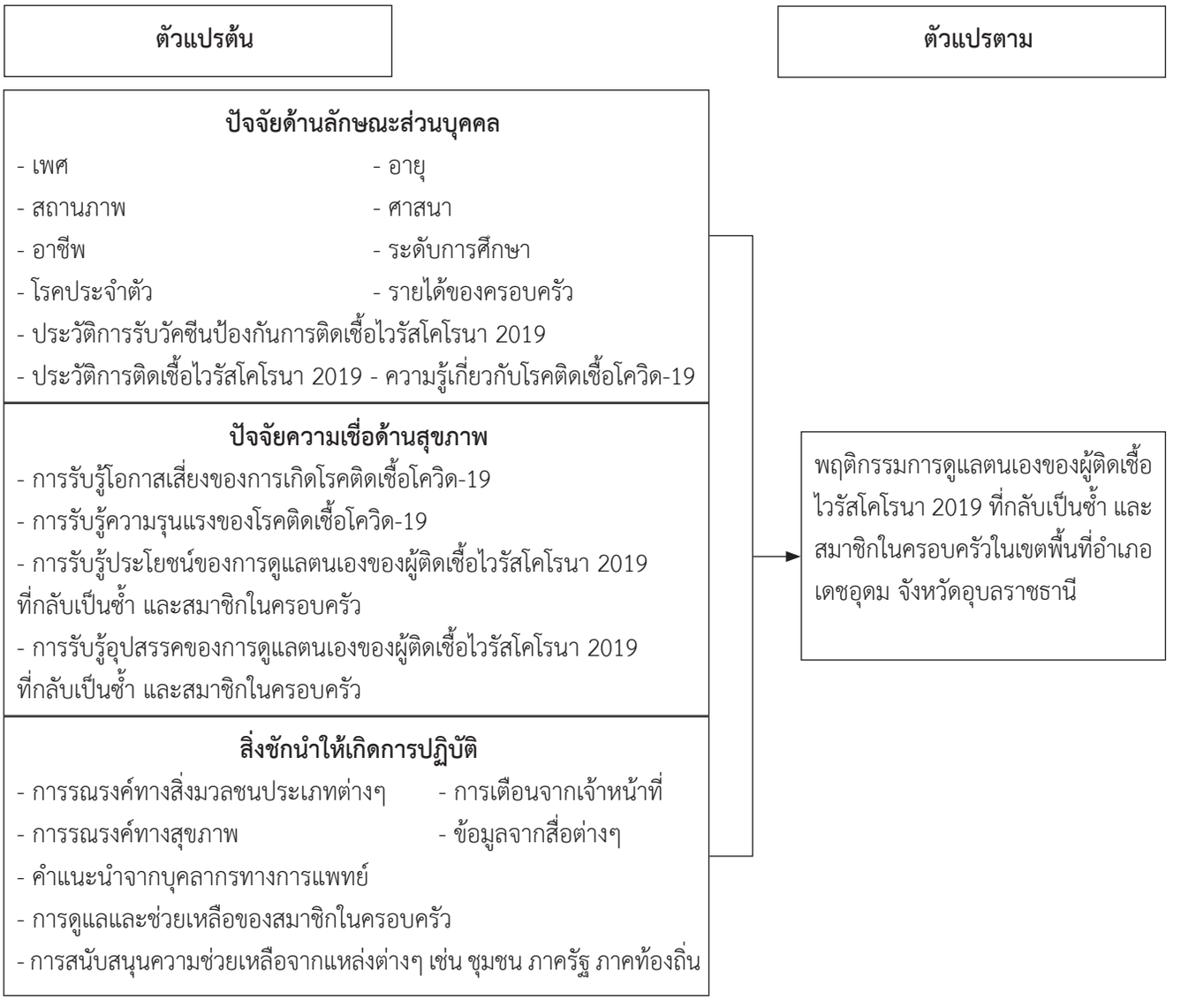
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว

สมมติฐาน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ เบคเกอร์และคณะ[6] และแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม[9] โดยแนวคิดได้กล่าวถึงความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้น จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้และการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เป็นการทำเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากการมีความรู้ที่ถูกต้อง มีการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมได้ และจะส่งผลให้ลดจำนวนหรือความรุนแรงจากการติดเชื้อ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดผลกระทบต่อครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว ในเขตพื้นอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 163 ครอบครัว ที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2563 – 31 ธันวาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 163 ครอบครัว โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

2) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

3) เพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20-69 ปี

4) สามารถอ่าน เขียน ฟัง พูดและเข้าใจภาษาไทย

5) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 โดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใส่ซองส่งผ่านทางไปรษณีย์

พร้อมติดแสตมป์ พร้อมของที่ระลึกและให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยผ่านทางไปรษณีย์หรือกล่องรับแบบสอบถามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอเดชอุดม และจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างเรียงตามลำดับที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาในแต่ละวันจนครบตามจำนวนแบบสอบถามที่ส่ง ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด พร้อมกับให้คะแนน ลงรหัส และจัดเตรียมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองทั้งหมดตามวัตถุประสงค์และจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ชุด

ชุดที่ 1 สำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ มี 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 2 สำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ มี 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ โควิด-19 จำนวน 6 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง จำนวน 8 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดได้ตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เท่ากับ 0.84 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เท่ากับ 0.86 และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิแอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662125 วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจตามการกระทำ โดยการส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัยแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งการเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือ เป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square Test) และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เพศหญิง ร้อยละ 66.26 อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 40.49 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 66.26 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.78 การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.40 อาชีพ

เกษตรกร ร้อยละ 41.72 รายได้ของครอบครัว พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 39.88 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.23 มีประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 42.94 มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 90.18 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 15.79 คะแนน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.92 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.39, S.D. = 0.88) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.63, S.D. = 0.40) การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.61, S.D. = 0.41) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.40, S.D. = 0.47) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.91, S.D. = 0.68) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.70, S.D. = 0.37) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.62, S.D. = 0.68) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่น อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.66, S.D. = 0.41) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อซ้ำ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.65, S.D. = 0.49) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อมีภาวะติดเชื้อ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.61, S.D. = 0.43)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ (n=163)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19	0.17	0.03*
ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.55	0.00*
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.39	0.00*
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.45	0.00*
3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.52	0.00*
4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	- 0.05	0.51
ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง	0.49	0.00*

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 (r = 0.17, p = 0.03) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (r = 0.55, p =0.00) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (r = 0.39, p = 0.00) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (r = 0.44, p = 0.00) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (r = 0.52, p = 0.00) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง (r = 0.49, p = 0.00) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับ เป็นซ้ำ (r = -0.05, p = 0.51)

กลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ เพศหญิง ร้อยละ 66.28 อายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 39.88 สถานภาพสมรส/ร้อยละ 75.46 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.42 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.63 รายได้ของครอบครัว พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 42.33 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.98 มีประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 42.33 มีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 42.33 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 15.66 คะแนน อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.85 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.42, S.D. = 1.02) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.70, S.D. = 0.37) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$= 3.69, S.D. = 0.37) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อ อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.45, S.D. = 0.53) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.85, S.D. = 0.80) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 3.70, S.D. = 0.39) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.61, S.D. = 0.72)

พฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.76, S.D. = 0.44) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัว อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.70, S.D. = 0.45) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีภาวะติดเชื้อ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.58, S.D. = 0.54) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.39, S.D. = 0.45)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ (n=163)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	χ^2	P-value
เพศ	5.10	0.02*
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.21	0.01*

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (χ^2 = 5.10, P = 0.02) และประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (χ^2 = 0.21, P = 0.01) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ (n=163)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r	p-value
อายุ	0.17	0.03*
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19	0.26	0.00*
ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	0.50	0.00*
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.31	0.00*
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.44	0.00*
3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.60	0.00*
4) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	0.01	0.92
ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง	0.56	0.00*

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (r = 0.17, p = 0.03) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 (r = 0.26, p = 0.00) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม (r = 0.50, p =0.00) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (r = 0.31, p = 0.00) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (r = 0.44, p = 0.00) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง (r = 0.60, p = 0.00) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเอง (r = 0.56, p = 0.00) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ (r = 0.01, p = 0.92)

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำ ได้แก่ เพศ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจาก เพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพ มากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่แตกต่างจากเพศชาย[10] อายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 35 ปี แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมีอายุมากขึ้นพฤติกรรมการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย[11] ประวัติการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง และประวัติการติดเชื้อของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้ารับวัคซีน เนื่องจากวัคซีนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันและลดอาการรุนแรงของโรคโควิด-19 ได้[12] และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 อธิบายได้ว่า ความรู้ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรม หากผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ดี จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี[10]

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่ การรับรู้สิ่งต่างๆเพื่อให้หลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วยหรือวิธีการที่จะช่วยให้สบายใจขึ้น ความต้องการมีสุขภาพดีและมีความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ จะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้[6] ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง[11,13] และจากการศึกษาปัจจัยความเชื่อรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว อภิปรายได้ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายครั้ง ซึ่งบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่บ่อยครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้[11,14] 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโรคโควิด-19 มีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา และอาการรุนแรงอันตรายถึงชีวิต และหากติดเชื้อสามารถทำลายปอดและทำให้เสียชีวิตได้ กลุ่มตัวอย่างจึงปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองในขณะติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ ที่อยู่ในระดับดี[14-15] 3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่ามาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำเป็นแนวทางที่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการเหล่านั้น[14] ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก่อน จึงไม่ส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้นจะยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น[11]

ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเป็นซ้ำและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่า การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เกิดจากการมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและการได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ทั้งครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง[13]

ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้แก่ SDG3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) และ SDG5 บรรลุความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender equality)[16]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

1. นำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชน สามารถนำไปออกแบบระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ

โควิด-19 ซ้ำ และครอบครัว

2. ใช้ในการวางแผนจัดกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 และสมาชิกในครอบครัว โดยการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ

2. ควรมีการนำทฤษฎีอื่นมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้นโดยการศึกษาหาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือออกแบบโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว แล้วนำไปทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ

3. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ และสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ซ้ำ

References

1. The World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID 19 disease is suspected Interim guidance. 2020.
2. Pramote P. Situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: Thai Gerontology Research and Development Institute; 2021. (in Thai)
3. Bruminhent J, Ruangsubvilai N, Nabhindhakara J, Ingsathi A, & Kiertiburanakul S. Clinical characteristics and risk factors for coronavirus disease 2019 (COVID-19) among patients under investigation in Thailand. Public Library of Science ONE. 2020;15(9):1-14. (in Thai)
4. Ghorbani SS, Taherpour N, Bayat S, Ghajari H, Mohseni P, & Hashemi Nazari SS. Epidemiologic characteristics of cases with reinfection, recurrence, and hospital readmission due to COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Virology. 2021; 94(1): 44-53.
5. Lingthaisong C, Yeesri S, Nakrut K, & Chewakiattiyingyong T. The Study Impacts Post-Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of Personnel, Metropolitan Health and Wellness Institution. Metropolitan Health and Wellness Institution, Ministry of Public Health. 2021. (in Thai)
6. Becker MH, & Maiman LA. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical Care Journal. 1975; 13(1): 10-4.
7. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, & Yimer A. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. SAGE Open Med. 2022; 10(1): 1-10.
8. Napattaradechanon K, Phattharasirisomboon P, & Pronlerttaveekun S. Factor Influencing to Prevention of COVID-19 Infection among the Older Adults in Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 230-8. (in Thai)
9. Orem DE. Nursing concepts practice (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book. 2001.
10. Rueankham P, Khongsil S, Ciumton S, Sattayasomboon Y, & Uthit P. Factors Associated with Preventive Behaviors Against COVID-19 SAR-COV-2 among the Adult Population. Journal of Health Science. 2022; 31(2): 247-59. (in Thai)

11. Tunwong T. Factors Related to Self-Care Behaviorsof People with Prehypertensionin KhaoYoi District, PhetchaburiProvince. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022; 5(2): 28-43. (in Thai)
12. Butekote T, Jaitieng A, & Piyabunditkul L. The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and COVID-19 Preventive Behaviors among High School Students in Udon Thani Province. Journal of Nursing and Therapeutic Care. 2023; 41(4): 1-14. (in Thai)
13. Sittiyodying C. Prevention of Stroke among Patients with Uncontrolled Hypertension: The Correlations between Health Beliefs and Self-Care Behaviors. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2022; 2(2): 46-60. (in Thai)
14. Jumrongpeng J, & Kownaklai J. The Factors Related to COVID-19 Preventive Behaviors among Buddhist Monks in Muang District, Roi-Et. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(1): 122-30. (in Thai)
15. Nishimi K, Borsari B, Marx BP, Tripp P, Woodward E, Rosen RC, et al. posttraumatic stress disorder symptoms associated with protective and risky behaviors for coronavirus disease 2019. Journal of Health Psychology. 2022; 41(2): 104-14.
16. United Nations. The SDGs: A Guide for the Global Goals. New York: United Nations Publications. 2017.

ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

Predictors of Overweight Among Young Adults in Community Mueang District, Phayao Province

ภัทรดนัย ภัทรนวมินทร์ สุวัจนีย์ จอมคีรี เปรมฤดี ศรีวิชัย*

Phattaradanai Phattaranavamin Suwatjanee Jomkeeree Premrudee Sriwichai*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย 56000

Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phayao, Thailand 56000

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 143 คน ที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะน้ำหนักเกิน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94, 0.87, 0.95 และ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ใหญ่ตอนต้นมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมี BMI อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 44.10 (mean ± SD = 26.53 ± 3) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก (mean ± SD = 3.70 ± 0.60) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (mean ± SD = 3.30 ± 0.80) โดยปัจจัยการบริโภคข้าวขาว (β = 0.363, p = .000) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (β = 0.293, p = .000) และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (β = 0.208, p = .009) สามารถร่วมกันทำนายภาวะน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 20.30 (R^2 = 0.203, R^2adj = 0.186, F = 11.832, (p<0.001) ดังนั้น ผู้บริหารควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้หลากหลายและจัดหาอุปกรณ์ในการออกกำลังกายไว้ในชุมชน และส่งเสริมพฤติกรรมการให้กำลังใจทางบวกในเรื่องการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ภาวะน้ำหนักเกิน, ผู้ใหญ่ตอนต้น

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine factors predicting the overweight among young adults within Community. Multi-stage random sampling was used to recruit 143 young adults, who meet the specified criteria, data collection was questionnaires, consists of the Health Belief questionnaire, the Social Support Questionnaire, the Personal Behavior Questionnaire and Overweight Assessment Form. The reliability was 0.94, 0.87, 0.95 and 0.95, respectively. Descriptive statistics, Chi-square test and stepwise multiple regression statistics were performed to analyze the data.

*Corresponding author: *E-mail : premrudee5@gmail.com

วันที่รับ (received) 10 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 1 พ.ย. 2568

The study revealed that young adulthood had overweight, BMI at the level of obesity level 1 at 44.10% (mean ± SD = 26.53 ± 3), Health Belief (mean ± SD = 3.70 ± 0.60). White rice consumption factors (ß = 0.363, p = .000), perceived barriers to preventing overweight (ß = 0.293, p = .000), and the Emotion Support (ß = 0.208, p = .009) could be explained the overweight 20.30% (R^2 = .203, R^2adj = .186, F = 11.832, (p<.001). Therefore, administrators should increase communication channels and provide exercise equipment in communities, and promote positive behaviors that encourage exercise.

Keywords: Overweigh, Young adult

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) เป็น ภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินความจำเป็นของร่างกาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้มีการแบ่งเกณฑ์ค่าระดับดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะน้ำหนักเกิน โดยค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.เมตร แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำหนักเกิน[1] สำหรับประชากรในเอเชียมีค่าดัชนีมวลกายที่ 23-24.99 กก./ตร.เมตร ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ จึงเกิดการสะสมพลังงานที่เหลือนั้นเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลเสียต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา มีผลเสียต่อสุขภาพจิต รู้สึกเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม จนถึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ และยังส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากไปเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในประเทศ ส่งผลให้ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นภัยทางสุขภาพที่ประเทศไทยให้ความสำคัญ ร่วมกันแก้ไขและป้องกันการเกิดปัญหานี้[2]

จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พบว่าภาวะน้ำหนักเกินในประเทศไทยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั้งชายและหญิง ซึ่งแม้ว่าประชากรชายจะมีความชุกต่ำกว่าหญิง แต่มีอัตราการเพิ่มที่รวดเร็วกว่า ดังการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่าประชาชนไทยมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินในเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 41.80 เป็น ร้อยละ 46.40 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 32.90 เป็นร้อยละ 37.80 ตามลำดับ[3] และจากการสำรวจสุขภาพของประชากรในจังหวัดพะเยา อำเภอเมืองพะเยา มีประชากร 21,967 คน พบประชากรผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 5,078 คน เป็นร้อยละ 23.12[4]

วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 40 ปีโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน พบว่ามีประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 47.51 เนื่องจากวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่มีจำนวนประชากรมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ร้อยละ 67.10 ซึ่งเป็นวัยที่ทำให้เกิดผลผลิตทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ต้องใช้ชีวิตอยู่กับการทำงานมากกว่า 8 ถึง 12 ชั่วโมงต่อวัน[5] จึงก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ละเลยการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยในสังคมปัจจุบันชอบรับประทานอาหารตามกระแสนิยมมากขึ้นเช่น ชาบู หมูกระทะ เป็นต้น อีกทั้งปัจจุบันยังมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยแอพพลิเคชั่น ต่าง ๆ ที่สะดวกสบายต่อการเลือกทานอาหารจึงส่งผลให้ช่วงวัยนี้ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ[6] และ มีแนวแนวโน้มการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีความเครียดสูงจากการทำงาน ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน[7]

ปัจจัยที่ส่งผลที่ทำให้วัยผู้สูงอายุตอนต้นมีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ[8] ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ทัศนะคติต่อการบริโภคอาหาร[9] โรคประจำตัว แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ การนอนหลับ การบริโภคข้าวขาว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การใช้เทคโนโลยีเพื่อทุ่นแรง ความเครียด[7] ผู้วิจัยนำแนวคิดการมีส่วนร่วม ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่วนบุคคลในทฤษฎีการพยาบาลของ king[10] มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อย่างไรก็ตามจาก

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการเรือนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการเรือนร่างตนเองของคนอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] และมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ในส่วนของสาเหตุการรับประทานอาหาร การพัฒนารูปแบบการควบคุมน้ำหนักในวัยอื่น แต่ขาดการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมที่ ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชนเมืองพะเยา และเหตุผลที่เลือกศึกษาในชุมชนเมืองพะเยา เพราะว่าพบประชากรผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ถึงร้อยละ 23.12[4] โดยผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้ป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมส่วนบุคคล และภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว ร่วมกับนำแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน รับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินกับอุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินที่เกิดขึ้นและจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม[10] ประกอบด้วยการสนับสนุนวัสดุสิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางอารมณ์ และศึกษาพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ การนอนหลับ การบริโภคข้าวขาว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน โดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย ใช้เกณฑ์ BMI ตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research design) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

ประชากร คือ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) อายุระหว่าง 21 - 40 ปี 2) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์ การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ให้ข้อมูล การวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนด Test family เลือก F-test, Statistic เลือก Linear multiple regression : fix model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง f = 0.15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 119 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 143 คน วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างมาจากทุกระดับชั้นของอำเภอ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเลือกอำเภอเป็นการสุ่มเลือกตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากได้ 2 ตำบล ขั้นตอนที่ 2 การเลือกหมู่บ้าน ซึ่งมี 28 หมู่บ้าน ขั้นที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ พัฒนามาจากแบบสอบถาม ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน[8] ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ และ 6) โรคประจำตัว เป็นแบบตรวจสอบรายการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 5 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 4 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 6 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 16 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 – 3.50, 3.51-4.50, และ 4.51 - 5.00 ให้ความหมายในระดับ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 4 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ 3) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ทั้งหมดเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ ทุกวัน การแปลผลเพื่อการพรรณนามี 5 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50, 1.51 - 2.50, 2.51 – 3.50, 3.51-4.50, และ 4.51 - 5.00 ให้ความหมายในระดับ ไม่ดี พอใช้ ดี ปานกลาง ดี และดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่วนบุคคล ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำลงในช่องว่าง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการนอนหลับ จำนวน 1 ข้อ 2) ปัจจัยด้านการบริโภคข้าวขาว จำนวน 1 ข้อ 3) ปัจจัยด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ 4) ปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ และ 5) ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ รวมแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะน้ำหนักเกิน เป็นแบบสอบถามให้เติมข้อความในช่องว่าง มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) น้ำหนัก 2) ส่วนสูง 3) ค่าดัชนีมวลกาย ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำลงในช่องว่าง โดยแบ่งเกณฑ์เป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (2022) ดังนี้ ดัชนีมวลกาย <18.5 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ 18.50 - 22.90 หมายถึง ปกติสมส่วน 23.00 - 24.90 หมายถึง น้ำหนักเกิน 25.00 - 29.90 หมายถึง อ้วนระดับ 1 และ >30 หมายถึง อ้วนระดับ 2

คุณภาพของเครื่องมือ

การประเมินความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะน้ำหนักเกิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index หรือค่า CVI) ได้เท่ากับ 1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.94, 0.87, 0.95 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ COA No. 022/2566 รับรองเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยประสานงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง เพื่อขออนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัย ประสานกลุ่มตัวอย่างเพื่อถามความสมัครใจและนัดหมายวันเวลาที่เข้าพบ เมื่อเข้าพบตามที่นัดไว้ จึงเริ่มจากอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดของแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่มีข้อผูกมัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวน

ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลพฤติกรรมส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม ส่วนบุคคล กับภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไควสแคว์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัย

1. การสำรวจปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมส่วนบุคคล และภาวะน้ำหนักเกินของ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34 ปี (SD = 5.40) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31–40 ปี (ร้อยละ 75.50) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.30) การศึกษาอยู่ ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 32.90) อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 33.60) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,063.01 บาท (SD = 6954.54) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.50)

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (n=143)

ปัจจัย	Mean	SD	การแปลผล
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน	3.70	0.60	การรับรู้มาก
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน	3.80	0.70	การรับรู้มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	3.90	0.70	การรับรู้มาก
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	3.50	0.60	การรับรู้ปานกลาง
รวม	**3.70**	**0.60**	**การรับรู้มาก**
การสนับสนุนทางสังคม			
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.50	0.80	การรับรู้ปานกลาง
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ	3.00	1.65	การรับรู้ปานกลาง
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	3.20	1.11	การรับรู้ปานกลาง
รวม	**3.30**	**0.80**	**การรับรู้ปานกลาง**

ตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70, SD = 0.60) โดยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.70, SD = 0.60) โดยด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างนอนหลับเฉลี่ย 7.30 ชั่วโมงต่อวัน (Mean = 7.30, SD = 1.00) โดยมีการนอนหลับมากที่สุด 10 ชั่วโมง และมีการนอนหลับน้อยที่สุด 5 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างบริโภคข้าวขาวเฉลี่ย 7.20 ทัพพีต่อ

วัน (Mean = 7.20, SD = 4.50) โดยมีการบริโภคข้าวขาวมากที่สุด คือ 27 ทัพพีต่อวัน และมีการบริโภคข้าวขาวน้อยที่สุด คือ 2 ทัพพีต่อวัน มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 15 คน (ร้อยละ 10.50) มีผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 75 คน (ร้อยละ 52.40) มีผู้ที่ออกกำลังกายจำนวน 91 คน (ร้อยละ 63.60)

ส่วนที่ 4 ภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.53 kg/m2 (Mean = 26.53, SD = 3.00) ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด คือ 37.80 kg/m2 และค่าดัชนีมวลกายน้อยที่สุด คือ 23.10 kg/ m2

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่วนบุคคลกับภาวะน้ำหนักเกิน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่วนบุคคลกับภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (n=143)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของภาวะน้ำหนักเกิน
เพศ	.186 (χ^2)**
อายุ	.237 (r)**
ระดับการศึกษา	.650 (χ^2)
อาชีพ	.375 (χ^2)
รายได้	-.100 (r)
โรคประจำตัว	.212 (χ^2)
การรับรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน	.133 (r)
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน	.017 (r)*
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	.075 (r)
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	.260 (r)**
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.123 (r)
การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ	.116 (r)
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	.141 (r)**
การนอนหลับ	.067 (r)
การบริโภคข้าวขาว	.268 (r)**
การสูบบุหรี่	.503 (χ^2)
การดื่มแอลกอฮอล์	.352 (χ^2)
การออกกำลังกาย	.809 (χ^2)

หมายเหตุ: ** (p<.01) χ^2) = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไคสแควร์, r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จากตารางที่ 2 พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน สำหรับ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคข้าวขาว และการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก (r = 0.237, 0.017, 0.260, 0.268, 0.141 ตามลำดับ)

3. ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกินของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบมีขั้นตอน (Stepwise Regression) (n=143)

ปัจจัยทำนาย	B	Beta	t	p-value
การบริโภคข้าวขาว	.245	.363	4.606	.000
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน	.198	.293	3.822	.000
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	.192	.208	2.647	.009

Constant = 18.034, R = .451, R^2 = .203, Adjust R^2 = .186, SEE = 2.713, Overall F = 11.832, P-value < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบมีขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ พบว่า มีปัจจัยทำนายภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยการบริโภคข้าวขาว (β = 0.363, p = .000) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (β = 0.293, p = .000) และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (β = 0.208, p = .009) สามารถทำนายได้ร้อยละ 20.30 (R^2 = 0.203, F = 11.832, p < .001) ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการสำรวจ พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก จากข้อมูลระดับการศึกษาส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ส่งผลให้มีความรู้ หรือรับรู้ได้มาก ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะอ้วนลงพุง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำหนักเกิน[12] สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีเวลา บางคนไม่มีอุปกรณ์และไม่ชอบการออกกำลังกาย จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การรับรู้ข่าวสารส่วนมากจากช่องทางอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ และบุคลากรทางการแพทย์ แต่การรับรู้จากการบอกกล่าวจากเพื่อนและเพื่อนบ้านค่อนข้างน้อย อีกทั้งคนส่วนมากรับรู้ข่าวสารได้ด้วยตนเอง ซึ่งการสื่อสารหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ เจตคติ ทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า ถ้าบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนจากสื่อต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนก็จะดียิ่งขึ้น[13] ด้านการรับรู้ด้านวัสดุสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงอาหารสดและอาหารเพื่อสุขภาพได้ยาก ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารแปรรูปและอาหารที่มีพลังงานสูงเพิ่มขึ้น[14] สำหรับการรับรู้ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การออกกำลังกายและการทำกิจกรรมควรมีการส่งเสริมให้มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ ความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการออกกำลังกายแต่ละประเภทจำเป็นต้องมีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย เพื่อให้เป็นไปตามรูปแบบของกิจกรรม[15] ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ถ้าเพื่อนหรือครอบครัวมีการสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพการดูแลตนเองก็มีแนวโน้มดีขึ้น แต่หากการสนับสนุนมีน้อยอาจทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น ซึ่งนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกิน เมื่อนำการสนับสนุนทางอารมณ์ มาปรับใช้ในโปรแกรมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน โดยการให้กำลังใจ และคำแนะนำจากเพื่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีกว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอีกด้วย[16]

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า เพศ อายุ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี มีผลการศึกษา พบว่า ประชาชนไทยวัยทำงานมีความชุกของภาวะอ้วนมากในเพศหญิง และพบว่า ทั่วโลกผู้หญิงมีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน[17,18,19] เช่นเดียวกับงานวิจัยในประเทศเคนยาที่พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนมากกว่าผู้ชายถึงสี่เท่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน[20,21,22] ชาวอเมริกันที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นปานกลางตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคนมี

ความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังร้ายแรงและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากชาวอเมริกันมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นประมาณหนึ่งถึงสองปอนด์ต่อปีตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคน[23]

3. การบริโภคข้าวขาว การรับรู้อุปสรรคของภาวะน้ำหนักเกิน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สามารถทำนายภาวะน้ำหนักเกินได้ และการบริโภคข้าวขาว มีอำนาจการทำนายสูงสุด อธิบายได้ว่า การบริโภคข้าวขาวในปริมาณมากส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ร่วมกับการรับรู้อุปสรรคของภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารจานด่วน เนื้อสัตว์ติดมัน เป็นต้น จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมากขึ้นได้ สำหรับการสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า การให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการควบคุมน้ำหนัก มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่ม ส่งผลให้มีความพยายามที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้และเมื่อประสบความสำเร็จก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถทำได้ ทำให้เกิดกำลังใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นต่อไป[16]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำงานวิจัย

ระดับของปัจจัยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนวัสดุสิ่งของ และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมช่องทางการรับรู้ข่าวสารให้หลากหลายมากขึ้น สนับสนุนให้ชุมชนมีการขายอาหารเพื่อสุขภาพมากขึ้น สนับสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกายไว้ในชุมชน และส่งเสริมพฤติกรรมการให้กำลังใจทางบวกในเรื่องการออกกำลังกาย และการบริโภคข้าวขาว มีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด ผู้บริหารควรมีนโยบายในการส่งเสริมความรู้ด้านการบริโภคข้าวขาวให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในประชาชนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาด้านการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน

References

1. World Health Organization. World Obesity Day 2022–Accelerating action to stop Obesity; 2022. (in Thai)
2. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet, World Health Organization; 2018. (in Thai)
3. Department of Health, Nutrition Division. Annual Report, Nutrition Surveillance 2022; 2022. (in Thai)
4. Department of Health, Ministry of Public Health. From the 6th National Health Survey 2019-2020; 2021. (in Thai)
5. Kongdee K. The situation of “current diseases” of working-age people in the “current world” Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Western University; 2020. (in Thai)
6. Khamlamai C, & Simakhajornboon P. Factors affecting the perceived usefulness of Food Delivery Application. College of Innovation Management Rajamangala Univesity of Technology Rattanakosin 2022; 3(1): 2-19. (in Thai)
7. Kumtan A, Rittimon W, & Pongpan. Food consumption behavior factors affecting the overnutrition status of the Karen Ethnic Working Age Groups in the border and security villages under the Royal Initiatives, Wiang Nuea Sub-district, Pai district, Mae Hong Son Province. Journal of the Phrae Hospital. 2023; 31(1): 43-58. (in Thai)
8. Ravinit P, & Sattam A. Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab Sub-district, Wang Noi District, Ayutthaya Province. Journal of social sciences and humanities association of private higher education institutions of Thailand. 2016; 5(2): 33-47. (in Thai)
9. Jaiyod N, & Manoton A. Effecttiveness of applying the concept of health believe model in modifyling obesity reduction behavior of Sukhothai Personel, Muang District Sukhothai province. Academic Journal of Community Public Health. 2023; 9(1): 54-68. (in Thai)

10. King M. A. Theoryfor Nursing:System, Concepts, Process. New York: Wiley Centuary-Crofts; 1981.
11. Keatkum Y, & Aphisamacharayothin P. The relation between health belief model and self body management of fat person in Phitsanulok Province. Thaksin University Library Journal. 2018; 7(7): 180-97. (in Thai)
12. Nuansithong N, Phattharasirisomboon P, Thongsawang K, Phuchongchai T, Sukbua K, & Proykoksoong B. Factors associated with metabolic syndrome's occurrence among working-age group in Mueang District, Chaiyaphum Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024; 18(2): 406-18. (in Thai)
13. Leartwanawattana J, Sanee N, & Sukkum W. Factors related to weight control behaviors among female adults who are over-nutrition at Tambon Health Promotion Hospital, Na Tham Nheu, Trang Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2020; 10(1): 54-69. (in Thai)
14. Freedman, D.S. Obesity--United States, 1988-2008. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2011; 60(01): 73-7.
15. Palitnonkiat A, Suebwiset P, Kannang O, Srisoei K, Matta R, Bunrod W, et al. Factors related to exercise behavior of physical therapy students in Huachiew Chalermprakiet University. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018; 21(42): 55-64. (in Thai)
16. Wongmusik P, Pumprawai A, & Vattanaamorn S. Effects of weight control program by application of the motivation theory and social support for body mass index, waist circumference knowledge and weight control behaviors of staffs in fort Wiphavadrangsit Hospita. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015; 16(1): 33-40. (in Thai)
17. Chaimay B, & Woradet S. Factors related to metabolic syndrome among students in Thaksin University, Phatthalung Campus. The Public Health Journal of Burapha University. 2015; 10(2): 55-65. (in Thai)
18. Mek-a-kat C, Kitreerawutiwong N, & Pattanathaburt P. Factors influencing with abdominal obesity among village health volunteers in Sukhothai Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 12(Special Issue): 47-57. (in Thai)
19. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2014; 384 (9945): 766–81.
20. Mbochi R W, Kuria E, Kimiywe J, Ochola S & Steyn N P. Predictors of overweight and obesity in adult women in Nairobi Province, Kenya. BMC Public Health. 2012; 12: 812-23.
21. Mkuu R S, Epnere K, & Chowdhury M A B. Prevalence and predictors of overweight and obesity among Kenyan Women. Preventing Chronic Disease. 2018; 4:(15):E44.
22. Ondicho Z M, Omondi D O, & Onyango A C. Prevalence and socio-demographic Factors associated with overweight and obesity among healthcare workers in Kisumu East Sub-County, Kenya. American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2016; 6(3): 66–72.
23. Zheng Y, Manson J E, Yuan C, Liang M H, Grodstein F, Stampfer M J, et al. Associations ofweight gain from early to middle adulthood with major health outcomes later in life. The Journal of the American Medical Association. 2017; 318(3): 255-72.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด

Predictors of Health-Related Quality of Life in Transfusion-Dependent Thalassemia School Children

ธมกร เธียรภูริเดช*[1] อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ[2] นาฏอนงค์ แฝงพงษ์[1]
Thamakorn Thienphuridej*[1] Ubonwan Unhasuwan[2] Natanong Feangphong[1]
[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190**
[1]Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani, Thailand 34190
[2]**โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34000**
[2]Sunpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani, Thailand 34000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดในช่วงอายุ 7-14 ปี จำนวน 88 คู่ ที่มารับบริการให้เลือดที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการพยากรณ์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่าเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 71.40, 14.01) สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.15, S.D. = 4.34) พฤติกรรมการดูแลของมารดาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (M = 2.24, S.D. = .41) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของมารดาอยู่ในระดับดี (M = 1.23, S.D. = .41) โดยสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของมารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของมารดาสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้ร้อยละ 54 (R^2 = .54, $p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและครอบครัว ควรให้การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของมารดาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดให้มีคุณภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สัมพันธภาพในครอบครัว, พฤติกรรมการดูแล, คุณภาพชีวิต, เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

Abstract

This predictive research aimed to study the factors predicting health-related quality of life (HRQoL) in transfusion-dependent school-age children with thalassemia. The sample consisted of 88 pairs of mothers and their children with thalassemia, aged 7 to 14 years, who received blood transfusion services at Sappasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Corresponding author*Email: Thamakorn730@gmail.com
การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่รับ (received) 26 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 12 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ต.ค. 2568

The results revealed that transfusion-dependent school-age children with thalassemia had an overall HRQoL at a good level (M=71.40, SD=14.01). Family relationships were at the highest level (M=4.15, SD=4.34), maternal care behaviors were at a very appropriate level (M=2.24, SD=0.41), and the child's HRQoL as perceived by the mother was at a good level (M=1.23, SD=0.41). Family relationships, maternal care behaviors, and the child's HRQoL as perceived by the mother jointly predicted 54% of the variance in the HRQoL of school-age children with thalassemia (R2=0.54, p<0.05).

Based on these findings, health personnel involved in the care of school-age children with thalassemia and their families should promote family relationships and maternal care behaviors to enhance the health-related quality of life of transfusion-dependent school-age children with thalassemia.

Keywords: family relationships, caregiving behavior, quality of life, school-age children with thalassemia

บทนำ

ธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม และพบได้ตั้งแต่วัยเด็ก เด็กต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะแทรกซ้อนและจากการรักษา ในประชากรไทยพบว่ามียีนผิดปกติที่เป็นพาหะของโรค ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปสู่ลูกหลานได้ มีอัตราสูงถึงร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมด หรือประมาณ 18-24 ล้านคน โดยแต่ละปีจะมีทารกที่เกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน และประมาณ 600,000 คน เป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงปานกลาง ทำให้จำเป็นต้องได้รับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน และในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังพบว่า สถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะโลหิตจางชนิดธาลัสซีเมียมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 217,898 ราย ในแต่ละปีพบว่าผู้ป่วยเด็กรายใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้น 125 ราย จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าธาลัสซีเมียเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีอุบัติการณ์สูงมาก[1]

ธาลัสซีเมียมักทำให้ร่างกายเด็กอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับเด็กปกติ เด็กจะซีดมากจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการรับเลือดทุกเดือนหรือทุกสองเดือน และมักมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ในรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางหรือรุนแรงมาก มักจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าที่เรียกว่า ใบหน้าธาลัสซีเมีย ผิวเหลืองซีดคล้ำ การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ท้องป่อง เนื่องจากตับและม้ามโต พัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะเหล็กเกิน ภาวะโรคหัวใจโตเนื่องจากทำงานหนัก โรคเบาหวานเนื่องจากการทำงานของตับอ่อนบกพร่อง ภาวะติดเชื้อง่ายเนื่องจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของแบคทีเรีย ภาวะกระดูกหักเปราะง่าย เป็นต้น อาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะมีระดับความรุนแรงมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียน อีกทั้งยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นหากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การเจ็บป่วยที่กล่าวมายังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากเด็กโรคธาลัสซีเมียมีภาพลักษณ์ที่แตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน[2] ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กจากธาลัสซีเมียมักจะมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นหลายอาการและมีผลต่อคุณภาพชีวิตเด็กในหลาย ๆ ด้าน[3, 4]

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life; HRQoL) เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) ตามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนเองในมุมมองของแต่ละคน มิติทางสุขภาพประกอบด้วยหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และด้านความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นต้น[4] เด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำทุก 1-2 เดือนมักจะต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจมีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กป่วยเปลี่ยนแปลงไป[5] ดังนั้นเป้าหมายในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียจึงไม่ใช่เน้นเพียงการรักษาและผลการรักษาเท่านั้น ต้องรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดสำหรับเด็กตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กป่วยโรค

ธาลัสซีเมียมีปัญหาการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่สามารถประเมินอาการผิดปกติได้ เช่น ภาวะซีด ภาวะเหล็กเกิน เป็นต้น ถึงแม้ว่าเด็กวัยเรียนจะเป็นวัยที่มีพัฒนาการความคิดความเข้าใจอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ แต่ยังต้องพึ่งพิงการดูแลจากผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลจึงถือว่าเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ[4] ผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถปลูกฝังให้เด็กมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องได้

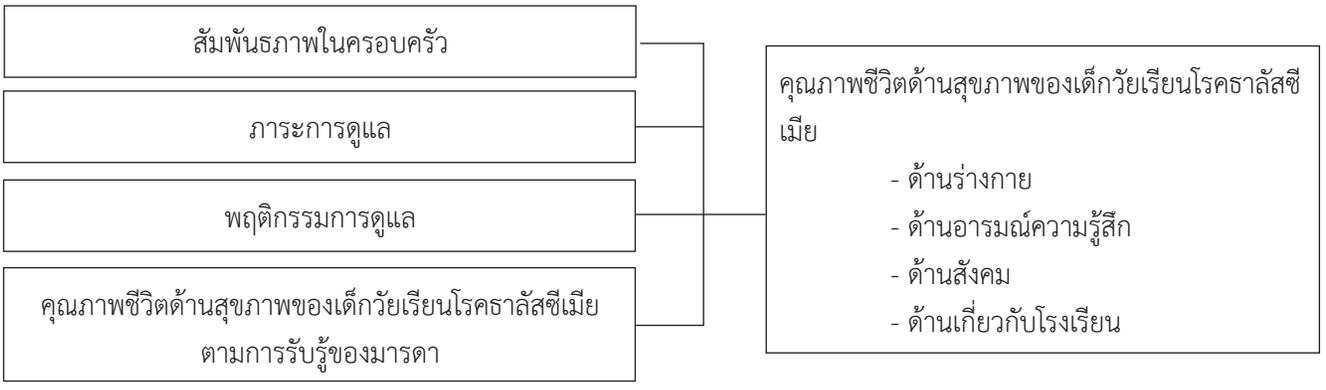
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเป็นการกระทำเพื่อให้เด็กมีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรค รวมถึงการปฏิบัติของผู้ดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ ซึ่งการปฏิบัติจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ความเชื่อเดิม ค่านิยม เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องมีส่วนทำให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง[5] ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรง ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว[6] มีที่พึ่งพิง ไม่รู้สึกว่าการดูแลเด็กเป็นภาระและรบกวนการดำเนินชีวิตมากนัก ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า เด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 90.4 และอยู่ในวัยเรียน ร้อยละ 62.28 และเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่ต้องมารับบริการให้เลือด จำนวน 99, 142 และ 140 รายตามลำดับ และจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลเด็กบางส่วนยังขาดความตระหนัก มีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในเรื่องของการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การพักผ่อน และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม แต่ยังมีความคาดหวังให้เด็กหายขาดจากโรค สามารถใช้ชีวิตอยู่ต่อไปในสังคมได้จากที่กล่าวมา โรคธาลัสซีเมียยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อเด็กป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและประเทศชาติทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เพื่อหาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของตัวแปรด้านผู้ดูแล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแล ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็ก และเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแล คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแล และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียอายุ 7-12 ปีที่มารับเลือดที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียอายุ 7-12 ปี ที่มารับเลือดที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี จำนวน 88 คู่ กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567–เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุ กำหนดค่า power = .80 ระดับนัยสำคัญ .05 และ medium effect size = .15 ได้เท่ากับ 82.33 และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 88 คน โดยเป็นมารดาและเด็กก่อนวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจำนวน 88 คู่[7] มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นเด็กวัยเรียนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดทั้งชนิดรุนแรงและไม่รุนแรงที่มารับการรักษาโดยการให้เลือดที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี พร้อมมารดาที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นผู้ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนและอยู่บ้านเดียวกัน และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) โดยผู้ป่วยเด็กมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ผู้ป่วยเด็กและมารดาที่ไม่สามารถตอบคำสัมภาษณ์ได้ หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าตำราและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 (ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อความด้านลบถูกปรับคะแนนเป็นคะแนน 5 ถึง 1 คะแนน) โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง ดีและดีมาก จากการคำนวณอันตรชั้นภาค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระการดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าตำราและทบทวนวรรณกรรมได้แก่ ความรู้สึกของผู้ดูแลด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ด้านความรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ด้านผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพ และด้านความรู้สึกเหมือนถูกกักขัง จำนวนทั้งหมด 22 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1-5 (ตั้งแต่ไม่เห็นด้วย-เห็นด้วยมากที่สุด ข้อความด้านลบถูกปรับคะแนนเป็นคะแนน 5 ถึง 1 คะแนน) โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด จากการคำนวณอันตรชั้นภาค

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าตำราและทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การให้ยาขับธาตุเหล็ก การรับประทานธาตุเหล็กน้อย การดูแลด้านสุขภาพทั่วไป จำนวน 23 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนน 0-3 (ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ข้อความด้านลบถูกปรับคะแนนเป็นคะแนน 3 ถึง 0 คะแนน) โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ปรับปรุง ปานกลาง ดี และดีมาก จากการคำนวณอันตรชั้นภาค

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็ก โดยได้รับการยินยอมให้ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียน Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 Generic Core Scales (PedQL™ 4.0) ของวาร์นิและคณะ[8] ที่ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยภาสกร ศรีทิพย์สุโข จำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการเรียน จำนวน 5 ข้อ ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก ซึ่งมีคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 0-100 โดยคะแนนที่ได้เรียงลำดับคุณภาพชีวิตดังนี้ คะแนนยิ่งสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตยิ่งดี โดยค่า generic core scales ที่ใช้ในแบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาไทย การประเมินคุณภาพชีวิต คือ 0 ไม่เคยเลย = 100, 1 แทบจะ

ไม่เคย = 75, 2 เป็นบางครั้ง = 50, 3 บ่อย ๆ = 25, และ 4 แทบจะตลอดเวลา = 0 จากนั้นนำคะแนนที่ได้ในแต่ละหัวข้อหลัก (core domains) มารวมกัน และหาค่าเฉลี่ยซึ่งจะได้เป็นตัวเลขคะแนนในแต่ละด้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามภาระการดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของมารดาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านโลหิตวิทยา 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1, .93, 1 และ .93 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้กับมารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 15 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลศรีสะเกษ และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแลของมารดาและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เท่ากับ .79, .63, .83 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อและคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากรายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเข้าพบมารดาและเด็กอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย จึงให้มารดาลงนามในใบยินยอมตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย หลังจากมารดาลงนามในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 60 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที และเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที และเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแลของมารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียด้วยสถิติด้วยสถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation: r) และการทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาปัจจัยทำนายใช้สถิติอ้างอิงโดยการถดถอยพหุ (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ($z = 1.090$, $p > .05$) ภาระการดูแล ($z = .657$, $p > .05$) พฤติกรรมการดูแลของมารดา ($z = .981$, $p > .05$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา ($z = .790$, $p > .05$) ข้อมูลเป็นการกระจายโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เอกสารหมายเลข 028/67C ลงวันที่ 17 กันยายน 2567 การวิจัยนี้ได้รับการยินยอมการให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง สำหรับกลุ่มตัวอย่างเด็กผู้วิจัยชี้แจงโดยใช้เอกสารชี้แจงอาสาสมัครเด็กอายุ 7-12 ปีและเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล และไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และทำลายข้อมูลทิ้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.1) อายุเฉลี่ย 10.62 ปี (S.D. = 1.49) ระยะเวลาที่รักษาเฉลี่ย 10.10 ปี (S.D. = 1.47)

มารดาเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่า มีอายุเฉลี่ย

34.12 ปี (S.D. = 9.71) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) กึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,681.92 (S.D. = 15650.31)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

รายด้านคุณภาพชีวิต (Domain)	คะแนนคุณภาพชีวิต			
	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
ด้านร่างกาย (Physical)	47.6	100	81.04	ดี
ด้านอารมณ์ (Emotional)	30.3	100	54.54	ปานกลาง
ด้านสังคม (Social)	22	100	39.60	พอใช้
ด้านโรงเรียน (School)	54.6	100	92.93	ดี
โดยรวม (Overall)			71.40	ดี

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 71.40 (S.D. = 14.01) คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M = 92.93, S.D. = 11.17) และด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 39.60, S.D. = 19.94)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแลและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมตามการรับรู้ของมารดา

ตัวแปรที่ศึกษา	M	S.D.	ระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัว	4.51	4.34	มากที่สุด
ภาระการดูแล	3.81	.26	ปานกลาง
พฤติกรรมการดูแล	2.42	.41	เหมาะสมมาก
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมตามการรับรู้ของมารดา	73.80	15.41	ดี

จากตารางที่ 2 มารดาเด็กก่อนวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 4.51 (S.D. = 4.34) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ภาระการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแล เท่ากับ 3.81 (S.D. = .26) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการดูแลของมารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.42 (S.D. = .41) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดามีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 73.80 (S.D. = .41) ซึ่งอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียกับสัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล พฤติกรรมการดูแลของมารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา

ตัวแปรที่ศึกษา	(X1)	(X2)	(X3)	(X4)	(Y)
สัมพันธภาพในครอบครัว (X1)	1.00				
ภาระการดูแล (X2)	.215*	1.00			
พฤติกรรมการดูแลของมารดา (X3)	.577*	-.607 *	1.00		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา (X4)	.139	.018	-.209*	1.00	
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Y)	-.516*	-.205	-.110	.736*	1.00

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์เชิงบวกหรือทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา (X4) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Y) เท่ากับ .736 สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัว (X1) ความสัมพันธ์เชิงลบหรือทิศทางตรงข้ามกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .516 ส่วนภาระการดูแล (X2) และพฤติกรรมการดูแลของมารดา (X3) พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	2.17	1.021		10.35	.022
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา	.99	.05	.79	20.98	.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	.84	.05	.71	16.14	.000
พฤติกรรมการดูแลของมารดา	.66	.03	.53	11.61	.000

$R = .77$, $R^2 = .54$, $F = 101.40$, $p < .05$

จากตารางที่ 4 การศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของมารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดาที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งตัวแปรทั้งสามสามารถอธิบายความผันแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ร้อยละ 54 ($R^2 = .54$) สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย = 2.17 + .99 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดา (X4) + (.84) สัมพันธภาพในครอบครัว (X1) + .66 พฤติกรรมการดูแลของมารดา (X3)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (M = 71.40, S.D. = 14.01) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M = 92.93, S.D. = 11.17) และด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M = 39.60, S.D. = 19.94) การที่คุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[7] ซึ่งอาจเป็นเพราะในปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีการเรียนรู้ต่าง ๆ ง่ายขึ้น ทำให้ไม่มีปัญหาในการเรียนตามบทเรียนให้ทันเพื่อน พร้อมทั้งยังสามารถพูดคุยเกี่ยวกับการเรียน มอบหมายใบงาน และการให้คำแนะนำผ่านออนไลน์ได้ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อาจเกี่ยวข้องกับการที่ภาวะเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียส่งผลให้เด็กไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เด็กคนอื่นในวัยเดียวกันทำได้ เช่น เล่นกีฬา เป็นต้น หรืออาจถูกเด็กคนอื่นล้อเรื่องรูปร่างหน้าตา จึงทำให้ไม่สามารถเข้ากับเด็กคนอื่นได้หรือเด็กคนอื่นอาจไม่ต้องการเป็นเพื่อนด้วย

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวพฤติกรรมการดูแลของมารดา และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดาสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ร้อยละ 54 ($R^2 = .54$, $p < .05$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียอาจเนื่องจากการที่มารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันกับครอบครัว ทั้งภายในและภายนอกบ้าน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การช่วยกันทำงานบ้าน การเล่นกีฬา การพักผ่อนหย่อนใจ การไปเยี่ยมญาติมิตรหรือเพื่อน เป็นต้น รวมถึงการสนทนาพูดคุย แสดง

ความคิดเห็นร่วมกัน ตัดสินใจและปรึกษาหารือกัน การดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย จึงทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี และส่งผลให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

พฤติกรรมการดูแลของมารดามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อาจอภิปรายได้ว่า การที่มารดาเด็กก่อนวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการให้ยาขับธาตุเหล็ก การรับประธานอาหารที่มีธาตุเหล็ก และการดูแลด้านสุขภาพทั่วไปได้เหมาะสมและถูกต้องย่อมมีผลให้เด็กมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมารดามีความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียที่ถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียดีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลเด็กป่วย ครอบครัวมีความสามารถ และมีความพยายาม ในการจัดการต่อสภาวการณ์เจ็บป่วย มีการจัดการในการดำเนินชีวิตเด็กได้ดี ดังนั้นหากสามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลเด็กป่วย[8,9]

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียตามการรับรู้ของมารดามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อาจกล่าวได้ว่า การที่มารดาเอาใจใส่ จัดการดูแลในด้านสุขภาพและกิจกรรม โดยเน้นการสนับสนุนให้เด็กปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แสดงถึงการรับรู้ด้านสุขภาพและคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของเด็ก จึงมีส่วนทำให้คุณภาพการดูแลดี และส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเด็กขึ้นอยู่กับบิดามารดาที่ให้การดูแลทั้งภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและทุกระยะพัฒนาการ[10]

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม เป็นมิติที่มีคะแนนต่ำที่สุด ในขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลของมารดาเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลจึงควรเน้นที่การเสริมสร้างสองปัจจัยนี้เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสังคมของเด็ก โดยให้การสนับสนุนด้านจิตสังคมผ่านครอบครัว (Family-Centered Psychosocial Support) เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีช่วยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี การพยาบาลควรใช้ครอบครัวเป็นฐานในการสร้างความมั่นใจทางสังคมให้เด็ก โดยพยาบาลอาจทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสื่อสาร และช่วยให้เด็กเห็นว่าไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว พร้อมทั้งเสริมทักษะการสื่อสารและความมั่นใจในตนเองของเด็ก โดยสอนเทคนิคการให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับวัย และกระตุ้นให้พ่อแม่ฝึกบทบาทสมมติเหล่านี้กับลูกที่บ้าน เพื่อให้เด็กพร้อมเผชิญหน้ากับสังคมภายนอกอย่างกล้าหาญ นอกจากนั้น ควรฝึกทักษะการดูแลของมารดาเพื่อการเข้าสังคม (Maternal Social Skills Coaching) เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลของมารดาสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของเด็กได้ พยาบาลควรเพิ่มมิติทางสังคมในการดูแลของมารดา โดยให้ความรู้แก่มารดาว่าการเข้าสังคมมีความสำคัญต่อพัฒนาการเท่ากับการรักษาทางกาย และแนะนำวิธีการ ปรับตารางการรักษา/การพักผ่อน ให้เข้ากับกิจกรรมทางสังคมได้ พร้อมทั้งประเมินสุขภาพจิตของเด็กเป็นระยะ และดูแลเด็กร่วมกับมารดาเพื่อแก้ไขความเชื่อที่ผิดหรือความรู้สึกอับอายที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของเด็ก ซึ่งการนำผลการวิจัยไปใช้ในลักษณะนี้เป็นการเปลี่ยนการดูแลจากการเน้นแต่ด้านร่างกาย (การรับเลือด/ยาขับเหล็ก) ไปสู่การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่บูรณาการปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลเด็ก เช่น ด้านสังคม เป็นต้น

2. ด้านการศึกษา จัดการเรียนการสอนโดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้แก่เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด เพราะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงถึงคุณภาพของการรักษาและการพยาบาล

3. ด้านการวิจัย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการวิจัยพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาระการดูแล เท่ากับ .63 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาการปรับปรุงหรือเพิ่มเติมข้อคำถามที่ใช้ในการวัด เพื่อเพิ่มค่าความน่าเชื่อถือ

ของเครื่องมือให้สูงถึงเกณฑ์มาตรฐานก่อนการนำไปใช้ในการวิจัย

2. ควรเก็บข้อมูลทั้งประเทศหรือในลักษณะ multicenter จะทำให้ได้ข้อมูลจากประชากรที่หลากหลายและคลอบคลุมมากขึ้น ตลอดจนพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

References

1. Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines to control and prevent anemia from iron deficiency. Nonthaburi Province: Bureau of Nutrition (BoN) Department of Health, Ministry of Public Health.2017 (in Thai)
2. Khamngoen R, Saetew P, & Nakpeth A. Iron Deficiency Anemia in Children. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 23(1):1-5. (in Thai)
3. Rachawat P, & Pulom R. Factors influencing quality of life in children with thalassemia. Research and Development Health System Journal. 2022; 15(1), 334-50. (in Thai)
4. Srisukho P. Measuring health-related quality of life in children. Bangkok: Thammasat University Press. 2018. (in Thai)
5. Puinukroh R. Quality of life in children with thalassemia and associated factorsin Nong Khai Hospital. Mahasarakham hospital journal. 2022; 19(1): 113-26. (in Thai)
6. Sananreangsak S, Teerarungsikul N, & Sarapat P. Predictors of Self-Management Behaviors for Children with Thalassemia. Journal of Bamrasnaradura Infectious Institue. 2020; 14(3):147-59. (in Thai)
7. Utami W, Nazri M, & Mokti K. The Effect of Parental Support on the Quality of Life of Children with Thalassemia. South Eastern European Journal of Public Health.2024; 24 49–55.
8. Varni J. W, Seid M, & Kurtin P S. PedSQLTM 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life InventoryTM version 4.0. Generic Core Scales in healthy and patient populations Medical care. 2001; 39(8): 800-12.
9. Rachawat P, & Pulom R. Factors influencing quality of life in children with thalassemia. Research and Development Health System Journal. 2022; 15(1): 334-50. (in Thai)
10. Ngampraphasom P. Quality of life in Children with transfusion-dependent thalassemiaat Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital. 2020; 28(1): 12-27. (in Thai)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กวัยก่อนเรียน

Effect of a Health Belief Enhancing Program on Parent's Behaviors in Prevention of Acute Respiratory Infection in Preschool Children

ฉัตรขวัญ คิดดี ณัฏฐณิชา ศรีบุณยวัฒน* พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
Chatkhwan Kiddee Nuttanicha Sriboonyawattana* Pimpaporn Klunklin
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand 50200

บทคัดย่อ

พฤติกรรมของผู้ปกครองมีผลต่อสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน โดยเฉพาะด้านการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ งานวิจัยกึ่งทดลองนี้เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กอายุ 3–5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จ.เชียงใหม่ จำนวน 54 คน มีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม กลุ่มละ 27 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ 8 กิจกรรม เป็นเวลา 9 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งสัปดาห์ที่ 6 และ 9 ($p < .001$) และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 317.98$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุด ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ($t = -17.00$, $p < .001$) การสังเกตอาการผิดปกติ ($t = -6.80$, $p < .001$) และการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค ($t = -15.16$, $p < .001$) โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง พยาบาลเด็กควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, การติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ, เด็กวัยก่อนเรียน

Abstract

Parental behaviors significantly influence the health of preschool children, especially in preventing acute respiratory tract infections. This quasi-experimental study used a two-group pretest-posttest design to compare outcomes before and after program implementation. The sample, selected using cluster random sampling, consisted of 54 parents of children aged 3–5 years attending a child development center in Chiang Mai Province and was divided into an experimental and a control group (n = 27 each). The experimental group participated in a Health Belief Model-based program consisting of 8 activities over 9 weeks, while the control group received routine care. Research instruments included the health belief enhancing program and the parental care behavior questionnaire for respiratory infection prevention, with a Cronbach's alpha coefficient

Corresponding Author: *E-mail: nuttanicha.baiya@cmu.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accept) 16 พ.ย. 2568

of .87. The analysis employed repeated measures ANOVA. Parents in the experimental group showed significantly increased prevention behavior scores after program participation at both 6-week and 9-week follow-ups ($p < .001$), with significantly higher scores than the control group ($F = 317.98$, $p < .001$). The most improved behaviors included infection spread prevention ($t = -17.00$, $p < .001$), symptom observation ($t = -6.80$, $p < .001$), and infection avoidance ($t = -15.16$, $p < .001$) with significantly. The Health Belief Model-based program effectively and sustainably improved parental prevention behaviors. Pediatric nurses should implement this program as a guideline for promoting preschool children's health.

Keywords: Health Belief Model, prevention behaviors, acute respiratory infections, preschool children

บทนำ

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลก ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้[1] โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน ในประเทศไทย โรคปอดบวม โรคติดเชื้อไวรัส RSV และโรคไข้หวัดใหญ่ ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการป่วยและเสียชีวิต[2,3] ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ทางเดินหายใจล้มเหลว ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือปอดอักเสบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เช่น ความเครียด รายได้ลดลงและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและยังส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศ[4]

ด้วยบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เด็กจำนวนมากเข้ารับการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประมาณร้อยละ 60 ของเด็กทั้งหมดในวัยนี้[3] ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เนื่องจากอยู่รวมกัน ใช้ของเล่นร่วมกัน[5] และระบบภูมิคุ้มกันของเด็กยังไม่แข็งแรง ประกอบกับวัยนี้ยังดูแลสุขอนามัยตนเองได้ไม่ดี[6] จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ปกครองเป็นหลัก ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพและเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง[7]

นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง[8,9,10,11,12] โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง[13] ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง การรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ[14] ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนได้[12,13]

การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิด Health Belief Model (HBM) ตามแนวคิดของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก[15] ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) การรับรู้ของบุคคล ซึ่งเน้นการตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์ ในระดับปานกลางถึงสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r=.50–.67$)[14] 2) ปัจจัยร่วม ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกัน ($r = .615–.727$)[8] และ 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ โดยสามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ร้อยละ 55.6–62.3 ($R^2 = .556–.623$)[14,16] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้และการรับรู้ตามแนวคิด HBM เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลบุตร และเมื่อนำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน[15]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักด้านความเสี่ยง

และความรุนแรงของโรค การตระหนักถึงประโยชน์ และการลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนในการดูแลเด็ก โดยใช้วิธีการหลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลเด็กอย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตาม โปรแกรมส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองไม่เกิดความยั่งยืน อีกทั้งผู้ปกครองยังมีระดับความรู้ ความเชื่อและความตระหนักในการป้องกันโรคในระดับที่ไม่เพียงพอ[17,18,19] ดังนั้นควรส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการดำเนินการติดตามแผนงานป้องกันโรคในเด็กวัยก่อนเรียนแก่ผู้ปกครองโดยกลุ่มนี้สามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมพฤติกรรม[20] ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของสเตชเชอร์และโรเซนสตอก[15] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 9 ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมา ระบุว่าการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และการเสริมแรงอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์[17,18] จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแก่ผู้ปกครองที่ดูแลบุตรวัยก่อนเรียน นอกจากนั้นผู้วิจัยมีการติดตามกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง ในช่วงสัปดาห์ที่ 2-5 พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองได้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่บุตรวัยก่อนเรียนที่ดูแลด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันที่ดีมากกว่าอุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันที่มีอิทธิพลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการของการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจแก่เด็กวัยก่อนเรียนที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างยั่งยืน โดยดำเนินการติดตามผลในระยะ 9 สัปดาห์เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษานี้คาดว่าจะสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณค่าสำหรับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติในบริบทการดูแลสุขภาพเด็กและครอบครัวในยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ สเตทเชอร์ และโรเซนสตอก[15] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 8 กิจกรรม คือ 1) การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) มุ่งเน้นให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ผ่านกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจและความกลัวต่อผลกระทบของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรหลานของตน เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในกลุ่ม และการรับชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับอาการและผลกระทบของโรค 2) ปัจจัยร่วม (Modify factors) เป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อมั่นในตนเอง และแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น การบรรยายให้ความรู้ การแสดงตัวอย่างผู้ปกครองต้นแบบ การให้กำลังใจและติดตามความก้าวหน้าผ่านสื่อออนไลน์ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมวิจัย

และ 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Likelihood of action) โปรแกรมมุ่งกระตุ้นให้ผู้ปกครองเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคและลดอุปสรรคในการลงมือปฏิบัติ เช่น การแจกคู่มือ การสาธิตและฝึกทักษะด้านสุขอนามัย รวมถึงการพูดคุยถึงอุปสรรคที่พบและวิธีแก้ไขร่วมกันในกลุ่ม ดังนั้น โปรแกรมนี้ออกแบบมาอย่างครอบคลุมและมีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนในช่วงเวลา 9 สัปดาห์ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน และเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระยะยาวต่อสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จ.เชียงใหม่ ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ และกลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดา หรือบุคคลที่ดูแลเด็กที่บ้านเป็นหลักของเด็กอายุ 3-5 ปีที่ใช้บริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสุเทพ จำนวน 54 ราย (คำนวณจาก power analysis: power = .80, α = .05, effect size = .05)[21] เกณฑ์การคัดเข้า คือ ต้องเป็นบิดา มารดา หรือบุคคลที่ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่บ้านเป็นหลัก มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และมีสมาร์ทโฟนที่ใช้แอปพลิเคชันได้ เกณฑ์การยุติการเข้าร่วม หากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบตามแผนการศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นสุ่มเลือกผู้ปกครองที่มีบุตรอยู่ในระดับชั้นอนุบาลปีที่ 1 ถึง 3 รวมจำนวนทั้งสิ้น 54 ราย และแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย โดยไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเลขที่ 2567-EXP104 ลงวันที่ 9 มกราคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง กระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลหรือคำตอบที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินหายใจและการควบคุมการติดเชื้อ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย ดังนี้

1.1 แผนกิจกรรมในโปรแกรมฯ

1.2 วิดิทัศน์ เรื่อง “รู้จักภัยร้ายโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมความหมาย ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรค และความรุนแรงและอาการของโรค

1.3 วิดิทัศน์หนังสั้น เรื่อง “ภัยร้ายจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เรากำจัดได้” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมนำเสนอตัวแบบของผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมของผู้ปกครองที่เหมาะสม

1.4 คู่มือการป้องกันโรคฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ทั้ง 9 ด้านใน เด็กวัยก่อนเรียน

1.5 แผนการสาธิตการป้องกันโรคฯ คลอบคลุมขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 แบบสอบถาม ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก จำนวน 8 ข้อ เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีน และประวัติการป่วยใน 6 เดือนที่ผ่านมา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก ของ ธมณณัฏฐ์ วิชาและคณะ[13] จำนวน 25 ข้อ คลอบคลุม 9 ด้าน มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (ให้คะแนน 0), ปฏิบัติบางครั้ง (ให้คะแนน 1), ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง (ให้คะแนน 2) และปฏิบัติทุกครั้ง (ให้คะแนน 3) มีคะแนนรวม 0–75 แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น ต่ำ (0–24), ปานกลาง (25–50), และสูง (51–75) แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่น

ของเครื่องมือ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87 เนื่องจากผู้วิจัยไม่ดัดแปลงเนื้อหา จึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากนายกเทศมนตรีตำบลสุเทพและหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พร้อมดำเนินการตามหลักจริยธรรม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน ใช้เวลารวม 4 เดือน ดังนี้

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาพบเป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 8-10 คน ในห้องประชุมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อชี้แจงรายละเอียดและให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) กลุ่มนี้ได้รับบริการตามปกติจากศูนย์ฯ ในสัปดาห์ที่ 1-5 ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำด้านสุขภาพโดยครูผู้ดูแลเด็กโดยไม่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อประสานงาน และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองแบบออนไลน์ในสัปดาห์ที่ 6 และ 9 (Posttest) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯจะได้รับคู่มือและสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติการวิจัยอย่างเป็นทางการ

กลุ่มทดลอง ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ รวม 8 กิจกรรม และติดตามในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มย่อย แบ่งเป็นกลุ่มละ 8-10 คน มาพบที่ห้องประชุมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมการส่งเสริม "การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน" ผ่านกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 10-20 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นเพื่อประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนที่ดูแลหลัก

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก จากนั้นสรุปและเชื่อมโยงกับข้อมูลจากวิดีทัศน์เรื่อง "รู้จักภัยร้ายของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก" เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในเด็กวัยก่อนเรียน

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยให้กลุ่มตัวอย่างถาม-ตอบคำถามจากการบรรยายอธิบายโรคติดเชื้อโรคระบบหายใจในเด็กและศึกษาทบทวนเนื้อหาได้จากคู่มือเรื่อง "การป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก"

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมผู้ปกครอง โดยใช้วิดิทัศน์ตัวอย่างพฤติกรรมที่เหมาะสม และจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ปกครองเสนอแนวทางปฏิบัติ พร้อมรับคำแนะนำและกำลังใจจากผู้วิจัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมประยุกต์ในชีวิตประจำวัน และผู้วิจัยร่วมให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน

กิจกรรมที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับข้อดีของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเด็กวัยก่อนเรียน แบ่งกลุ่มสาธิตและฝึกทักษะ เช่น การล้างมือ สวม-ถอดหน้ากาก และการเช็ดตัวลดไข้ พร้อมให้ผู้ปกครองสาธิตย้อนกลับ เพื่อเสริมทักษะและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 การกำจัดอุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก โดยแบ่งกลุ่มอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันโรคทางเดินหายใจในเด็ก สรุปปัญหาและร่วมกันวางแผนแนวทางลดอุปสรรค พร้อมแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

สัปดาห์ที่ 2-5 ดำเนินกิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สนับสนุนให้ผู้ปกครองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคแก่เด็ก พร้อมติดตามผลเป็นระยะ เพื่อทบทวนและเน้นย้ำความเสี่ยง ความรุนแรง ผลกระทบ และประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระตุ้นให้เกิดความใส่ใจต่อเนื่องในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็ก โดยใช้เวลาแต่ละครั้ง 10–15 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมที่ 8 สรุปการเรียนรู้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสซักถาม พร้อมตอบแบบประเมินแบบออนไลน์ post-test ครั้งที่ 1 เมื่อสิ้นสุดการเข้า

ร่วมโปรแกรมฯ และกล่าวคำขอบคุณ

สัปดาห์ที่ 9 ให้ตอบแบบประเมินแบบออนไลน์ post-test ครั้งที่ 2 เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และยุติการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ สถิติค่าที (Independent t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม สำหรับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ปกครอง ใช้ Repeated Measures ANOVA วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงใน 3 ระยะ คือ ก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9 โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.4 และกลุ่มทดลองร้อยละ 81.5 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงกลาง (กลุ่มควบคุม = 36.56 ปี, SD = 8.98; กลุ่มทดลอง = 34.18 ปี, SD = 5.83) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ครอบครัวระดับปานกลางถึงต่ำ สำหรับข้อมูลของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 5 ปี (92.6%) ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุ 3–4 ปี (51.9% และ 48.1% ตามลำดับ) เด็กชายและเด็กหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่มเคยเข้าใช้บริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉลี่ย 2–3 ปี และมีสุขภาพแข็งแรงดี โดยเคยมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาในอัตราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37–48) ผลการทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้ง 2 กลุ่มมี ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 48.81 (SD = 3.39) และกลุ่มควบคุม 48.78 (SD = 3.42) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การป้องกันการแพร่เชื้อ ($\overline{X}$= 3.70), การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ($\overline{X}$= 8.04) และการสังเกตอาการผิดปกติ ($\overline{X}$= 2.18)

ตาราง การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนหลังได้รับการดูแลตามปกติและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุม (n = 27) และกลุ่มทดลอง (n = 27) ในสัปดาห์ที่ 6 และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 9

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	$\overline{X}$ (SD)			F Interaction effect	p-value
	Pre-test	Post-test 1 (6 สัปดาห์)	Post-test 2 (9 สัปดาห์)		
กลุ่มควบคุม	48.78 (3.42)	49.85 (3.62)	49.92 (2.89)	317.98	.000*
กลุ่มทดลอง	48.81 (3.39)	68.89 (3.33)	70.44 (1.55)		

*p < .001 หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วย Repeated Measures ANOVA

ตารางแสดง ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่1 พบว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 6 และ 9 ($p < .001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมรวมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัปดาห์ที่ 6 มีค่าเฉลี่ย 68.89 (SD = 3.33) และสัปดาห์ที่ 9 เพิ่มขึ้นเป็น 70.44 (SD = 1.55) แสดงถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ปกครองที่ดีขึ้นและอยู่ในระดับสูง และผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่า ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=317.98$, $p<.001$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ($\overline{X}$=5.44, SD=0.93) การสังเกตอาการผิดปกติ ($\overline{X}$=3.00, SD=0.00) และการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ($\overline{X}$= 13.40, SD = 0.84) มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.00$, $p < .001$; $t = 6.80$, $p < .001$; $t = 15.16$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ซึ่งเห็นได้ว่าโปรแกรมฯนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนตามแนวคิดของ สเตชเชอร์และโรเซนสตอก[15] เนื่องจากผู้วิจัยใช้กลไกของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล (Individual perception) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ (Likelihood of action) มาช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอย่างเป็นระบบและครอบคลุมให้กับผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการส่งเสริมการรับรู้ทั้ง 3 องค์ประกอบหลักพร้อมกันอย่างเป็นระบบ ในองค์ประกอบแรกโปรแกรมฯ ส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ผ่านการประเมินปัจจัยเสี่ยงของแต่ละครอบครัวและการชมวิดิทัศน์ที่แสดงผลกระทบรุนแรงของโรค ในขณะเดียวกันปัจจัยร่วมได้ถูกเสริมสร้างผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และทักษะการปฏิบัติพร้อมกับการใช้ต้นแบบบุคคลตัวอย่าง การสร้างสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ผ่านการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และควบคู่ไปกับการส่งเสริมความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติผ่านการเน้นประโยชน์ (Perceived benefits) และการลดอุปสรรค (Perceived barriers) โดยการฝึกปฏิบัติทักษะจริงและการแก้ไขอุปสรรคเฉพาะของแต่ละครอบครัว การดำเนินงานแบบบูรณาการทั้ง 3 องค์ประกอบพร้อมกันนี้ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอย่างเป็นรูปธรรม ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความเชื่อในประสิทธิผลของการป้องกันและความมั่นใจในความสามารถของตนเอง พร้อมทั้งการลดอุปสรรคในการปฏิบัติและการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินการป้องกัน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ปกครองมีการรับรู้ที่น้อยเกี่ยวกับความเสี่ยงและไม่มั่นใจในวิธีการป้องกันที่เหมาะสม แต่หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มีความเชื่อมั่นในประโยชน์ของการป้องกันโรค มีทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติ และสามารถจัดการกับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ และทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการทั่วไปจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

นอกจากนั้นผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการทั่วไปจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่มีความครบถ้วนและเป็นระบบมากกว่า ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางปกติของศูนย์เด็กเล็กซึ่งเน้นการดูแลตามมาตรการพื้นฐานของศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพเพื่อแยกเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยออกจากกลุ่มปกติ การเฝ้าระวังเพื่อสังเกตอาการผิดปกติและแจ้งเตือนผู้ปกครองทันที การส่งเสริมให้ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ การจัดการสภาพแวดล้อมภายในศูนย์ให้เหมาะสม สะอาดและปลอดภัย และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคแบบทั่วไป[22] แม้ว่ามาตรการเหล่านี้ จะเป็นแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในระดับพื้นฐาน แต่ไม่ได้มีการส่งเสริมการรับรู้อย่างเป็นระบบ ไม่มีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ปกครอง ไม่มีการติดตามและกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องและไม่มีการแก้ไขอุปสรรคเฉพาะของแต่ละครอบครัว จึงทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปกครองในกลุ่มควบคุมมีความจำกัดและไม่ต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001[18] อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ต่อการป้องกันสูงขึ้น ลดอุปสรรค และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[19] ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการองค์ประกอบสำคัญของกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การให้คำปรึกษาและติดตามพฤติกรรมผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นเครื่องมือหลักในการให้ข้อมูลข่าวสารและการกระตุ้นเตือน

โดยการใช้ช่องทางดิจิทัลที่หลากหลาย เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ยูทูบ และเฟซบุ๊ก เมื่อบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับโปรแกรมสามารถเพิ่มระดับการรับรู้และพฤติกรรมการลดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)[17,20] จะเห็นถึงศักยภาพของการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในกลุ่มประชากรอื่นผ่านการใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในศูนย์เด็กเล็กวัยก่อนเรียนพร้อมทั้งมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่เชื้อ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการสังเกตอาการผิดปกติของเด็ก ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลบุตรและลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยอื่น เช่น ผู้ปกครองเด็กวัยเรียน หรือในการป้องกันโรคติดเชื้อชนิดอื่นที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย

References

1. World Health Organization. Pneumonia in children. Geneva: WHO; 2025.
2. Strategy and planning division of Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2023. Nonthaburi: Strategy and planning division of Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
3. Ministry of Interior. Child Development Center Situation Report A.D. 2023 [Report]. Bangkok: Ministry of Interior; 2023. (in Thai)
4. Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, & Hotez PJ. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Respiratory viruses and young children. Atlanta: CDC; 2025.
6. Piaget J. Cognitive development in children: Development and learning. Journal of Research in Science Teaching. 1964;2(3): 176-86.
7. Klanklin P. Pediatric nursing for health promotion. 2nd ed. Bangkok: Smart Coating and Service; 2018. (in Thai)
8. Kaewsuk C, Srisai P, & Wannasilp N. Disease perception and self-efficacy with prevention behaviors of respiratory tract diseases among mothers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(3):112-20. (in Thai)
9. Sarah S, Risti RS & Pradanie R. The relationship between mother's behavior in preventing acute respiratory infection (ARI) and the incidence of ARI in toddlers at the Kalijudan Health Center, Surabaya. Journal of Health Sciences and Prevention. 2023;7(1):59–64.
10. Manh TH, Ai ML, Tuan AN, & Le Viet T. Knowledge, attitudes and practices of mothers during care of children with acute respiratory infections under 5 years old. International Journal of Africa Nursing Sciences. 2023;19(2):1-8.
11. Tahoun MM, Hashem MI, & Abdel-Hady DM. Risk factors of acute respiratory tract infections among children under 5 years of age in Upper Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal. 2019;25(7):441-9.
12. Thaw S, Santati S, & Pookboonmee R. Factors related to preventive behaviors among parent caregivers of children under five years with acute respiratory tract infection in Myanmar. Makara Journal of Health Research. 2019;23(1):6-14.
13. Wicha T, Chailangka W, Somboon L, Kaewkhajorn S, & Ayuyuen B. Health literacy and care behaviors in prevention of respiratory tract infections among parents of preschool children in child development centers. Nursing Journal. 2023;50(2):195-211. (in Thai)

14. Laemae Y, Hiranyanucht S, & Sribuaban W. Relationship between health perception and prevention behaviors of respiratory tract infections in children under 5 years old. Journal of Pediatric Nursing Science. 2022; 28(1):67-78. (in Thai)
15. Strecher VJ, & Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, & Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
16. Lawmthaisong J. Factors predicting preventive behaviors of respiratory infected diseases among caregivers of preschool children in child care centers [Master's thesis]. Bangkok: Burapha University; 2016. (in Thai)
17. Bazargani Z, Sarikhani F, Darenjani SK, Amirkhani M, Harsini PA, & Jeihooni AK. The effectiveness of a Health Belief Model-based educational intervention on preventive behaviors of urinary tract infections among mothers with children under six years old. BioMed Central Women's Health. 2022;22(1):1-8.
18. Banthao M. Effectiveness of motivation enhancement program for preventing recurrent pneumonia in children with pneumonia among child caregivers in pediatric ward. Journal of Environmental Medical Education and Health. 2024;9(2): 370-9. (in Thai)
19. Faengphong N, Panyatanakun N, & Boonmun W. Program to promote behaviors prevention of coronavirus–2019 (COVID-19) disease of parents pre school-aged children in child development center. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):383-92. (in Thai)
20. Danpradit P, & Prasitsary N. Effects of the health belief model educational program on perceptions and preventive behaviors of COVID-19 in secondary school students: Effect of educational program on Prevention Behavior of COVID-19. Vajira Medical Journal. 2023;67(3):575-82.
21. Polit DF & Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing Practice. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2024.
22. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for disease and health hazard prevention and control for childcare providers. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี

Lifestyle of Healthy Elders Aged 80 Years and Over

อนัญญา โสภณนาค พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม* วรางคณา สายสิทธิ์
Anunya Soponnark Panittanan Sealim* Warangkana Saisit
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000
Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University,
Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 13 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก การสังเกต และการจดบันทึกในระหว่างการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi ผลการวิจัยพบวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปที่มีสุขภาพดี ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ 1) การดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) ทำนาเป็นอาชีพหลัก 1.2) มีกิจกรรมยามว่างระหว่างวัน 1.3) ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ปรุงอาหารบริโภคเอง 2.2) ใช้อาหารเสริมตามความเชื่อ 2.3) ออกกำลังกายเบาๆอย่างสม่ำเสมอ 3) การจัดการปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) พบแพทย์เพื่อรักษาโรค 3.2) ดูแลตนเองแม้มีข้อจำกัดด้านร่างกาย 3.3) ใช้ความเชื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย 4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 4.1) ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว 4.2) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอ 5) ปรับตัวปรับใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 5.1) งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา 5.2) ออมเงินสำรอง 5.3) ปล่อยวางได้ใจเป็นสุข

ผลการศึกษานี้สามารถเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรการแพทย์ วางแผนดูแลส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, วิถีชีวิต, การสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี

Abstract

This qualitative research aimed to explore the lifestyles of healthy older adults aged 80 years and above. A total of 13 participants were purposively selected. Data were collected through in-depth interviews, observations, and field notes. Data were analyzed using Colaizzi's (1978) method. The findings revealed five main themes describing the lifestyles of healthy older adults aged 80 years and over: 1) Daily living, consisting of three subthemes: 1.1) working in rice farming as the primary occupation, 1.2) engaging in daily leisure activities, and 1.3) using religion as a source of spiritual support; 2) Health care behaviors, consisting of three subthemes: 2.1) preparing meals independently, 2.2) using dietary supplements based on personal beliefs, and 2.3) performing light exercise regularly; 3) Health problem management, consisting of three subthemes: 3.1) consulting physicians for medical treatment, 3.2) self-care despite physical limitations, and 3.3) using beliefs

Corresponding author *Email: Panittanan24@gmail.com

วันที่รับ (received) 3 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ก.ย. 2568

to alleviate health symptoms; 4) Social and family interactions, consisting of two subthemes: 4.1) receiving care and attention from family members, and 4.2) regularly participating in social activities; 5) Adaptation to aging, consisting of three subthemes: 5.1) quitting smoking and alcohol consumption, 5.2) saving money for emergencies, and 5.3) letting go and achieving peace of mind.

The results of this study can serve as a practical guideline for nurses and healthcare professionals to plan care, promote health, and appropriately enhance the quality of life among older adults.

Keywords : elderly, lifestyle, healthy aging

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมานานกว่า 10 ปี โดยมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญ ในขณะที่สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวยังคงดำเนินต่อไป ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” หมายถึงการที่ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 และในระยะต่อมาอาจเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[1] ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด[2] การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนำไปสู่การเพิ่มจำนวนของประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล[3]

ถึงแม้จะมีข้อมูลจำนวนมากเกี่ยวกับผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพในภาพรวม แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกที่มุ่งเน้นผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ยังมีสุขภาพดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักยภาพ ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลเชิงคุณภาพที่สามารถสะท้อนมุมมองและประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ (Emic view) เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคม[4] ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตอย่างยั่งยืนรวมทั้งความต้องการและรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและตอบโจทย์ตามบริบทของแต่ละชุมชนอย่างแท้จริง

ในบริบทของอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จากการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพื่อการดูแล ปีงบประมาณ 2566 พบว่าจังหวัดราชบุรีมีจำนวนผู้สูงอายุ 163,170 คน เข้ารับการประเมินสมรรถนะ (ADL) จำนวน 95,676 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม 93,199 คน (ร้อยละ 97.41) ซึ่งเมื่อดูรายละเอียดพบว่า อำเภอบ้านโป่งมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 19,094 คน สูงเป็นอันดับที่ 1 จากทุกอำเภอ ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เนื่องจากมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังมีการเข้าสังคมและมีศักยภาพในการดำรงชีวิต ยังขาดการศึกษาเชิงลึกที่จะนำข้อมูลไปออกแบบแนวทางพัฒนาการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ตลอดจนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะในบริบทของผู้สูงอายุในเขตเมือง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มของงานวิจัยที่ผ่านมาเน้นการศึกษาเชิงปริมาณเป็นหลัก จึงยังขาดข้อมูล เชิงลึกเกี่ยวกับมิติทางสังคมและประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นที่จะเติมเต็มช่องว่างทางความรู้ดังกล่าว เพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อวิถีชีวิตและปัจจัยสนับสนุนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป และใช้ผลการศึกษานี้เป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุและข้อเสนอเชิงนโยบายที่ตอบสนองต่อความต้องการ

ของผู้สูงอายุในสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี

คำถามการวิจัย

วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ80ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดีเป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของฮัสเซิร์ล (Husserl) เพื่อบรรยายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และความจริงจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและมีสุขภาพดี อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดกรองตามเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีผลตรวจสุขภาพประจำปีอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) มีคะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) อยู่ระหว่าง 12–20 คะแนน ซึ่งแสดงว่าไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา 4) มีคะแนนการประเมินกิจกรรมที่ซับซ้อนในชีวิตประจำวัน (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) อยู่ระหว่าง 9–12 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคม 5) มีสุขภาพแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้มีโรคประจำตัวที่พบได้ตามวัย เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง 6) ไม่มีโรคทางระบบประสาทหรือสมองที่ส่งผลต่อความจำ เช่น ภาวะสมองเสื่อม จากการวินิจฉัยของแพทย์ 7) มีสติสัมปชัญญะดี การได้ยินอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างชัดเจน และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีเครื่องมืออื่น ๆ ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิตอล 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบบันทึกภาคสนาม 4) แบบบันทึกการถอดข้อความ และ 5) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คำถามหลัก 1 ข้อ และคำถามย่อย 8 ข้อซึ่งครอบคลุมถึงคำว่าวิถีชีวิต ซึ่งแนวคำถามจะมีลักษณะยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกหรือเล่าเรื่องราววิถีชีวิต อย่างอิสระ โดยผู้วิจัยใช้ภาษาเดียวกันกับผู้สูงอายุเป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเกิดความเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล[5]

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ใบรับรอง 020/2567 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดและตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั่งถึงการเสนอผลการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการสัมภาษณ์รวมถึงขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิของตน เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ หลังจากผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะทำการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงร่างวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มอาสาสมัครผ่านผู้นำชุมชนในพื้นที่เพื่อขอสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ภายหลังจากการแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้ขอรับความยินยอมจากผู้สูงอายุก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ซึ่งใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ โดยเน้นการสนทนาในลักษณะโต้ตอบ (Interactive Questioning) ซึ่งประกอบด้วยการสอบถาม ชวนพูดคุย ทวนสอบ สะท้อนคิด และตรวจสอบความเข้าใจร่วมกับผู้ให้ข้อมูล ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงควบคู่กับการจดบันทึกภาคสนาม (Field Note)

การเก็บข้อมูลดำเนินการจำนวน 1-2 ครั้ง ใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และครั้งที่สองทางโทรศัพท์ประมาณ 5-10 นาที สำหรับผู้สูงอายุสองรายที่ผู้วิจัยต้องการยืนยันข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ทั้งหมดจัดขึ้น ณ บ้านพักของผู้สูงอายุ เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวก และสร้างบรรยากาศความเป็นส่วนตัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้อย่างเปิดเผย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินควบคู่ไปกับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามแนวทางของ Colaizzi[6] ซึ่งมุ่งเน้นการค้นหาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปและยังคงมีสุขภาพดี โดยเริ่มจากการอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์หลายรอบอย่างละเอียด เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบริบทของข้อมูล จากนั้นจึงคัดเลือกข้อความหรือถ้อยคำที่สะท้อนประสบการณ์สำคัญของผู้ให้ข้อมูล นำมาทำการเข้ารหัส (Coding) และจัดกลุ่มรหัสที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกันไว้ในหมวดเดียวกัน จากนั้นวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักและประเด็นรอง พร้อมจัดเรียงเนื้อหาให้เป็นลำดับโครงสร้าง และใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมาเป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการนำเสนอผลการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของ Guba และ Lincoln[7] มาใช้ โดยได้นำบทสัมภาษณ์ที่ถอดคำต่อคำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Member checking) ซึ่งทุกคนยืนยันว่าข้อมูลตรงกับสิ่งที่ตนได้ให้สัมภาษณ์ โดยไม่มีการเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูลแต่อย่างใด นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของการวิเคราะห์ (Peer debriefing) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดเห็นสอดคล้องกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวมีส่วนร่วมสนับสนุนความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) และความเป็นกลางของผู้วิจัย (Confirmability)

ผลการวิจัย

วิถีชีวิตของการเป็นผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดี พบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การดำเนินชีวิตประจำวัน 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 3) การจัดการปัญหาสุขภาพ 4) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว และ 5) ปรับตัวปรับใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีข้อมูลผลการวิจัยในแต่ละประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้สูงอายุทั้งหมด 13 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักตั้งแต่สมัยหนุ่มสาว ส่วนใหญ่ทำนา มีกิจวัตรประจำวันตลอดทั้งวัน มักไม่อยู่เฉย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าวัด ทำบุญ บ่อยครั้ง โดยสามารถแยกการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังหัวข้อต่อไปนี้

1.1) ทำนาเป็นอาชีพหลัก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำนาตั้งแต่วัยหนุ่มสาว ทำเป็นประจำไม่ได้หยุด ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ก็ทำนา ปลูกข้าว เพิ่งหยุดทำไม่นานนี่เอง” (ID1) “ทำไร่ทำนาไม่ได้หยุด ทำทุกวัน ไปทำนาก็ทำทุกวัน ”(ID7) “ตั้งแต่เป็นสาวไม่ได้หยุดหรอก นาไม่มีก็ไปจ้างเขาดำนา” (ID10) บางรายปัจจุบันแม้เข้าสู่วัยสูงอายุก็ยังมีทำบ้างเล็กน้อย “เมื่อก่อนทำไร่ทำนาทุกวัน พอมาตอนนี้ร่างกายเปลี่ยนก็ยังทำบ้างนิดหน่อย...ยังอดไม่ได้”

1.2) มีกิจกรรมยามว่างระหว่างวัน

ผู้สูงอายุเล่าว่าช่วงกลางวันถึงแม้ตนเองจะเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ไม่ได้อยู่บ้านเฉย ๆ มีกิจกรรมยามว่างระหว่างวัน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “กลางวันทำสารพัด บางทีก็กวาดหญ้ามั่งอะไรมั่ง ทำเรื่อยไป บางทีก็ปั่นจักรยาน” (ID9) “กลางวันฉันก็จักสาน...เอาไปขายเขา” (ID11) ผู้สูงอายุรายหนึ่งชอบดูโทรทัศน์เพื่อความเพลิดเพลิน แต่จะไม่ดูอะไรที่รุนแรงหรือเกิดความเครียด “กลางวันยายชอบดูโทรทัศน์ช่องอะไรที่มันเพลิน ๆ รักกันหวานแหวว ตลก ๆ ดูแล้วอารมณ์ดี อะไรที่แย่งกัน รุนแรงจะไม่ชอบ” (ID13)

1.3) ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ

ผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ อยู่ในศีลธรรม เข้าวัด ทำบุญ หรือกิจกรรมทางศาสนาอื่น ๆ เช่น ทอดกฐิน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “ผมไม่ชอบคุยลามกเลย กับเพื่อนฝูงเนี่ยบอกเลย ไม่ชอบ อย่ามาคุยกับกู...ชอบเข้าวัด เข้าวัดตั้งแต่หนุ่ม ๆ มันสบายใจ” (ID1) “ไม่เคยหยุดเลย ใส่บาตร ใส่ประจำ ผมใส่ตลอดไม่เคยได้หยุดเลย” (ID8)

“ใครเขาชวนก็ไปงานทอดกฐินเนี่ยก็ไป เอากล้วยไปให้ 2 ต้น 2 เครือทุกปีแหละ” (ID10)

ประเด็นที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่หลากหลาย ทั้งการเตรียมอาหารปรุงเองที่บ้าน ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตามความเชื่อส่วนบุคคล รวมไปถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยสามารถแยกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดังหัวข้อต่อไปนี้

2.1) ปรุงอาหารบริโภคเอง

ผู้สูงอายุเชื่อว่าอาหารที่ทำเองจะปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการมากกว่าอาหารที่ไปซื้อจากร้านค้า เน้นการปรับประทานผัก ผลไม้ ปลา และอาหารรสชาติจืด รับประทานอาหารตรงเวลา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “กินตรงเวลาสม่ำเสมอ อาหารทำเอง ชอบกินจืด ชอบธรรมชาติ เค็มนี่ไม่ชอบ” (ID8) “กินอาหารทำเอง ไม่ซื้อแกงถุง เลือกกินตามสุขภาพ ลดเผ็ด ลดมัน” (ID4) “กินอาหารทำเองตลอดแหละ ไม่ซื้อแกงถุง ห่วงเรื่องความสะอาด... ฉันนะเคยเห็นแม่ค้าที่ตลาดใช้น้ำก๊อก หลังจากนั้นเนี่ยฉันไม่ซื้อกินอีกเลย” (ID5) “ทานอะไรก็จะเน้นผัก ปลา เคยทานอาหารเผ็ดแต่รู้ว่าไม่ดี เลยงดไป เอาจืด ๆ หน่อย” (ID6) “กับข้าวทำเองต้องทำเอง ลูกสาวทำ ซื้อมาก็กินไม่ได้ เดี๋ยวนี้เขาทำหวานมาก หมูไก่ไม่ค่อยกิน กินแต่ปลา” (ID7)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุจะไม่นิยมดื่มน้ำอัดลม ส่วนใหญ่ดื่มน้ำเปล่า และเป็นน้ำเปล่าอุณหภูมิห้อง “ดื่มน้ำเปล่าธรรมดาหรือน้ำเย็นเล็กน้อยไม่ชอบน้ำแข็ง” (ID6) “ตั้งแต่สาวๆกินแต่น้ำเปล่า น้ำอัดลมไม่ชอบ กินน้ำแข็งบ้างแล้วแต่ นานๆที” (ID9) “ไม่กินน้ำแข็ง น้ำเย็น กินแต่น้ำธรรมดา น้ำอัดลมก็กินบางที กินน้ำส้ม ไม่ได้ชอบหรอก พอกินได้ น้ำธรรมดา ไม่ได้กินหรอกน้ำเย็น กินน้ำธรรมดา แยกเอาใส่กระติกไว้ต่างหาก คนอื่นเขาอยากกินน้ำแข็งก็ใส่ไว้ให้เขากิน เราไม่กิน หน้าร้อนก็ไม่กิน ก็กินธรรมดาเรา ไม่เอาน้ำตู้เย็น (น้ำแช่เย็น)” (ID10)

2.2) ใช้อาหารเสริมตามความเชื่อ

ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าผลิตภัณฑ์บางอย่างดีและทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “กินกาแฟยิ่งยง(หัวเราะ)กินมาหลายปีแล้ว กินแล้วก็ไม่ค่อยปวดขา ลูกหาซื้อมาให้ กินแต่เช้า” (ID11) “เอนชัวร์ (ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม) ฉันกินเสริมนะ ไม่ได้กินแทนข้าว ช่วงไม่ค่อยมีแรงถึงกิน กินเรื่อย ๆ มา ถังเช่ายิ่งยงด้วย เห็นเขากินแล้วดี” (ID12)

2.3) ออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการออกกำลังกายเบาๆอย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “การออกกำลังกายไม่ใช่งาน แต่ต้องใจจดจ่อกับมัน, ไม่เคยขาดการออกกำลังกาย sit up 20 ครั้งทุกวัน ไม่เคยลดละกับการดูแลตัวเอง” (ID6) “ตื่นนอนมาออกชั่วโมงนึง ยืดเส้น ยืดสาย ยกขามั่ง ขยับร่างกาย” (ID13)

“ออกกำลังกายทุกคืน กระดกขา ยกแข้งยกขา” (ID2) “เดินตอนเช้าทุกวัน กวาดใบไม้มั่งอะไรมั่ง (ID1)”

ประเด็นที่ 3 การจัดการปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุแต่ละรายมีการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองที่หลากหลาย ดังหัวข้อต่อไปนี้

3.1) พบแพทย์เพื่อรักษาโรค

ผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัว รักษาโดยไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังต่อไปนี้ “โรคมีแค่ความดัน กินยาจากคลินิก ก็ไปหาหมอเขานัดก็ไปทุกครั้ง กินยาตลอดไม่ขาด” (ID5)

3.2) ดูแลตนเองแม้มีข้อจำกัดด้านร่างกาย

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพ มีข้อจำกัดด้านร่างกาย แต่ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง โดยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน “ฉันเป็นเบาหวาน ฉันก็กินยาตลอด ขาไม่ค่อยดีก็ดูเท้าระวังไม่ให้มันมีแผล เดี๋ยวมันจะโดนตัดเอา” (ID3)

3.3) ใช้ความเชื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุบางรายใช้ความเชื่อส่วนบุคคลช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเอง “เอ๊ะ...ปวดไป ปวดมา มันไม่หายสักที ก็ให้ลูกพาไปเป่าน้ำมันก็หายปวด ดีขึ้นเมื่อก่อนนี้ปวดนะ แปลกแท้ๆ” (ID10)

ประเด็นที่ 4 ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว

ผู้สูงอายุทุกรายมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว อาศัยอยู่กับครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ดังหัวข้อต่อไปนี้

4.1) ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคนในครอบครัว ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความสุขจากการได้อยู่ใกล้ชิดลูกหลาน “ลูกดูแลให้กินยา” (ID2) “ปัจจุบันลูกดูแลเรื่องอาหารของใช้ ดูแลรายเดือน...มีความสุขเมื่อได้อยู่กับลูกหลาน

รู้สึกไม่เหงา” (ID5) “ลูกหลานช่วยดูแล ไม่มีเรื่องล้ม คอยระวังตัวเองดี” (ID4)

4.2) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมชมรมสม่ำเสมอ พบปะเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน บางครั้งเดินทางไปต่างจังหวัด “ก็ว่างๆเข้าชมรมตามเขานัดตลอดเลย มันได้เจอเพื่อนสนุกดี บางทีเขาก็มีพาไปเที่ยวต่างจังหวัดกันบ้าง ไอเราก็ไปกับเขา” (ID1) “มีไปต่างจังหวัดกับเพื่อนไปทั่วเลยแหละ ใต้ อะไรไปหมดแหละ เจอกันที่ชมรมบ่อยมั่งเหงาๆ” (ID12)

ประเด็นที่ 5 ปรับตัวปรับใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องมีการปรับทั้งพฤติกรรม ความคิด และทัศนคติ เพื่อให้ตนเองสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างสงบสุข นำไปสู่วิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี ดังหัวข้อต่อไปนี้

5.1) งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ผู้สูงอายุเพศชายบางราย เดิมสมัยหนุ่มสูบบุหรี่และดื่มสุรา ช่วงเข้าสู่วัยสูงอายุจึงงดสูบบุหรี่และดื่มสุราเพื่อสุขภาพของตน “เลิกเหล้า บุหรี่นานแล้ว เพราะรู้สึกไม่ดีต่อร่างกาย” (ID4)

5.2) ออมเงินสำรอง

ผู้สูงอายุเริ่มเก็บออมเงิน และพยายามไม่เป็นหนี้ ตระหนักว่าเมื่ออายุยิ่งมากขึ้นยิ่งต้องใช้เงินอีกมาก “เรามีเท่าไรก็ใช้เท่านั้น พยายามไม่เป็นหนี้ ไม่ยืมใครเขา มีเงินเก็บไว้ตอนแก่ขึ้นมันต้องใช้อีกมาก” (ID1)

5.3) ปล่อยวางได้ใจเป็นสุข

ผู้สูงอายุเล่าว่าตนเองต้องเริ่มเรียนรู้การปล่อยวางหลายอย่างในชีวิต เพื่อความสบายใจและความสุขในบั้นปลายชีวิต “อายุก็ปูนนี้แล้ว (ยิ้ม) จะไปอะไรกับมันมากแค่นี้ก็ดีมาก ๆ ชีวิตมีความสุข แต่ต้องปล่อยวาง” (ID6) “บางครั้งลูกมันก็บ่น ก็ช่างมัน เราแก่แล้วเราก็ปล่อยวาง ไม่เอาแล้ว (หัวเราะ)” (ID13) นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนเองยังสามารถดูแลตนเองได้ “ภูมิใจในตัวเอง ป้าเนี่ยนะได้รางวัลสุขภาพดี ก็ดีใจ” (ID6)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีสุขภาพดีพบว่า

ประเด็นที่หนึ่ง การดำเนินชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำนา ซึ่งสะท้อนถึงการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางกายช่วยลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังและเพิ่มความแข็งแรง อีกทั้งการทำเกษตรยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ลดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกโดดเดี่ยว การที่ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตใกล้ชิดธรรมชาติและชุมชนมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมในผู้สูงอายุ[8] นอกจากนี้พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมยามว่างระหว่างวันช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้ระบบไหลเวียนโลหิตและการทำงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น อีกทั้งยังส่งผลดีต่อสุขภาพจิต ลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[9] การมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงและคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น การศึกษานี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การประกอบกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงขึ้น และพบว่าความศรัทธายังมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงในระยะยาว[10] ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การประเมินศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้คำแนะนำและสนับสนุนการประกอบกิจกรรมที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมเบาๆ ระหว่างวัน โดยส่งเสริมกิจกรรมที่มีความหมายทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน และดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและค่านิยมของตน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม

ประเด็นที่สอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการปรุงอาหารบริโภคเองด้วยวัตถุดิบที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ผัก ผลไม้ และปลา พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือมีสารปนเปื้อน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่ทำอาหารรับประทานเองมักเลือกวัตถุดิบที่สดใหม่และมีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและโรคหัวใจ การทำอาหารเองยังช่วยควบคุมปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมได้ดีกว่าอาหารสำเร็จรูป[11]

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไม่นิยมบริโภคน้ำอัดลมหรือน้ำเย็นจัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การดื่มน้ำเปล่าอุณหภูมิห้องช่วยลดการทำงานของระบบย่อยอาหารและระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลดีต่อสุขภาพและอายุยืนในผู้สูงอายุ[12] การใช้อาหารเสริมตามความเชื่อ เช่น สมุนไพร วิตามิน หรือ

ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ เป็นที่แพร่หลายในผู้สูงอายุ โดยมีส่วนช่วยด้านจิตใจและความมั่นใจในสุขภาพ หากใช้อย่างเหมาะสมร่วมกับการออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินหรือโยคะ จะช่วยลดความเสื่อมของระบบต่าง ๆ และเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน พฤติกรรมดังกล่าวสัมพันธ์กับอายุยืนและลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[13] อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้อาหารเสริมควรอยู่ภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเพื่อความปลอดภัย[14] พยาบาลจึงควรส่งเสริมและสนับสนุนการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลตามความสามารถและความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตโดยรวม ดังนั้นพยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การตรวจสอบความเหมาะสมของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังควรประเมินปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรม เหล่านี้และให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ[15]

ประเด็นที่สาม การจัดการปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนมีรูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งในเชิงระบบสุขภาพ การดูแลตนเอง และการใช้ความเชื่อส่วนบุคคล ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับการพบแพทย์เพื่อรักษาโรค สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่อง ยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสัมพันธ์กับการมีอายุยืน[16] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเอง แม้มีข้อจำกัด เช่น การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานหรือภาวะข้อเข่าเสื่อม ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน[17] รวมถึงการใช้ความเชื่อพื้นบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การเป่าน้ำมัน หรือใช้สมุนไพร เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการบรรเทาอาการเจ็บป่วย ซึ่งควรได้รับการประเมินร่วมกับแนวทางสุขภาพสมัยใหม่[18] ดังนั้นบทบาทของพยาบาล คือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น การใช้ยาอย่างถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ความเชื่อพื้นบ้านควบคู่กับหลักวิชาการ เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพ[18]

ประเด็นที่สี่ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัว การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง[19] ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพจิต อีกทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แน่นแฟ้นยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคมในระดับครอบครัวจึงมีบทบาทในการเพิ่มคุณภาพชีวิตและความยืนยาวของผู้สูงอายุ[20] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบปะเพื่อนวัยเดียวกัน และร่วมกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การเดินทางท่องเที่ยว หรือการเข้าร่วมงานบุญต่าง ๆ ซึ่งช่วยลดความเหงาและส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์[19] ดังนั้นบทบาทของพยาบาล คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ[19]

ประเด็นที่ห้า ปรับตัวปรับใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักปรับพฤติกรรมและทัศนคติเพื่อให้ตนเองอยู่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจได้อย่างสงบสุข สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการงดสูบบุหรี่และดื่มสุราช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง และถุงลมโป่งพอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้สูงอายุ พฤติกรรมงดสารเสพติดเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว[21] และยังพบว่าการมีความรู้ด้านการเงิน (financial literacy) และการวางแผนการเงินที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพลดความเครียดทางการเงิน ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพจิตและร่างกาย การมีความมั่นคงทางการเงินยังสัมพันธ์กับการลด ความเสี่ยงจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเพิ่มอายุขัย[22] นอกจากนี้การปรับใจให้ปล่อยวางและมองโลกในแง่บวกมีผลต่อสุขภาวะจิตใจที่ดี ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวขึ้น[23] ดังนั้นบทบาทของพยาบาล คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การให้กำลังใจ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สร้าง

ความหมายและคุณค่า พยาบาลควรประเมินภาวะจิตใจอย่างต่อเนื่องและให้การดูแลอย่างเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย[23]

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่าการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตท้องถิ่น ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการประเมิน ส่งเสริม และสนับสนุนศักยภาพของผู้สูงอายุในทุกมิติ[23]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลชุมชนสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยส่งเสริมกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจกรรมเบา ๆ การปฏิบัติศาสนกิจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อรักษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง

2. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไปในแต่ละพื้นที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยพัฒนาแบบสอบถามจากประเด็นที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ ทำการสำรวจกลุ่มใหญ่ เพื่อดูแนวโน้ม พฤติกรรม หรือความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

References

1. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. Report 2024; (in Thai)
2. Report 2024. Strategy of the Department of Elderly Affairs, 20 years. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2024. (in Thai)
3. Vudhironarit S, & Pommala W. The Caring for Bedbound Old Adult: A Systematic Review. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3):367-75. (in Thai)
4. Chantavanich S. Data analysis in qualitative research. 12th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2016. (in Thai)
5. Nak-ai W, Jiawiwatkul U, Temsirikulchia L, & Nontapattamadul K. Community public policy process for solving cadmium contamination problems in the environment: A case study of Mae Sod District, Tak Province. Kasetsart Journal of Social Sciences. 2017;39(1):59–66.
6. Holloway I, & Wheeler S. Qualitative research for nurses. London: Blackwell Science; 1996.
7. Guba EG. Naturalistic inquiry. California: SAGE; 1985.
8. Sia A, Tam WWS, Fogel A, Kua EH, Khoo K, & Ho RCM. Nature-based activities improve the well-being of older adults. Scientific Reports. 2020;10(1):18178–8.
9. Choi M, Lee M, Lee MJ, & Jung D. Physical activity, quality of life and successful ageing among community-dwelling older adults. International Nursing Review. 2017;64(3): 396–404.
10. Chida Y, Steptoe A, & Powell LH. Religiosity/ spirituality and mortality. A systematic quantitative review. Psychotherapy and Psychosomatics. 2009;78(2):81–90.
11. Wolfson JA, & Bleich SN. Is cooking at home associated with better diet quality or weight-loss intention? Public Health Nutrition. 2015;18(8):1397–406.
12. Tan CCS, Chin LKK, & Low ICC. Thermoregulation in the aging population and practical strategies to overcome a warmer tomorrow. Proteomics. 2020;20(5-6):e1800468.

13. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, & Kroemer G. Hallmarks of aging: an expanding universe. Cell. 2023;186(2):243–78.
14. Denham BE. Dietary supplements--regulatory issues and implications for public health. Journal of the American Medical Association. 2011;306(4):428–9.
15. Alanezy MA, Alahmarai FFS, Al-Bisha KM, Al-Khairy AA, Almutairi SA, Almansuor MMS, et al. Promoting healthy ageing: the role of nurses in preventive geriatric care. Journal of International Crisis & Risk Communication Research. 2024;7(S8):147–57.
16. National Research Council Institute of Medicine. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Woolf SH, Aron L, editors. US Health in international perspective: Shorter lives, poorer health. Washington (DC): National Academies Press; 2013.
17. Noppakhun T, & Chiangkhong A. Barriers and Facilitators of self-management among older adults with knee osteoarthritis in Thailand. Journal of Behavioral Science. 2023;18(3):69–82. (in Thai)
18. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, & Duncan BB. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research & Clinical Practice. 2022;183: 109119.
19. Dechavoot L, Rongmuang D, Udompat P, & Tongdee J. The situation of social participation and social networks among the elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):55–64. (in Thai)
20. Holt-Lunstad J, Smith TB, & Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Medicine. 2010;7(7): e1000316.
21. Manning V, Garfield JBB, Lam T, Allsop S, Berends L, & Best D. Improved quality of life following addiction treatment is associated with reductions in substance use. Journal of Clinical Medicine. 2019;8(9):1407.
22. James BD, Wilson RS, Shah RC, Yu L, Arvanitakis Z, & Bennett DA. Association of financial literacy with hospitalization in community-dwelling older adults. Medical Care. 2018;56(7):596–602.
23. Jang Y, Chiriboga DA, & Small BJ. Perceived discrimination and psychological well-being: the mediating and moderating role of sense of control. International Journal of Aging & Human Development. 2008;66(3):213–27.

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล

Development of a Self-Management Model for Elderly at Risk of Stroke in the Digital Era

จักรกฤษณ์ ผูกจิตร ณัฐชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์* สรัญรัตน์ สิริวัฒน์ธนานันท์ วรวรรณ สุภาตา
Chakkrit Phukji Nutchayaporn Tungdumrongsil* Saranrat Siriwatthananan Worawan Supata
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เชียงราย ประเทศไทย 57100
Faculty of Nursing Chiang Rai Rajabhat University Chiang Rai Thailand 57100

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย จำนวน 50 คน สุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนที่ได้รับรูปแบบการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม 25 คนที่ได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ ความเสี่ยง พฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมถึงค่าความดันโลหิตและไขมัน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Independent t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุต้องการสื่อดิจิทัลที่ใช้งานง่าย มีระบบแจ้งเตือนความเสี่ยง และการดูแลเชิงรุก หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 10 ปีลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($Z=-3.26$; $p=.001$) รวมถึงค่าความดันโลหิตและระดับไขมันที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก เหมาะสำหรับบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การจัดการตนเอง, โรคหลอดเลือดสมอง, การวิจัยและพัฒนา, เทคโนโลยีดิจิทัล

Abstract

This study aimed to develop and evaluate a digital-era self management model for older adults at risk of stroke. A total of 50 older adults residing in Ban Du Subdistrict, Chiang Rai Province, were selected through simple random sampling and assigned to an experimental group (n=25) and a control group (n=25). The experimental group received the developed 12 week self management program, while the control group received routine care. Research instruments included assessments of knowledge, risk level, self management behaviors, blood pressure, and lipid profiles, all demonstrating acceptable reliability. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed-Rank Test, and Independent t-test, whereas qualitative data were analyzed through content analysis.

*Corresponding Author, Email: Natchayaporn.tang@crru.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ธ.ค. 2568

Results indicated that older adults required user friendly digital media, risk alert functions, and proactive support from health personnel. Following the intervention, the experimental group showed significantly higher knowledge and self management behavior scores than the control group ($p<.05$). Ten year stroke risk decreased significantly ($Z = -3.26$; $p = .001$), along with reductions in blood pressure and lipid levels compared with the control group.

In conclusion, the developed self management model effectively improved health behaviors and clinical outcomes among older adults at risk of stroke. Integration into primary healthcare services and enhancement of digital literacy are recommended to support long term sustainability.

Keywords: Elderly, Self-Management, Stroke, Research and development, Digital Era

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชน การใช้ชีวิตที่เร่งรีบและแข่งขันสูงนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารเสี่ยง การขาดการออกกำลังกาย และความเครียดสะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากในผู้สูงอายุ[1] โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองและความพิการอันดับสองของประชากรโลก[2,3] ขณะที่ประเทศไทยมีอัตราป่วยเพิ่มจาก 479 เป็น 645 ต่อประชากรแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2560–2564 สะท้อนถึงความรุนแรงและความเร่งด่วนของปัญหา[4] ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ถึงร้อยละ 80[4] ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และการมีกิจกรรมทางกายน้อย[5] จึงจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงผ่านการจัดการสุขภาพ[6] โดยเฉพาะในบริบทที่ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างสมบูรณ์[7] แนวทางการจัดการตนเอง[8] ซึ่งประกอบด้วยการสังเกต การประเมิน การบันทึก และการเสริมแรงตนเอง จึงถูกนำมาใช้เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง[9] ผ่านการพัฒนาทักษะอย่างเป็นระบบ

สถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย ที่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับบริบทชุมชน และผสานเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง[10,11] โดยศึกษาผลต่อคะแนนการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า[6] พร้อมควบคุมตัวแปรอายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน เพื่อให้ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้วางแผนสาธารณสุขเชิงพื้นที่ได้จริง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการจัดการตนเองด้านสุขภาพ[12,13] เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบต่อการเพิ่มคะแนนการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรค และการลดคะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า[14] ซึ่งจะสนับสนุนการวางแผนด้านสาธารณสุขเชิงพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

สมมติฐาน

1. หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มทดลองมีคะแนนการจัดการตนเองเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเอง

ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้อ้างอิงแนวคิดการจัดการตนเอง[12,13] โดยเน้นกลยุทธ์การสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง การบันทึกตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ผสานกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ตัวแปรอิสระคือรูปแบบการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่พัฒนาสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนตัวแปรตามได้แก่ คะแนนการจัดการตนเอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปี ทั้งนี้กำหนดอายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานเป็นตัวแปรควบคุม เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา[14] เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในยุคดิจิทัล ดำเนินการในชุมชนตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ระยะอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากระยะที่ 1) การศึกษาสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงบริการ ปัจจัยเสี่ยง ทัศนคติ และความสามารถด้านเทคโนโลยีดิจิทัล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลหลัก พร้อมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อระบุปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปใช้ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2) โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง[12,13] เป็นกรอบแนวคิดหลัก พร้อมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบนำร่องกับผู้สูงอายุ 10 คน[14,15] เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลสุขภาพ การใช้แอปพลิเคชัน Eldery Smart Care, Eldery Smart Management, Eldery Smart Warning และ Smart Alert in Bandu รวมถึงการติดตามและให้คำปรึกษาโดย อสม. ระยะที่ 3) เป็นการทดลองใช้โปรแกรม “Eldery Smart Care Management in Bandu” กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินผลด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเสี่ยง ผลตรวจค่าความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด รวมถึงแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง และในระยะที่ 4) เป็นการประเมินผลหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบทดสอบความรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมถึงการสนทนากลุ่มเพื่อสะท้อนประสบการณ์จริง และแบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ พร้อมรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ ก่อนจัดทำรายงานสรุปและเผยแพร่ผลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันตามระยะการดำเนินงาน โดยระยะที่ 1) คัดเลือกเจ้าหน้าที่ รพ.สต. บ้านดู่ 5 คนแบบเฉพาะเจาะจง อสม. 10 คน แบบสุ่มอย่างง่าย ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง 25 คนแบบสุ่มอย่างง่าย (อายุ ≥ 60 ปี มีคะแนนความเสี่ยงสูงจาก Stroke Risks Score Card[16] (effect size = 0.80, alpha=.05 และ power=0.80) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง) และผู้ดูแลหลัก 25 คนแบบเฉพาะเจาะจง ทั้งหมดต้องสามารถใช้สมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ระยะที่ 2) ใช้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจากตำบลแม่กรณ์ 10 คน[15] คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์เหมือนระยะที่ 1 ระยะที่ 3) ทดลองใช้รูปแบบกับผู้สูงอายุในตำบลบ้านดู่ โดยสุ่มหมู่บ้านเป็นกลุ่มทดลอง (บ้านดู่ หมู่ 1) และกลุ่มเปรียบเทียบ (บ้านปางลาว หมู่ 10) ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วย G*Power v.3.1.9.4[17] ได้กลุ่มละ 21 คน และเพิ่มอีก 20% เป็นกลุ่มละ 25 คน รวม 50 คน คัดเลือกด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ โดยมีเกณฑ์อายุ ≥ 60 ปี มีคะแนนความเสี่ยงสูงจาก Stroke Risks Score Card[16] ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทย และเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และระยะที่ 4) การประเมินและสรุปผล (Evaluation) ใช้ผู้เข้าร่วมจากทีมวิจัย เจ้าหน้าที่

รพ.สต. อสม. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลหลัก รวม 40 คน เพื่อประเมินผลและสะท้อนข้อเสนอแนะ

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมทุกระยะสามารถถอนตัวได้ทุกเวลา หากมีปัญหาสุขภาพหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม 2567-8 ตุลาคม 2568 เลขที่หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ CRPPHO 90/2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งตามระยะการดำเนินงาน โดย ระยะที่ 1) ใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและคำถามปลายเปิดเพื่อสำรวจประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและ อสม. ที่ตอบคำถามเชิงลึก 6 ข้อ ผู้ดูแลหลักที่ตอบคำถามปลายเปิด 10 ข้อ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ตอบคำถามปลายเปิด 12 ข้อ ข้อมูลจากระยะนี้ช่วยระบุปัญหาและความต้องการของชุมชนเพื่อใช้พัฒนารูปแบบในขั้นต่อไป ระยะที่ 2) ใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่/อสม. 6 ข้อ ผู้ดูแลหลัก 9 ข้อ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 13 ข้อ รวมถึงแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความรุนแรงของโรค[18] จำนวน 12 ข้อ แบบเลือกตอบ “ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ” ให้คะแนนรวม 0-12 คะแนน และแปลผล เป็น 3 ระดับ (ต่ำ 0-5 คะแนน ปานกลาง 6-7 คะแนน และสูง 8-12 คะแนน) เพื่อนำข้อมูลไปกำหนดองค์ประกอบและเนื้อหาของรูปแบบที่เหมาะสม ระยะที่ 3) ใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง18 จำนวน 8 ข้อ บันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงสูง (≥ 3 คะแนน) ต้องเฝ้าระวัง (4-6 คะแนน) และความเสี่ยงต่ำ (6-8 คะแนน) ร่วมกับแบบประเมินการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง19,20 จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 1-10 คะแนน โดยคะแนนสูงสะท้อนระดับการจัดการตนเองที่ดี เครื่องมือทั้งสองใช้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบหลังการนำไปใช้จริง และระยะที่ 4) ใช้แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมและการใช้รูปแบบฯ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและคำถามสนทนากลุ่ม เพื่อรวบรวมปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยดำเนินการในทุกระยะของการศึกษา โดยประเมินทั้งความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เริ่มจากระยะที่ 1) ซึ่งใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเสี่ยง แบบประเมินการจัดการตนเอง รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความตรงรายข้อ (I CVI) ≥ 0.80 ทุกข้อ และค่าดัชนีความตรงเฉลี่ย (S CVI/Ave) เท่ากับ 0.92 ในระยะที่ 2) ซึ่งเป็นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการจัดการตนเองโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่า I CVI ≥ 0.80 ทุกข้อ และ S CVI/Ave = 0.92 จากนั้นนำไปทดสอบนำร่องกับผู้สูงอายุ 10 คน เพื่อประเมินความเข้าใจ ความเป็นไปได้ และความเชื่อมั่นเบื้องต้นก่อนนำไปใช้จริง ระยะที่ 3) การนำรูปแบบไปใช้จริง เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการประเมินยังคงอยู่ในระดับดี (I CVI ≥ 0.80 และ S CVI/Ave = 0.92) พร้อมทดสอบนำร่องเพื่อประเมินความเข้าใจและความเชื่อมั่นเบื้องต้น ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงพบว่ามีความเชื่อมั่นดี โดยค่า Cronbach’s alpha[21] = 0.88 และ KR 2022 = 0.85 และในระยะที่ 4) การประเมินและสรุปผล ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและคำถามสนทนากลุ่ม โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผลการประเมินพบว่า I CVI มากกว่า 0.80 ทุกข้อ และ S CVI/Ave = 0.86 อยู่ในระดับยอมรับได้ พร้อมพิจารณาความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เพื่อยืนยันความเพียงพอของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test[23] สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และ Chi-square Test[24] สำหรับการตรวจสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ แบ่งตามระยะของการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ซึ่งสำรวจความต้องการด้านการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านดู่ จังหวัดเชียงราย จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้ดูแล และผู้สูงอายุจำนวน 35 คน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการสื่อดิจิทัลที่ใช้งานง่ายและเข้าใจได้ทันที ดังที่ อสม. อายุ 55 ปีระบุว่า *“ถ้ามีแอปที่ใช้ง่ายๆ อ่านแล้วเข้าใจทันที ผู้สูงอายุก็จะเรียนรู้ได้เอง” “อีกทั้งต้องการเครื่องมือที่ติดตามสุขภาพและแจ้งเตือนความเสี่ยงได้ทันท่วงที” ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ถ้าเครื่องมือเตือนว่าเสี่ยงหรือควรไปพบแพทย์ จะช่วยให้เราดูแลได้ทันที” ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ รพ.สต. กล่าวว่า “ปัจจุบันต้องเน้นความสำคัญของการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพเชิงรุกและครอบคลุมทุกด้าน ทั้งร่างกายและกำลังใจ”*

ในระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ โดยอาศัยผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 พัฒนานวัตกรรมแอปพลิเคชันชื่อ “Elderly Smart Care Management in Bandu” และอ้างอิงทฤษฎี Self-Efficacy[25] และ Health Belief Model[26,27] ในการสร้างฟังก์ชันหลัก โดยเน้นการรับรู้ความรุนแรงความเสี่ยง และประโยชน์ของการป้องกันโรค ฟังก์ชันดังกล่าวได้แก่ เมนูการแจ้งเตือน การบันทึกข้อมูลสุขภาพ และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล ออกแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และก่อนนำไปใช้จริงได้มีการทดสอบนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน[15] ในพื้นที่ตำบลแม่กรณ์ ผลการประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ[21] พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (alpha = 0.88)

ในระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในบ้านปางลาว หมู่ที่ 1 ตำบลบ้านดู่ ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองเป็นดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันทางสถิติ (t= -0.32, p=.746) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 7.87 (SD = 1.14) และกลุ่มควบคุม 7.97 (SD = 1.25) หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 11.73 (SD = 0.70) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (M = 10.67, SD = 1.24; t = 4.11, p < .001) 2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนใกล้เคียงกัน หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 14.97 (SD = 2.50) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 13.13 (SD = 1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.92, p < .001) 3) พฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนการทดลอง คะแนนการจัดการตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 44.7 (SD = 3.09) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ย 39.86 (SD = 4.69) อย่างมีนัยสำคัญ (t = 4.72, p < .001) และ 4) ตัวชี้วัดทางคลินิก ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการตนเองฯ

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	df	p-value
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)			
Blood pressure ก่อนใช้รูปแบบ							
SBP	162.53	(31.87)	158.13	(16.4)	.672	58	.504
DBP	87.33	(16.59)	85.97	(16.3)	.749	58	.749
หลังใช้รูปแบบ ก่อนใช้รูปแบบ							
SBP	126.53	(20.03)	149.5	(20.49)	-4.39	58	.000
DBP	73.4	(13.11)	89.9	(13.84)	-3.59	57.83	.001
LDL							
ก่อนใช้	133.34	(28.38))	121.97	(26.17)	1.613	58	.112
หลังใช้	86.16	(19.07)	97.98	(24.01)	-2.11	58	.039

จากตารางที่ 1 พบว่า ตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิตและไขมันในเลือด มีแนวโน้มลดลง โดยกลุ่มทดลองแสดงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สะท้อนผลเชิงบวกของรูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นต่อสุขภาพทางคลินิกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ ตามที่แสดงในตารางที่ 2 จะเห็นแนวโน้มการลดลงอย่างชัดเจน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้าก่อนและหลังได้รับรูปแบบฯ ของกลุ่มทดลอง (n=25)

Mean (SD.)		Min	Max	Percentiles			Z	P-value
				25th	50^{th}(Mdn)	75th		
คะแนนก่อน	26.84(6.01)	7.03	15.00	21.77	15.00	15.00	-3.26	.001
คะแนนหลัง	24.84(7.11)	10.28	15.00	27.22	14.76	30.00		

$p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีของกลุ่มทดลองลดลงจาก 26.84 (SD = 6.01) เป็น 24.84 (SD = 7.11) โดยผลการทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test[23] (Z = -3.26, p = .001) ยืนยันว่าการลดลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในการลดความเสี่ยงระยะยาว ทั้งยังสอดคล้องกับแนวโน้มตัวชี้วัดทางคลินิกที่ปรับดีขึ้นในกลุ่มทดลอง

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ว่า รูปแบบการจัดการตนเองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยงระยะยาว โดยบูรณาการการสังเกต การประเมิน การบันทึก และการเสริมแรงตนเองเข้ากับเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมีความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในตนเอง[12,13]

ในระยะที่ 1 การสำรวจความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการเครื่องมือที่ช่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และใช้งานง่าย เหมาะสมกับวัย และมีเครื่องมือช่วยสังเกตอาการผิดปกติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการจัดการตนเองที่เน้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ[25,26] และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล[24,25] ของผู้สูงอายุ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค[26] ดังนั้น ข้อมูลเชิงบริบทที่ได้จากระยะนี้จึงเป็นฐานสำคัญในการออกแบบรูปแบบที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุโดยตรง

ในระยะที่ 2 ได้ออกแบบและพัฒนานวัตกรรม “Elderly Smart Care Management in Bandu” โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM)[26,27] และแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี (TAM)[28] เพื่อให้แอปพลิเคชันใช้งานง่ายและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและสามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง[29,30] นวัตกรรม ดังกล่าวสนับสนุนกลยุทธ์การสังเกตการประเมิน การบันทึก และการเสริมแรงตนเองอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรม Chan Chana[31] ที่พบว่าเทคโนโลยีร่วมกับการจัดการตนเองสามารถเพิ่มความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน[31] แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ HBM และ TAM ช่วยเสริมความมั่นใจและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการทดลองในระยะที่ 3 ยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะด้านการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้งคะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$)[20,26,29] สอดคล้องกับค่าความดันโลหิต ไขมันในเลือด และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น[7,20,30] ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนว่าการจัดการตนเองร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเสริมพลังผู้สูงอายุให้ดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า[13,26] ที่รายงานว่าเทคโนโลยีช่วยลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุได้จริง

งานวิจัยนี้ควบคุมตัวแปรสำคัญ ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน ผ่านการจับคู่กลุ่มตัวอย่างและการวิเคราะห์สถิติที่เหมาะสม ทำให้ผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความน่าเชื่อถือ แม้ปัจจัยส่วนบุคคลจะมีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยี[24,25,31,32] แต่การออกแบบที่เหมาะสมและการสนับสนุนที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป รูปแบบการจัดการตนเอง[12,13] ที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคะแนนการจัดการตนเอง เพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และลดความเสี่ยงระยะยาวได้ แม้จะมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีในบางกลุ่ม[24,25] แต่การออกแบบที่อิงข้อมูลเชิงบริบทและหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้รูปแบบนี้มีศักยภาพต่อการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำไปบูรณาการกับนโยบายสาธารณสุขเชิงพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขควรนำรูปแบบการจัดการตนเองไปใช้ในชุมชน และบูรณาการกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่าย อสม. เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

1.2 ควรส่งเสริมทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว และเปรียบเทียบประสิทธิผลในกลุ่มประชากรต่างบริบท

2.2 พัฒนารูปแบบให้รองรับเทคโนโลยีใหม่ เช่น แอปสุขภาพ ระบบอัจฉริยะ และ IoT

2.3 สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะกับการใช้งานจริง

References

1. World Health Organization. Digital health and aging: opportunities and challenges. Geneva: WHO Publications; 2021
2. Doungchan N, Sinprasert P, Throngthieng W, Wanchai A, Suttilak 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)
3. Johnson W, Onuma O, Owolabi M & Sachdev S. Stroke: a global response is needed. Bulletin World Health Organization. 2016;94(9): 634-634A.
4. Ministry of Public Health. Public health statistics 2022. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2022. (in Thai)
5. Sriwanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases in Thailand during 2010-2014. Journal of Disease Control. 2017;43(4):379-90. (in Thai)
6. Kaewbangpood T, Suwanno J, & Thiamwong L. Predictive factors of 10-year risk for coronary artery disease among rural elderly. Journal of Nursing and Health Care. 2015;33(3):174-84. (in Thai)
7. Kingkaew P, Khupithakkhajon T, Srisuwan P, Yankong S, Tantivess S, & Teerawattananon Y. Risk assessment of cardiovascular and cerebrovascular diseases. Journal of Health Systems Research. 2013;7(3):346-60. (in Thai)
8. Kansri J, Malai C, Tiaonukul N, Srinuan P, & Yodthongdee N. Effectiveness of a mental health promotion program on mental health status among older adults. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(2): 95-107. (in Thai)
9. Watthana P, Chantakhamma N, & Pantawan P. Effects of a self-management program combined with the “Chan-Chana” mobile application to prevent stroke among at-risk groups in Sukhothai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;14(2):92-108. (in Thai)
10. Department of Health. Guidelines for promoting elderly health in the digital era. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021
11. Srisawat S. Development of a self-management model for elderly at risk of stroke using digital technology. Journal of Health Research. 2022;15(2):45–60. (in Thai)
12. Browder DM, & Shapiro ES. Self-management procedures for improving classroom behavior. Psychology in the Schools. 1985;22(3):273-9.
13. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekarts M, Pintrich P, Seidner M, editors. Self-regulation: theory, research, and applications. San Diego: Academic Press; 2000.
14. Thairuakam S. Research and development: Method for research developing. Journal of Research and Social Community Development, Rajabhat Mahasarakham University. 2014;1(1):2-11. (in Thai)
15. Burns N, & Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
16. American Heart Association. Stroke risk score card [Internet]. Dallas (TX): American Heart Association; 2022 [cited 2025 Nov 28]. Available from: https://stroke.org/
17. 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.

18. Pragodpol P, & Intana J. Self-management behaviors among elderly patients with stroke risk factors. Journal of Nursing Science. 2019;37(2):45-52. (in Thai)
19. Wongwan P. Stroke risk and warning signs in patients with chronic disease, Maepong Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province. [Independent Study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. (in Thai)
20. Amornwit P, Worawong J, & Po-wong W. Effect of self-management program on self-management behaviors in stroke patients: a systematic review. Thai Journal of Cardiovascular and Thoracic Nursing. 2020; 31(2):162-75. (in Thai)
21. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 1951;16(3): 297-334.
22. Kuder GF, & Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. Psychometrika. 1937;2(3):151-60. doi:10.1007/BF02288391.
23. Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods. In: Kotz S, Johnson NL, editors. Breakthroughs in statistics. Vol II: Methodology and distribution. New York: Springer; 1992: 196-202.
24. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2016.
25. Bandura A. Social foundations of thought and theory: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
26. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):324-508.
27. Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1990:39-62.
28. Davis FD. A technology acceptance model for empirically testing new end user information systems: theory and results. [dissertation]. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology; 1986.
29. Polit DF, Beck CT, & Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing and Health. 2007;30(4):459-67.
30. Teo S, Krishnan A, Tan J, & Lee J. Relationship between knowledge, attitudes, and practice of stroke prevention among adults in Singapore. International Journal of Stroke. 2018;13(1):34-41.
31. Srisawasdi S, Chantakhamma N, & Pantawan P. Effects of a self management program Combined with the Chan Chana application on knowledge, health behaviors, and stroke risk among older adults in Sukhothai Province. Journal of Royal Thai Army Nurses. 2023; 24(1): 45-60. (in Thai).

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

The Effectiveness of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy and Rabies Preventive Behaviors among Village Health Volunteer and Community Leaders

จินตนา ทองเพชร[1] ผกามาศ พีธรากร*[1] ชลันดา บุตรพุ่ม[2]

Jintana Tongpeth[1] Phakamard Pheetharakorn*[1] Chalanda Butpum[2]

***[1]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 76000**

[1]Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, 76000

[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสน เพชรบุรี 76150

[2]Tha Saen Subdistrict Health Promoting Hospital, Phetchaburi, 76150

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเท่ากับ 1 และความเที่ยงเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) ผลการศึกษาสนับสนุนว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. และผู้นำชุมชน จึงควรขยายผลโปรแกรมไปยังพื้นที่อื่นๆ เพื่อสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคพิษสุนัขบ้า, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program on health literacy and rabies prevention behaviors. The sample consisted of village health volunteers and community leaders selected through purposive sampling. Participants were divided into an experimental group (35 people) and a comparison group (35 people). Data were collected before and after the intervention using a questionnaire that had been validated with a content validity index of 1 and a reliability coefficient of

Corresponding Author: *E-mail: phakamard@pckpb.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ธ.ค. 2568

0.89. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in mean scores were compared using the t-test. The results showed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores of health literacy and rabies prevention behaviors than before the intervention and also significantly higher than the comparison group (p-value < .05). The findings support that the health literacy promotion program was effective in enhancing health literacy and promoting rabies prevention behaviors among village health volunteers and community leaders. Therefore, the program should be expanded to other areas to support the achievement of the goal of eliminating rabies from Thailand.

Keywords: health literacy, preventive behavior, rabies, village health volunteers

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปีส่งผลให้ประเทศไทยประกาศ นโยบายการเร่งรัดให้มีการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไป จากประเทศไทยตามเป้าหมายของ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ในพระปณิธาน ของศาสตราจารย์ดร. สมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ซึ่งสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย ยังพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า[1] เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 4 ราย รายจากการสอบสวนโรคพบผู้เสียชีวิต 4 ราย รับเชื้อจากสุนัข แมวที่มีเจ้าของ และผู้เสียชีวิตทุกรายไม่ ได้รับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าหลังถูกสุนัขกัดไม่ได้ล้างแผลมีเพียง 1 ราย เท่านั้นที่ได้รับการล้างแผลจากสถานรักษา พยาบาล แต่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน 2 เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชาชนมีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 59.32 ส่วนใหญ่ได้รับรู้ ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 61.56 เคยได้ยินคาถา 5 ย. (อย่าแหย่ อย่าแย่ง อย่าปล่อย อย่าลืม อย่ารอช้า) เพียง ร้อยละ 11.07 และมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 67.303 และส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ถูกต้อง อสม.มี บทบาทสำคัญในการเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขสู่ประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อสม.ยังทำหน้าที่เฝ้าระวังโรค สังเกตสัตว์เสี่ยง และรายงานเหตุผิดปกติเพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ครัวเรือนนำสัตว์เลี้ยงไป ฉีดวัคซีนประจำปี และติดตามผู้ถูกสัตว์กัดให้เข้ารับการรักษาครบถ้วน บทบาทของ อสม.จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงการเกิดโรค พิษสุนัขบ้าในชุมชน[4]

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวคิด Health literacy หรือการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือสะท้อนถึงความสามารถใน การดูแลตนเองด้านสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ[5] นัทบีม[6] ได้เสนอ คุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา เพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communications kill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ (6) การ จัดการตนเอง (Self-management) โดยมีแนวคิดการจำแนก การพัฒนา 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ขั้นพื้นฐาน ระดับ 2 ขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับ 3 ขั้นวิจารณญาณ จากข้อมูล ดังกล่าว จึงนำมาสู่การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม เสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ในพื้นที่ตำบลท่าเสน อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เป็นพื้นที่นำร่อง การศึกษา ในครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เนื่องจากเป็นผู้ที่ประชาชนในชุมชนให้ความเชื่อมั่น และศรัทราพร้อมที่จะปฏิบัติตาม[7] ดังนั้น ถ้าชุมชนมีแกนนำที่ดีมีความรู้มีความเข้าใจในการพัฒนาชุมชน รวมถึงมี คุณสมบัติของการเป็นผู้นำก็สามารถทำให้ชุมชนนั้น ๆ เกิดการขับเคลื่อน และพัฒนางานได้ตามเป้าหมายที่ตั้ง ไว้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุด

โดยรวมแก่ประชาชน กำหนดแนวทางหรือวิธีการที่เป็นทางเลือกในการแก้ ปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการบรรลุตามนโยบายการเร่งรัดให้มีการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

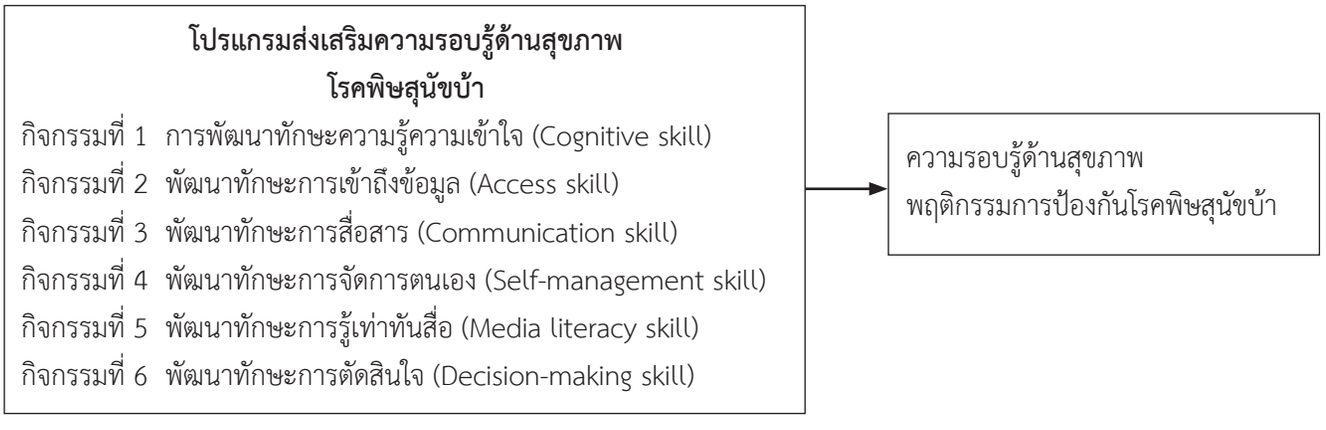
สมมติฐานการการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรมแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam[6] คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงหน้าที่ (Functional Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ (Critical Health Literacy) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจการสื่อสาร ตลอดจนทักษะการวิเคราะห์ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยตรง ในระดับเชิงหน้าที่การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับการป้องกัน ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนระดับเชิงปฏิสัมพันธ์ ครอบคลุมทักษะการสื่อสาร การซักถาม และการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ารับบริการเมื่อเกิดการสัมผัสโรค และระดับเชิงวิพากษ์เน้นทักษะในการประเมินความเสี่ยง การกลั่นกรองข้อมูล และการใช้เหตุผลเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างยั่งยืน ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง ใช้เวลาดำเนินการทดลอง 12 สัปดาห์ ช่วงเดือนเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน จากทุกตำบลของ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 676 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.9.7[7] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Test) เท่ากับ 0.70 ระดับนัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ 0.05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.80[7] ได้ขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง 32 คน เพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญหายเป็น 35 ราย แต่เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ จึงจับฉลากเพื่อเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ของอำเภอบ้านลาด เป็น 2 กลุ่ม 2 ตำบล ผู้วิจัยพัฒนา อสม. ตำบลท่าเสน และผู้นำชุมชนทุกคน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) เป็น อสม. /ผู้นำชุมชน มาอย่างน้อย 6 เดือน มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป สื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจ ภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 4 ครั้งตามโปรแกรม เช่น เกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา ย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือ ที่ใช้ในการการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[8]ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 12 สัปดาห์ รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้ **สัปดาห์ที่ 1** แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และการเข้าร่วมโครงการวิจัยและอธิบายชุดแบบสอบถามแต่ละชุด และตอบแบบสอบถาม (Pre-test) และนัดหมายการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 **สัปดาห์ที่ 2** ดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม จัดกลุ่มตามความสมัครใจ กลุ่มละ 10 คน อธิบายขั้นตอนและกิจกรรมในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) โรคพิษสุนัขบ้า โดยผู้วิจัย บรรยายและเล่นเกมทบทวนความรู้ สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์และสรุปประเด็นการเรียนรู้ประเมินผลโดยการถามตอบวัดความเข้าใจและสังเกตการมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล (Aceess skill) เพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพรู้วิธีการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสาธิตการสืบค้นทางอินเตอร์เน็ต เช่น google, youTube จากโทรศัพท์มือถือ ส่งตัวแทนมานำเสนอวิธีการเข้าถึง ข้อมูลตามเนื้อหาที่ได้รับมอบหมาย **สัปดาห์ที่ 3** ดำเนินกิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยจัดกลุ่มย่อย 10 คน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสาร (Communication skill) เพื่อให้สามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน การปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและสามารถสื่อสาร ให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยการเล่นเกม กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะ การจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยใช้ชุด กิจกรรมเพื่อตั้งเป้าหมายเราทำได้และให้สมาชิกทุกคนตอบในใบงานของตนเอง โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) จัดให้สมาชิกได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ ตามชุดกิจกรรม ใบงาน สรุปประเด็นและส่งตัวแทนมานำเสนอให้วิทยากร กลุ่มรับฟัง ตั้งกลุ่มไลน์แอพลิเคชั่นเพื่อติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกัน การปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า โดยผู้วิจัย จะสื่อสารแบบทดสอบผ่านไลน์กลุ่มทุก 2 วัน **สัปดาห์ที่ 4** ดำเนินกิจกรรมโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยจัดกลุ่มย่อย 10 คน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นการเพิ่มความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น หลังจากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค เป็นต้น กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) ผู้วิจัยติดตามทางแอพพลิเคชั่นไลน์ โทรศัพท์มือถือ โดยส่งข้อความหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การปฏิบัติตน เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ด้วยเหตุผลใด ประเมินผลกิจกรรมเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 12 และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าด้วยแบบสอบถาม (Posttest)

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการเป็นอสม./ผู้นำชุมชน ประวัติการเลี้ยงสัตว์ ประวัติการนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีน ประวัติการถูกสัตว์กัดทั้งตนเองและบุคคลในครอบครัว และการรับวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าเป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบประเมิน 6 ด้านหลักตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินส่วนที่ 1 วัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ที่ประเมินความถี่ในการปฏิบัติโดยใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ “ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย” (1 คะแนน) ถึง “ทุกครั้ง” (5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80) ถึงระดับมากที่สุด (4.21-5.00) ส่วนที่ 2 วัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ แบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลตาม Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (9-11 คะแนน) ระดับพอใช้ (7-8 คะแนน) และระดับควรปรับปรุง (0-6 คะแนน) ส่วนที่ 3 ถึง 6 วัดด้านทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (6 ข้อ) ทักษะการตัดสินใจ (8 ข้อ) ทักษะการจัดการตนเอง (6 ข้อ) และการรู้เท่าทันสื่อ (7 ข้อ) ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน โดยส่วนที่ 3-5 ประเมินความถี่ในการปฏิบัติ ส่วนที่ 6 ประเมินระดับความเห็นด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการทางสถิติหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อ พร้อมแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์เดียวกันกับส่วนที่ 1

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นแบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scales) 3 ระดับ จำนวน 7 ข้อ โดยถามถึงการปฏิบัติท่านปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อย ๆ 4 คะแนน ปฏิบัติบ้าง บางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน นำข้อมูลค่าเฉลี่ยจากการวิเคราะห์มาแปลความหมายจัดลำดับโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความครบถ้วนครอบคลุมของเนื้อหาในเครื่องมือวิจัย จากนั้นนำโปรแกรมและแบบสอบถามมาปรับปรุงเพื่อให้ได้คุณภาพใช้แบบการตรวจสอบความผู้เชี่ยวชาญ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้ดัชนี เท่ากับ 0.67-1

การตรวจสอบความเที่ยง นำเครื่องมือทั้งสองชุดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความตรง (Reliability) นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์และปรับปรุงการเครื่องมือตรวจสอบความเหมาะสมการนำไปใช้ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาค (Cronbach’s coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 และ KR-20 สำหรับส่วน 2.2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ได้เท่ากับ 0.85

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเสน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสน องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านลาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาด อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ระยะเวลา และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ กระบวนการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ ขั้นตอนแรก ในสัปดาห์ที่ 1 ทำการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ขั้นตอนที่สอง ดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ขั้นตอนสุดท้าย ในสัปดาห์ที่ 13 ทำการประเมินผลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามชุดเดิม เมื่อสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจ

สอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุด จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รหัส PBEC No.47/2565 ลงวันที่ 10 มกราคม 2566 ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงการสามารถถอนตัวได้ทุกกรณี โดยไม่ผลกระทบใดๆ ข้อมูลถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจำนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ เปรียบเทียบคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test และ Chi-Square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังการได้รับโปรแกรม 3 เดือน โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) ระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็นอสม.หรือผู้นำชุมชน

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=35)		รวม		ค่าสถิติ	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							χ^2 = 0.06	0.806^{ns}
ชาย	16	45.71	15	42.86	31	44.29		
หญิง	19	54.29	20	57.14	39	55.71		
อายุ (ปี)	55.6 ± 8.2	55.3 ± 7.9			t = 0.18	0.860ns		
40-50	8	22.86	9	25.71	17	24.29		
51-60	13	37.14	13	37.14	26	37.14		
61-70	14	40.00	13	37.14	27	38.57		
ระดับการศึกษา							χ^2 = 0.52	0.772ns
ประถมศึกษา	21	60.00	20	57.14	41	58.57		
มัธยมศึกษา	9	25.71	11	31.43	20	28.57		
ปวส./ปวช.	5	14.29	4	11.43	9	12.86		
ระยะเวลาเป็น อสม./ผู้นำชุมชน	7.2 ± 3.1	6.5 ± 2.8			t = 0.92	0.361ns		
น้อยกว่า 5 ปี	8	22.86	10	28.57	18	25.71		
5-10 ปี	20	57.14	21	60.00	41	58.57		
มากกว่า 10 ปี	7	20.00	4	11.43	11	15.71		

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศชายร้อยละ 45.71 และเพศหญิงร้อยละ 54.29 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีสัดส่วนเพศชายร้อยละ 42.86 และเพศหญิงร้อยละ 57.14 ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 0.06$, $p = 0.806$) ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนการกระจายอายุ ที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มอายุ 51-60 ปี มีสัดส่วนเท่ากันที่ร้อยละ 37.14 และกลุ่มอายุ 61-70 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 40.00 และ 37.14 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา กลุ่มทดลองมีสัดส่วนระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.00 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 57.14 ซึ่งแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และมีการกระจายในระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาที่ใกล้เคียงกัน ด้านระยะเวลาเป็น อสม./ผู้นำชุมชน กลุ่มทดลองมีสัดส่วนประสบการณ์ 5-10 ปี ร้อยละ 57.14 และกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 60.00 ซึ่งใกล้เคียงกัน และมีสัดส่วนในกลุ่มประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี สรุปได้ว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในทุกด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเป็น อสม./ผู้นำชุมชน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรมแกรม

Outcomes	กลุ่มทดลอง (N=35)		กลุ่มควบคุม (N=35)		t	df	P-valve
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
ก่อนทดลอง	2.85	0.42	2.80	0.45	0.48	68	0.631
หลังทดลอง	4.35	0.38	2.95	0.43	14.25	68	< .05*
พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า							
ก่อนทดลอง	2.90	0.51	2.85	0.48	0.42	68	0.673
หลังทดลอง	4.25	0.46	3.01	0.52	10.83	68	< .05*

*p < .05

จากตารางที่ 2 ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ที่ 2.85 (SD = 0.42) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.80 (SD = 0.45) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง ($t = 0.48$, $p = 0.631$) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 4.35 (SD = 0.38) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.95 (SD = 0.43) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 14.25$, $p < .05$)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ที่ 2.90 (SD = 0.51) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.85 (SD = 0.48) ทั้งสองกลุ่มไม่มีคะแนนพฤติกรรมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.42$, $p = 0.673$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นเป็น 4.25 (SD = 0.46) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.01 (SD = 0.52) และกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.83$, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรมแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การที่โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มทั้งความรอบรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้สำเร็จมาจากการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ไม่ได้หมายถึงความสามารถในการอ่านเขียนหรือรับข้อมูลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการเข้าถึง เข้าใจ ตีความหมาย และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจและปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองเท่านั้น[9] ซึ่งโปรแกรมช่วยเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ในหลายด้านพร้อมกัน ประกอบด้วย ช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล (Access) และความเข้าใจ (Understanding) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การฉีดวัคซีนในสัตว์ และการปฏิบัติตนเมื่อถูกสัตว์กัด การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ชัดเจน น่าเชื่อถือ และนำไปใช้ได้จริง จะลดความสับสนและความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นขั้นตอนพื้นฐานที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ[8] และการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการป้องกันโรค สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เพียงแต่ “รู้” แต่ยังสามารถ “ประเมิน”และ “นำไปใช้” จากความรู้นั้นได้ นอกจากนี้การฝึกทักษะในการประเมินข้อมูลซึ่งถือว่าเป็นทักษะระดับสูงขึ้นของความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ (functional, communicative, critical) กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่าระดับ “critical health literacy” ซึ่งรวมการประเมินและตัดสินใจ มีบทบาทสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี[12] ซึ่งสนับสนุนว่า เมื่อบุคคลมีความสามารถใน “ประเมิน” และ “ใช้” ข้อมูลสุขภาพ จะยิ่งมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพที่สำรวจประสบการณ์ผู้คนในชุมชนต่อการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิตประจำวัน พบว่ามีอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวาง ได้แก่ ขาดความรู้ในการประเมินคุณภาพแหล่งข้อมูล, ความเชื่อ, บริบทสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่พบว่าผลของการแทรกแซงที่มุ่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะการประเมินและใช้ข้อมูล พบว่าสามารถส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพอื่น ๆ ได้[10] นอกจากนี้ อสม.และผู้นำชุมชนซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทในชุมชนสามารถเปลี่ยนผ่านจากความรู้สู่การกระทำได้ นับเป็นผลสำเร็จที่สำคัญของโปรแกรม เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะกลายเป็นแบบอย่างและตัวขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในชุมชนของตนต่อไป ผลลัพธ์ที่ได้ยังสอดคล้องกับหลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้บุคคลที่เป็นแบบอย่าง (Role Models) ในการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้กับ อสม. และผู้นำชุมชนซึ่งเป็นที่เคารพนับถือและมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ ทำให้ข้อมูลสุขภาพมีความน่าเชื่อถือและง่ายต่อการยอมรับเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มบุคคลสำคัญและผู้นำ จึงเป็นการลงทุนที่ได้ผลสองต่อ ทั้งพัฒนาตนเองและสร้าง ripple effect ไปยังชุมชนโดยรอบ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าการที่บุคคลในชุมชน (เช่น อสม. ผู้นำ) มีบทบาทในการให้ข้อมูลสุขภาพ ช่วยให้ข้อมูลสุขภาพนั้น “เข้าถึงได้” “น่าเชื่อถือ” และ “ยอมรับได้” มากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทที่ผู้คนอาจไม่ไว้ใจแหล่งข้อมูลภายนอกที่ไกลตัว :ซึ่ง สนับสนุนว่า การใช้ “บุคคลในชุมชน” เป็นผู้สื่อสารสุขภาพ ช่วยลดช่องว่างด้านความเชื่อถือ และเพิ่มโอกาสที่ประชาชนจะนำข้อมูลไปปฏิบัติจริง[11]

ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมที่มุ่งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจริงของผู้เข้าร่วมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโปรแกรมไม่ได้มุ่งเพียงเพิ่มความรู้เท่านั้น แต่ยังเน้นการสร้างทักษะการประเมินและนำไปใช้ การที่ อสม.และผู้นำชุมชนสามารถเชื่อมโยงข้อมูล ความเข้าใจ และการตัดสินใจเชิงปฏิบัติได้ แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาเชิงพฤติกรรมที่เกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และการเน้นการประเมินข้อมูลและการนำไปใช้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในทางปฏิบัติได้อย่างชัดเจน[12] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในกลุ่ม อสม. พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ[13] นอกจากนี้พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในจังหวัดมหาสารคาม โดยผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องมากกว่า[14] และงาน

วิจัยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของชุมชนภายใต้แนวคิดการจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล จังหวัดจันทบุรี หลังการดำเนินงาน พบว่าชุมชนมีระดับพฤติกรรมการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] จะเห็นได้ว่าการที่ อสม. และผู้นำชุมชนสามารถเปลี่ยนผ่านจากความรู้ไปสู่การกระทำได้อย่างเป็นรูปธรรม ถือเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของโปรแกรมเนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีบทบาทเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่าง (Role Model) ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ การที่ผู้นำมีพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ถูกต้องย่อมส่งผลให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและสร้างบรรทัดฐานทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันโรค การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลกลุ่มนี้จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะนอกจากจะพัฒนาศักยภาพของบุคคลแล้ว ยังช่วยให้เกิดการขยายผล (ripple effect) ไปยังประชาชนในวงกว้าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[5] ที่เน้นการใช้ผู้นำชุมชนและบุคคลที่ได้รับความไว้วางใจเป็นผู้สื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเชื่อถือและเพิ่มโอกาสในการยอมรับข้อมูลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมที่เพิ่มขึ้น หน่วยงานนโยบายระดับจังหวัดควรนำรูปแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีอัตราการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าสูงหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สามารถนำกิจกรรมและเนื้อหาของโปรแกรมฯ บูรณาการเข้ากับ แผนงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าและแผนงานส่งเสริมสุขภาพแทนที่การดำเนินงานที่เป็นครั้งคราว

3. ผลของโปรแกรมฯ ต่อ อสม. และผู้นำชุมชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้นควรมีนโยบายที่ส่งเสริมและสนับสนุนบทบาทของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และแกนนำชุมชนในการเป็น ต้นแบบสุขภาพ (Health Role Model) และผู้ถ่ายทอดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในชุมชนของตน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลว่าประชาชนในพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นอย่างไร และติดตามความคงอยู่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อสม.และผู้นำชุมชน

2. ศึกษารูปแบบ ช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพที่ อสม. และผู้นำชุมชน ใช้ในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าไปยังประชาชนในชุมชน

3. นำโปรแกรมฯ ปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ และศึกษาประสิทธิผลกับกลุ่มเป้าหมายอื่นที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เจ้าของสัตว์เลี้ยง เด็กนักเรียน และเกษตรกร เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร

References

1. Ministry of Public Health. Strategic plan of zero rabies project 2017–2020 under Her Royal Highness Princess Chulabhorn Mahidol project 2017–2020. Division of Communicable Diseases; 2017. (in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for rabies prevention and control. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Printing Office; 2021. (in Thai)
3. Kumsri S. Health beliefs affecting rabies prevention behaviors in epidemic areas, Hua Sai subdistrict, Bang Khla district, Chachoengsao province. Journal of the Department of Medical Services. 2018;43(2): 137–40. (in Thai)
4. Boonsu T, & Maleelai K. Effects of the Rabies Prevention Knowledge Promotion Program among Village Health Volunteers at Pho Yai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Thai Journal of Health Education. 2024;47(2):34-49 (in Thai)
5. World Health Organization. Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
6. Nutbeam D. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. 2008;23(6):840–7.

7. 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.
8. Cohen J. Statistical power analysis. Current Directions in Psychological Science. 1992;1(3): 98–101.
9. Kinoshita S, Hirooka N, Kusano T, Saito K, & Aoyagi R, et al. Does health literacy influence health-related lifestyle behaviors among specialists of health management? A cross-sectional study. BioMed Central (BMC) Primary Care. 2024;25(1): 29
10. Stormacq C, Van den Broucke S, & Wosinski J. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes: A systematic review. The Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis. 2020;18(4):887–914.
11. Spencer M, Cruickshank V, Kemp N, & Nash R. Community voices in health literacy: a qualitative exploration into perceptions of a health literacy mediator. Health Promotion International. 2024; 39(5): daae130.
12. Sarakshetrin A, Tongpeth J, & Sriwongsa A. Effectiveness of a health literacy promotion and development program on health literacy, self-management behaviors for diabetes and hypertension, glycated hemoglobin, and blood pressure levels. Journal of the Thai Army Nurses. 2022;23(1):333–43. (in Thai)
13. Boonsu T, & Maleelai K. Effects of the Rabies Prevention Knowledge Promotion Program among Village Health Volunteers at Pho Yai Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Thai Journal of Health Education. 2024;47(2):34-49 (in Thai)
14. Rattanasingunchan P, & Lueangubon K. Health literacy and preventive behaviors against rabies among residents of Chuen Chom District, Maha Sarakham Province. Disease Control Journal. 2025;51(1):95–107. (in Thai)
15. Aramsin R, Srisuk W, Banthaowong O, & Jetareesub J. Development of a community health literacy for prevention and surveillance of rabies under the concept of sub-district quality of life management, Pong Nam Ron sub-district, Chanthaburi Province. Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi. 2022; 33(1): 167-80 (in Thai)

เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ: อุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูง ต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน

Experiential Insights: Barriers to Advance Care Planning for Quality of Life in Long-Term Care in Private Hospitals

จินตนา อาจสันเที๊ยะ[1] กุลพิชฌาย์ เวชรัชต์พิมล*[1] วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา[1] นฤมล บุญบางยาง[2] รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธิชัยวาณิช[2]

Jintana Artsanthia[1] Kulpicha Vejrachpimol*[1] Wassana Rungrojwattana[1]

Naruemol Boonbangyang[2] Ratchanichaporn Laungthichaivanich[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10120

[1]Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand 10120

[2]พยาบาลประคับประคอง โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ กรุงเทพ ประเทศไทย 10120

[2]Palliative care nurse at SaintLouis Hospital,Sathorn,Bangkon, Thailand 10120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาว โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง คือ พยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 26 คน ทำกลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง เครื่องมือเก็บรวบรวมเป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและจัดทำกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการทำAdvance Care Planning (ACP) ได้แก่การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึก การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การขาดเวลาและภาระงาน ความไม่สอดคล้องในทีมสุขภาพ วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย แนวปฏิบัติและนโยบาย การขาดการสนับสนุนและทรัพยากร ส่วนแนวทางการแก้ไขในประเด็นปัญหาและอุปสรรคประกอบด้วยการให้การศึกษา การฝึกอบรมการสื่อสาร จัดอบรมให้บุคลากรทางการแพทย์มีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างระบบจัดเก็บข้อมูลที่เข้าถึงง่ายโดยใช้เทคโนโลยีในทั้งสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาโดยจัดให้มีที่ปรึกษาในการกรอกและจัดเก็บข้อมูล การสร้างนโยบายสนับสนุนการทำ ACP ในทุกระดับ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการทำ ACP ดังนั้นการทำ ACP สามารถช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้อย่างแท้จริงและเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ปัญหาอุปสรรค การดูแลขั้นสูง คุณภาพชีวิต การดูแลระยะยาว

Abstract

This research was a qualitative study aimed at exploring the barriers to advance care planning (ACP) concerning quality of life in long-term care. The purposive sample consisted of 26 participants, including palliative care nurses, patients, and family members. Data were collected through two focus group sessions and in-depth interviews, and analyzed using content analysis.

*ผู้แต่งหลัก (Corresponding Author) e-mail: kulpicha@slc.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ต.ค. 2568

The findings revealed that the barriers to ACP included: lack of knowledge and in-depth understanding, unclear communication, time constraints and workload, inconsistency within the healthcare team, patients' and families' cultural beliefs, changes in patients' health conditions, existing practices and policies, as well as lack of support and resources. Proposed solutions to address these barriers include: providing education, offering communication training, equipping healthcare professionals with effective communication skills to engage patients and families, establishing accessible data management systems using technology for both patients and healthcare providers, offering consultation services with designated advisors to support documentation and record-keeping, developing supportive ACP policies at all levels, and building collaborative networks between hospitals and relevant agencies to strengthen ACP implementation.

In conclusion, ACP can empower individuals to make genuine decisions regarding their own treatment and enhance the quality of long-term care.

Keywords: Obstacles, Advanced care, Quality of life, Long-term care

บทนำ

ในสังคมที่มีการเจริญเติบโตของจำนวนประชากรสูงวัยมากขึ้น การดูแลระยะยาวเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชนที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชน การวางแผนการดูแลขั้นสูง (Advanced Care Planning: ACP) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมแพทย์สามารถร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาและการดูแลในอนาคตได้อย่างชัดเจน โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกวิธีการรักษา การวางแผนการดูแลเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้เอง และการกำหนดผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้[1] มีความจำเป็นเพื่อการลดความไม่แน่นอนและความกังวลใจ การวางแผนการดูแลขั้นสูงช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกมั่นใจว่าการรักษาและการดูแลจะเป็นไปตามความต้องการและความประสงค์ของผู้ป่วย[2] การดูแลได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล[3,4] การดูแลระยะยาวถือเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง การวางแผนการดูแลขั้นสูง (ACP) ช่วยเสนอวิธีแก้ปัญหาโดยช่วยให้บุคคลต่างๆ สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพล่วงหน้าได้ การสนทนาที่มีความหมายกับคนที่รักถือเป็นหัวใจสำคัญของ ACP ซึ่งช่วยชี้แจงและสื่อสารถึงค่านิยมและความชอบส่วนบุคคลเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต การจัดทำความต้องการของตนเป็นทางการผ่านเอกสารทางกฎหมายที่เรียกว่าคำสั่งล่วงหน้า[5] เป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์และจะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นไม่สามารถสื่อสารความต้องการของตนได้[5] หรือที่คุ้นกันว่าพินัยกรรมชีวิตเป็นเอกสารทางกฎหมายที่ระบุถึงวิธีที่บุคคลต้องการรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์หากไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ระบุการรักษาทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ ที่ควรหลีกเลี่ยง แม้ว่าการวางแผนการดูแลขั้นสูง (ACP) จะได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลระยะยาว แต่ยังมีความเข้าใจจำกัดว่าปัจจัยอุปสรรคต่างๆ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการบูรณาการ ACP เข้ากับการดูแลระยะยาวในบริบทที่แตกต่างกันยังมีไม่เพียงพอสำหรับการนำหลักฐานไปใช้สู่ประเด็นการปฏิบัติ งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นศึกษาเรื่อง ACP ในบริบทของโรงพยาบาลรัฐหรือสถานบริการสุขภาพชุมชน[5] ซึ่งมีระบบสนับสนุนจากนโยบายสาธารณสุขแต่ยังมีประเด็นต่อไปนี้: 1) ขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและประสบการณ์ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน ที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดด้านนโยบาย อำนาจการตัดสินใจ และระบบบริการที่มุ่งผลทางธุรกิจกับการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ป่วย 2) ยังไม่มีการสะท้อนเสียงจากแนวปฏิบัติจริง (Practice Reflection) ที่รวบรวมมุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และผู้จัดการกรณี เพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างแนวคิดเชิงนโยบายกับการนำไปใช้จริงในภาคเอกชน 3) ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบของอุปสรรคในการดำเนิน ACP ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่ม

ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีบริบทของครอบครัวและทรัพยากรที่แตกต่างจากภาครัฐ และ 4) ยังไม่มีกรอบแนวทางหรือแบบจำลองการจัดการ ACP ที่เหมาะสมกับระบบบริหารของโรงพยาบาลเอกชนไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวปฏิบัติ (Best Practice Model) หรือแนวนโยบายภายในองค์กรได้จริง นักวิจัยจึงมุ่งศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในสถานดูแลระยะยาว และผลกระทบต่อการใช้บริการดูแลสุขภาพ ในโรงพยาบาลเอกชน แม้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะท้ายและผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว แต่การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนยังมีข้อจำกัดหลายประการ ทั้งในด้านทัศนคติของบุคลากร ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านนโยบายและโครงสร้างองค์กรที่แตกต่างจากโรงพยาบาลภาครัฐ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าว โดยมุ่งสำรวจ “เสียงสะท้อนจากแนวปฏิบัติ” เพื่อทำความเข้าใจอุปสรรคเชิงระบบ บุคคล และวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งผลต่อการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และเพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกสำหรับการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์เชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรค ปัจจัย และแนวทางเชิงปฏิบัติในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลเอกชน

คำถามการวิจัย

ปัญหาอุปสรรคของการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการบรรเทาความทุกข์จากโรคทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ[7] โดยมีแนวคิดสำคัญคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ซึ่งเป็นกระบวนการสื่อสารต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อสะท้อนความต้องการและค่านิยมของผู้ป่วยต่อการดูแลในระยะท้ายของชีวิต กรอบแนวคิดนี้อ้างอิงจาก Advance Care Planning Engagement Model (Sudore & Fried)[6,7] ซึ่งอธิบายว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกิดจากปัจจัยด้าน ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากระบบสุขภาพ โดยมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงสู่ผลลัพธ์คือ คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Quality of Life)

ปัจจัยนำเข้า (Input)
- ระบบบริการ รพ.เอกชน
- นโยบาย/การสนับสนุน
- ความรู้ ทัศนคติ บุคลากร

กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP Process)
- การสื่อสารต่อเนื่อง
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
- การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ผลลัพธ์ (Outcome)
- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาว
- ความพึงพอใจของครอบครัวและบุคลากร
- การพัฒนาแนวปฏิบัติและระบบบริการที่ยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรได้แก่ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยและครอยครัวที่ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวม 26 รายเพื่อทำกลุ่ม ตามแนวคิดของ Krueger และ Casey[8] การสนทนากลุ่มควรมีผู้เข้าร่วมระหว่าง 6–10 คนต่อกลุ่มเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยน และการสะท้อนประสบการณ์อย่างมีคุณภาพ ไม่มากเกินไปจนควบคุมไม่ได้ และไม่ต่ำเกินไป

จนขาดความหลากหลายของความคิดเห็น ในวิจัยนี้มีการทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้งๆ ละ 13 ราย ทำกลุ่มเฉพาะบุคลากรและกลุ่มผสม เกณฑ์การคัดเลือก: พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างน้อย 2 ปี ผู้ป่วยครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยดูแลแบบประคับประคอง เกณฑ์การคัดออก: พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมและประเมินติดตามอาการผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่สะดวกในการให้ติดตามการดูแล

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Quality of Life) ที่ได้รับการดูแลระยะยาว เครื่องมือวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่า Content Validity Index .86 และแบบสัมภาษณ์เจาะลึกและประเด็นคำถามในการจัดทำกลุ่ม และ การทำกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาว

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (เลขที่ E.002/2567 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2567) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการให้ความยินยอม การเผยแพร่ข้อมูล และมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือความไม่สบายของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อโดยไม่มีเงื่อนไข และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติการเก็บข้อมูลจากจริยธรรมการวิจัย ติดต่อประสานงานนัดพบกลุ่มตัวอย่าง

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews) และนัดจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group Discussions) จำนวน 2 ครั้งจำนวน 26 คน การสัมภาษณ์จะดำเนินการในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมมีอิสระในการเล่าเรื่องและแสดงความคิดเห็นเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ หัวข้อการสนทนาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน และแนวทางการแก้ไข เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าใจปัญหาอุปสรรค และโอกาสในการวางแผนการดูแลขั้นสูงต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามวิธีของโคไลซี่[9] โดยผ่านกระบวนการอ่านทำความเข้าใจ สกัดประโยคสำคัญ วิเคราะห์ความหมาย จัดหมวดหมู่ เปรียบเทียบข้อมูล และพัฒนาเป็นคำอธิบายเชิงทฤษฎี พร้อมตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูลจนสมบูรณ์ ผลการวิเคราะห์ใช้ในการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลระยะยาวของโรงพยาบาลเอกชน การตรวจสอบความน่าเชื่อถือใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากภาคสนามและการสัมภาษณ์ และด้านวิธีการ โดยสัมภาษณ์ซ้ำในสถานที่และเวลาต่างกันกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจัดทำกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP)

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นสำคัญ 8 ด้านที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลเอกชน ดังนี้

1.1 การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP

บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ACP ไม่ลึกซึ้งพอ และมีความสับสนระหว่างแนวคิด ACP กับการไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (No CPR) ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนในทางปฏิบัติ ทั้งในหมู่เจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย “บางคนยังคิดว่า ACP คือการไม่ทำ CPR ทั้งที่จริงๆ มันคือการวางแผนร่วมกันว่าจะดูแลกันอย่างไรในระยะท้าย” (พยาบาล ก) “ในแผนกเรามีพยาบาลหลายคนที่ยังไม่เคยเข้าอบรม ACP เลย ทำให้เข้าใจไม่ตรงกันเวลาปฏิบัติ” (พยาบาล ข) นอกจากนี้ ยังพบว่าการขาดโอกาสในการฝึกอบรมเฉพาะทาง และจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การขยายผลการดำเนินการ ACP เป็นไปได้จำกัด

1.2 การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน

การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยและญาติไม่กล้าซักถามในระหว่างการพูดคุยกับแพทย์ “ป้าแกบอกว่าคิดตามไม่ทัน พอหมอไปแล้วจึงคิดออก ต้องมาถามเราอีกที” (พยาบาล ค) นอกจากนี้ บุคลากรบางคนรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่สะดวกใจในการพูดคุยเรื่องความตาย ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องใช้ทักษะการสื่อสารเชิงจิตวิญญาณ (spiritual and emotional communication) อย่างมาก “บางครั้งหมอเน้นแค่เรื่องทางกาย แต่เรื่องจิตใจหรือการเตรียมใจคนไข้ยังพูดกันน้อยมาก” (พยาบาล ง)

1.3 การขาดเวลาและภาระงาน

บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับผิดชอบภาระงานจำนวนมาก ทำให้มีเวลาจำกัดในการดำเนินการ ACP อย่างต่อเนื่อง “PCW ต้องทำทุกอย่างเหมือน RN ทั่วไป เวลาดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเลยน้อยลงมาก” (พยาบาล จ)

ส่งผลให้การพูดคุย วางแผน และติดตามผล ACP เป็นไปอย่างเร่งรีบ และไม่สามารถประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ทันท่วงที

1.4 ความไม่สอดคล้องในทีมสุขภาพ

พบความไม่เป็นเอกภาพระหว่างแพทย์เจ้าของไข้กับแพทย์ด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Physician) รวมถึงความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างทีม “หมอบางคนยังไม่เห็นความสำคัญของการส่งปรึกษาแพทย์ประคับประคอง เหมือนยังเน้นรักษาทางกายมากกว่าเรื่องจิตใจ” (พยาบาล ฉ) ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องระหว่างทีมเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น และไม่สามารถสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมได้

1.5 วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการยอมรับ ACP อย่างมาก โดยเฉพาะในประเด็นเรื่อง “การเตรียมตัวตาย” ที่บางครอบครัวยังมองว่าเป็นเรื่องไม่ควรพูดถึง “ญาติหลายคนยังกลัวว่าถ้าคุยเรื่องตายจะเป็นลาง ไม่กล้าคุยกับหมอหรือพยาบาลเลย” (พยาบาล ช) ทำให้กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักเริ่มได้ช้า หรือไม่สามารถดำเนินไปจนเสร็จสมบูรณ์

1.6 การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรงอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ ACP ที่เคยจัดทำไว้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน“บางเคสอาการแย่ลงเร็วมาก ยังไม่ทันวางแผนก็จากไปแล้ว” (อาจารย์พยาบาลที่ติดตามเคส) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา “บางคนอยากสู้ต่อ แต่ผู้ป่วยกลับอยากหลุดพ้นจากความเจ็บปวด” (พยาบาล ซ)

1.7 แนวปฏิบัติและนโยบายขององค์กร

แม้โรงพยาบาลจะมีแนวทาง ACP อยู่บ้าง แต่ยังจำกัดอยู่ในบางหน่วย เช่น แผนก Hospice care เท่านั้น “แผนกอื่นๆ ยังไม่มีระบบ ACP ที่ชัดเจน เพราะบุคลากรยังไม่เพียงพอ” (พยาบาล ฌ) การขาดนโยบายสนับสนุนที่ครอบคลุมและการบูรณาการ ACP เข้ากับระบบการดูแลโดยรวม ทำให้การดำเนินงานยังไม่เป็นระบบ

1.8 การขาดการสนับสนุนและทรัพยากร

โรงพยาบาลยังขาดทรัพยากรด้านบุคลากรเฉพาะทางและการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างเพียงพอ “ทีมดูแลเปลี่ยนเวรแล้วข้อมูลขาดช่วง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง” (พยาบาล ญ) ส่งผลให้การดำเนินงาน ACP ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ระบบดูแลแบบไร้รอยต่อ (seamless care) ได้อย่างเต็มที่

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า อุปสรรคของการดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลเอกชนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันหลายมิติ ทั้งในระดับบุคคล ทีมสุขภาพ และนโยบายองค์กร การเสริมสร้างองค์ความรู้ ทักษะการสื่อสาร การกำหนดนโยบายสนับสนุน และการสร้างระบบดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการจึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

2. แนวทางการแก้ไขในประเด็นปัญหาและอุปสรรค Advance care planning

ผลการวิจัย: อุปสรรคและแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) ในโรงพยาบาลเอกชน

จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 26 คน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และผู้บริหาร พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนา ACP โดยจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก (themes) ดังนี้

Theme 1: การขาดความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับ ACP

รหัสหลัก (Code): ความรู้ไม่เพียงพอ, ไม่เข้าใจแนวคิด ACP, มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว ผู้ให้ข้อมูลหลายคนกล่าวว่า ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจความหมายหรือความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงไม่สามารถมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง “เวลาพูดถึง ACP ผู้ป่วยบางคนคิดว่าเป็นการยอมแพ้หรือเตรียมตาย ทั้งที่จริงคือการวางแผนดูแลตามที่เขาต้องการ แต่เขาไม่เข้าใจค่ะ” (พยาบาล A) “ครอบครัวบางรายไม่เคยได้ยินคำนี้เลย ต้องเริ่มจากศูนย์ทุกครั้ง” (แพทย์ B)

แนวทางแก้ไขที่เสนอ:

- จัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับ ACP แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์
- สร้างสื่อให้เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอ ตัวอย่างกรณีศึกษา เพื่อกระตุ้นการตระหนักรู้

Theme 2: การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ

รหัสหลัก (Code): การสื่อสารไม่ต่อเนื่อง, ขาดทักษะในการสนทนาเรื่องยาก, ความเกรงใจของบุคลากร การสื่อสารถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำ ACP แต่ในทางปฏิบัติพบว่าบุคลากรยังรู้สึกไม่มั่นใจที่จะพูดเรื่องการดูแลล่วงหน้า โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความคาดหวังต่างกัน “บางครั้งเรากลัวพูดแล้วผู้ป่วยเสียกำลังใจ เลยเลี่ยงไม่พูดเรื่องการวางแผนไว้ล่วงหน้า” (พยาบาล C) “ครอบครัวบางรายยังไม่พร้อมรับฟัง ทำให้สื่อสารได้ไม่ครบตามที่ควร” (พยาบาล D) แนวทางแก้ไขที่เสนอ:

- จัดอบรมทักษะการสื่อสารเชิงลึก (communication skill training) ให้บุคลากร
- จัดให้มีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกระบวนการสื่อสารเพื่อช่วยลดความตึงเครียด

Theme 3: การเข้าถึงข้อมูลและระบบจัดเก็บ ACP

รหัสหลัก (Code): ขาดระบบบันทึกกลาง, เข้าถึงยาก, ไม่มีรูปแบบมาตรฐาน พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับ ACP ของผู้ป่วยมักกระจัดกระจายและไม่อยู่ในระบบกลาง ทำให้บุคลากรในทีมไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทันเวลา “เราบันทึกไว้ในเวชระเบียน แต่บางครั้งทีมอื่นไม่เห็นข้อมูล ทำให้ตัดสินใจไม่ตรงกัน” (แพทย์B) “ถ้ามีระบบกลางที่ทุกคนดูได้ จะช่วยให้การดูแลต่อเนื่องขึ้นมาก” (พยาบาลC)

แนวทางแก้ไขที่เสนอ:

- พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล ACP ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic ACP record) ที่เชื่อมต่อได้ทุกหน่วย
- มีผู้ประสานงานหรือที่ปรึกษาช่วยให้คำแนะนำในการกรอกและอัปเดตข้อมูล

Theme 4: การสนับสนุนจากระบบสุขภาพและองค์กร

รหัสหลัก (Code): ขาดนโยบาย, ไม่มีเวลาในตารางงาน, ไม่มีแรงจูงใจในการทำ ACP

บุคลากรส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าการดำเนินการ ACP ยังไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงระบบจากองค์กร ทั้งในด้านเวลาบุคลากร และนโยบาย “ไม่มีเวลาชัดเจนสำหรับทำ ACP เพราะภาระงานเยอะ ต้องทำหลังเลิกงาน” (พยาบาลD) “องค์กรยังไม่เห็นว่า ACP เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ จึงยังไม่ถูกผลักดันจริงจัง” (พยาบาลG)

แนวทางแก้ไขที่เสนอ:

- จัดทำนโยบายและแผนการดำเนินงาน ACP อย่างเป็นระบบ
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก
- ส่งเสริมให้มีการบันทึก ACP ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิเคราะห์สะท้อนว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลเอกชนยังมีอุปสรรคหลายระดับ ทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร ระบบข้อมูล และการสนับสนุนเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลเสนอแนวทางเชิงสร้างสรรค์ เช่น การอบรมทักษะสื่อสาร การสร้างระบบบันทึกข้อมูลกลาง และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guideline) สำหรับ ACP เพื่อให้กระบวนการนี้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินการ Advance Care Planning (ACP) ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงหรืออยู่ในระยะสุดท้าย สรุปและอภิปรายได้ดังนี้:

1. การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP นั้นคือการขาดความรู้และทักษะในการทำ ACP เป็น

ปัญหาที่พบมากที่สุด อภิปรายได้ว่า สาเหตุมาจากการขาดการฝึกอบรมที่เพียงพอและทักษะการสื่อสารในเรื่องที่ซับซ้อน เช่น การจัดการกับความเข้าใจผิดระหว่าง ACP กับการ No CPR (การไม่ปฏิบัติการฟื้นคืนชีพ) ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถสื่อสารและดำเนินการ ACP ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา[5] ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เชี่ยวชาญและการมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน ส่งผลให้การใช้บริการด้านการดูแลสุขภาพและมีความสอดคล้องกันกับการเลือกสถานที่ที่ต้องการกับสถานที่เสียชีวิตจริงของผู้ป่วยอีกด้วย หากพยาบาลมีความเชี่ยวชาญย่อมส่งผลต่อที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา[10] พบว่าการคาดหวังการเสียชีวิตอย่างน้อยสามเดือนก่อนเกิดเหตุการณ์ และการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคองสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยให้การนำ ACP ไปใช้ในทางการดูแลดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปฏิบัติเพื่อพิจารณาผลกระทบของ ACP ต่อการจากลาและสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

2. การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนของทีมบุคลากร อภิปรายได้ว่า การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัวทำให้เกิดความเข้าใจผิดและข้อกังวลเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต บางกรณีพบว่าผู้ป่วยและญาติเลือกที่จะไม่ถามคำถามในเวลาที่พบแพทย์ แต่กลับมาถามพยาบาลภายหลัง ซึ่งทำให้การดำเนินการ ACP ไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง ดังนั้นการฝึกอบรมการสื่อสารและการสร้างความมั่นใจให้บุคลากรทางการแพทย์ในการพูดคุยเรื่องความตายและการดูแลระยะสุดท้ายเป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษา[11,12] ที่พบว่าการสื่อสารที่ดีช่วยสร้างความเข้าใจ และคุณภาพการดูแลที่ดีได้

3. การขาดเวลาและภาระงานของทีมบุคลากร อภิปรายได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานที่มากเกินไป ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการพูดคุยและดำเนินการ ACP อย่างเต็มที่ ปัญหานี้ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับ และทำให้การวางแผนการดูแลไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ การลดภาระงานที่ไม่จำเป็นและการเพิ่มจำนวนบุคลากรเฉพาะทางในทีม ACP หรือใช้การสื่อสารผ่านระบบTelehealth[13] อาจช่วยลดปัญหานี้ได้

4. ความไม่สอดคล้องหรือการไม่ปฏิบัติในทางเดียวกันของทีมสุขภาพอภิปรายได้ว่าการขาดความสอดคล้องในแนวทางการปฏิบัติระหว่างสมาชิกในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและแพทย์ประคับประคองจากการศึกษา[14,15] พบว่าการดำเนินการ ACP ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันปัญหานี้อาจเกิดจากความเข้าใจและมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการดูแลในระยะท้าย การสร้างทีมงานที่มีความเข้าใจและความสอดคล้องกัน รวมถึงการอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยลดช่องว่างในการดูแลนี้ได้[16]

5. วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวที่แตกต่างกันนั้น อภิปรายได้ว่าวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัวอาจขัดแย้งกับแนวคิดของ ACP ซึ่งทำให้การพูดคุยเรื่องชีวิตและความตายเป็นเรื่องที่ยากลำบาก จากการศึกษา[16] พบว่าการสร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณและศาสนาสามารถช่วยลดอุปสรรคนี้ได้

6. การเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วย อภิปรายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในสถานะสุขภาพของผู้ป่วยอาจทำให้การวางแผน ACP ที่ทำไว้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามสถานการณ์และการสื่อสารที่ต่อเนื่องกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินการ ACP มีประสิทธิภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ[17]

7. แนวปฏิบัติและนโยบายที่ควรชัดเจน อภิปรายได้ว่าความซับซ้อนของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ ACP และการขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในหลายแผนกทำให้การดำเนินการ ACP เป็นไปได้ยาก การพัฒนานโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกันในทุกระดับของการดูแลสามารถช่วยให้กระบวนการ ACP เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพมากขึ้น[15]

8. การขาดการสนับสนุนและทรัพยากรอภิปรายได้ว่า การขาดทรัพยากรที่เพียงพอ รวมถึงขาดการสนับสนุนจากองค์กร ทำให้การดำเนินการ ACP ไม่ต่อเนื่องและขาดความมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางทรัพยากรและการเพิ่มความตระหนักในระดับผู้บริหารเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการทำ ACP ให้ประสบความสำเร็จ[17] การดำเนินการ ACP ในโรงพยาบาลย่อมมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในด้านการขาดความรู้ ทักษะ การสื่อสาร การบริหารเวลา ความสอดคล้องในทีมสุขภาพ และการสนับสนุนจากองค์กร แนวทางการแก้ไขที่แนะนำสามารถช่วยลดอุปสรรคและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำ ACP ซึ่งจะ

ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการดูแลระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า การขาดความรู้และทักษะความเข้าใจเชิงลึกของ ACP จึงเสนอแนะว่าควรมีการพัฒนาและเสริมสร้างทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โรงพยาบาลควรจัดหรือส่งให้มีการอบรมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ Advance Care Planning (ACP) โดยเฉพาะทักษะในการสื่อสารเรื่อง ACP กับผู้ป่วยและครอบครัว การทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลระยะท้าย

2) จากผลการวิจัยประเด็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน เสนอแนะควรมีการพัฒนาแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวโดยจัดทำเป็นคู่มือเพื่อป้องกันความเข้าใจผิดและเพิ่มประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) จากผลการวิจัยที่พบว่า มีปัญหา อุปสรรคการจัดการภาระงานและเวลา เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยในการพัฒนางานและภาระงานอย่างเป็นระบบ เป็นการวิจัยจากRoutine to research เพื่อพัฒนาหน้างานให้สอดคล้องกับความต้องการ และโรงพยาบาลควรปรับปรุงการจัดการภาระงานของพยาบาลให้มีเวลามากพอในการดำเนินการ ACP โดยอาจพิจารณาการเพิ่มจำนวนบุคลากรหรือการแบ่งงานให้มีความชัดเจนขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) จากประเด็นวัฒนธรรมและความเชื่อในการศึกษาวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวในการทำ ACP จัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิญญาณหรือที่ปรึกษาทางศาสนาเพื่อช่วยในการสนทนาและการตัดสินใจที่สอดคล้องกับค่านิยมทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่อไป

References

1. Head BA, Song MK, Wiencek C, Nevidjon B, Fraser D,& Mazanec P. Palliative nursing summit: Nurses leading change and transforming care. Journal Hospice Palliative Nursing. 2018; 20(1):23-9.
2. Artsanthia J, Sumet S,& Daodee S. Palliative care needs among people living with chronic illness in community. Journal of Health Management. 2020;6(1):10-8. (in Thai).
3. Bartley MM, Manggaard JM, Fischer KM, Holland DE,& Takahashi PY. Dementia care in the last year of life: Experiences in a community practice. Journal Palliative Care. 2023;38(2): 135-42.
4. Bavelaar L, Visser M, Schlicksupp P, Tilburgs B, van der Maaden T, Achterberg WP, et al. Change in advance care plans of nursing home residents with dementia and pneumonia. Journal of the American Medical Directors Association. 2022;23(10):19-26.
5. Burghout C, Nahar-van Venrooij LMW, Bolt SR, Smilde TJ,& Wouters EJM. Benefits of structured advance care plan in end-of-life care planning among older oncology patients: A retrospective pilot study. Journal Palliative Care. 2023;38(1):30-40.
6. Sudore RL,& Fried TR. Redefining the “planning” in advance care planning: Preparing for end-of-life decision making. Annals of Internal Medicine. 2010;153(4):256–61.
7. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJM, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning for Palliative Care. Lancet Oncology. 2017;18(9):543–51.
8. Krueger RA,& Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 5th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2015.
9. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In: Valle RS, King M, editors. New York: Oxford University Press; 1978.

10. Ding J, Cook A, Saunders C, Chua D, Licqurish S, Mitchell G, et al. Uptake of advanced care planning and its circumstances: A nationwide survey in Australian general practice. Health Soc Care Community. 2022;30 (5):1913-23.
11. Goins RT, Anderson E, Haozous E,& Doyle C. Advance care planning among American Indian, Alaska Native, and Native Hawaiian peoples. Generations. 2022;46(3):1-12.
12. Bzura M, Kubba H, West S, Schramm L, Clay AT,& Nilson S. Engagement and attitudes towards advanced care planning in primary care during COVID-19: A cross-sectional survey of older adults. Progress in Palliative Care. 2023;31(2): 89-94.
13. Artsanthia J, Srisaart R, Panyaphet K, Udom B, & Kiratitechawut P. A feasibility study: Using tele nursing to improve palliative care access for rural and remote communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):170-8. (in Thai).
14. Zhang G, Zeller N, Griffith R, Metcalf D, Williams J, Shea C, et al. Using the context, input, process, and product evaluation model (CIPP) as a comprehensive framework to guide the planning, implementation, and assessment of service-learning programs. Journal of Higher Education Outreach and Engagement. 2011;15(4):57-83.
15. Shepherd Banigan M, Ford CB, DePasquale N, Smith VA, Belanger E, Lippmann SJ, et al. Making the informal formal: Discussing and completing advance care plans in care dyads with cognitive impairment. Journal Palliative Care. 2022;37(3):289-97.
16. Artsanthia J,& Pomthong R. Nurses' role: Case study of psychological care for caregivers of patients with terminal illness. Royal Thai Army Nursing Journal. 2018;19(1):1-8. (in Thai).
17. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and recommendations for advance care planning: Lancet Oncology. 2017;18(9):543–51.

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียม ระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

Unit Costs and Break-Even Points Analysis of Management by Dialysis Nurse Managers in Dialysis Center between Government and Private Hospitals

ภัทรนันท์ แพทย์วงษ์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย* กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
Phattharanun Phaetwong Phechnoy Singchungchai* Kannikar chatdokmaiprai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม ประเทศไทย 73000
College of Nursing, Christian University of Thailand, Nakhon Pathom, Thailand 73000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณาเพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ประชากร คือ รายงานต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการที่เกิดจากค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มารับบริการศูนย์ไตเทียม จำนวน 20,303 และ 10,425 ครั้งตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลละ 30 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน จาก 12 หน่วยต้นทุน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้เท่ากับ 0.97 ความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลต้นทุนรวมทั้งหมด 31,440,965 บาท สัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 64.32 : 32.34 : 3.34 ต้นทุนต่อหน่วย 1,239 บาท โรงพยาบาลเอกชน ต้นทุนรวมทั้งหมด 19,265,271 บาท สัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ 71.91 : 24.64 : 3.45 ต้นทุนต่อหน่วย 1,053 บาท การวิเคราะห์จุดคุ้มทุนศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล ต้นทุนคงที่ 4,821,720 บาท ต้นทุนแปรผันเท่ากับ1,239 บาท โรงพยาบาลเอกชน ต้นทุนคงที่ 3,352,485 บาท ต้นทุนแปรผันเท่ากับ 1,053 บาท โดยราคาขายเท่ากับ 1,500 บาทต่อครั้ง โดยศูนย์ไตเทียมจัดให้บริการเกินจุดคุ้มทุนที่ 1,829 และ 6,957 ครั้งตามลำดับ

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย,จุดคุ้มทุน, ผู้จัดการพยาบาลไตเทียม , ศูนย์ไตเทียม

Abstract

This descriptive research aimed to study unit costs and break-even points in the management of dialysis centers by dialysis nurse managers in government and private hospitals. The population consisted of reports on costs and break-even points per service unit from expenditures of chronic kidney disease stage 5 patients receiving dialysis services, totaling 20,303 and 10,425 sessions, respectively. The sample included 30 patients from hospital in dialysis center, selected purposively, with data collected retrospectively from January to December 2024. Research tools comprised records of labor, material, and investment costs across 12 cost

Corresponding author ;*Email : Professorphechnoy@gmail.com

วันที่รับ(received) 2ก.ค.2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ส.ค.2568 วันที่ตอบรับ(accepted) 6 ก.ย.2568

units, with content validity evaluated by three experts achieving a score of 0.97 and observational reliability at 0.87. Data were analysis used frequency, percentage, and average

Results: In government hospitals, the total cost of dialysis centers was 31,440,965 baht, with the cost proportions for labor, materials, and investments being 64.32 : 32.34 : 3.34, leading to a unit cost of 1,239 baht. For private hospitals, the total cost amounted to 19,265,271 baht, with cost proportions for labor, materials, and investments being 71.91 : 24.64 : 3.45, leading to a unit cost of 1,053 baht. Break-even analysis revealed that government hospital dialysis centers had fixed costs of 4,821,720 baht and variable costs of 1,239 baht while private hospital dialysis centers had fixed costs of 3,352,485 baht and variable costs of 1,053 baht. With service prices set at 1,500 baht per session, government and private centers surpassed break-even points at 1,829 and 6,957 sessions, respectively.

Keywords: Unit costs, break-even point, dialysis nurse manager, dialysis center

บทนำ

การบริหารจัดการศูนย์ไตเทียม ให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ เป็นบทบาทที่สำคัญของผู้จัดการพยาบาลไตเทียม (Dialysis Nurse Manager)[1,2] โดยเฉพาะในการบริหารต้นทุน เป็นหนึ่งในความท้าท้ายของการบริหารจัดการศูนย์ไตเทียม เนื่องจากการฟอกเลือด เป็นการรักษาที่มีต้นทุนสูง การบริหารจัดการศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างกันในด้านโครงสร้างการบริหาร นโยบายและรูปแบบการจัดบริการ โรงพยาบาลรัฐบาลดำเนินการภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการและมุ่งเน้นคุณภาพการบริการควบคู่กับการสร้างผลกำไร ผู้จัดการพยาบาลไตเทียมจึงต้องมีความรู้และทักษะในการบริหารต้นทุนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาระดับโลกที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความชุกของโรคทั่วโลกเพิ่มขึ้น ประมาณ 850 ล้านคน[3] ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก สำหรับประเทศไทยมีความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 17.5 ของประชากรผู้ใหญ่ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมูลค่าที่สูงมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) มีจำนวนเพิ่มขึ้น 20,000 รายต่อปี การฟอกเลือดเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีศูนย์ไตเทียมให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศ พ.ศ.2566 มีศูนย์ไตเทียม 1,106 ศูนย์[4] การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และศูนย์ไต เทียมอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าการบริหารจัดการศูนย์ไตเทียมทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีความคุ้มค่าในการลงทุน[5]

ศูนย์ไตเทียม ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เป็นการบริหารจัดการโดยบริษัทเอกชน เข้าร่วมลงทุน โดยผ่านระบบการจัดซื้อจัดจ้างและมีสัญญาจ้างเหมาบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลเอกชน การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย[6,8] และจุดคุ้มทุน[7,8] ของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริหารต้นทุน ซึ่งมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการบริหารจัดการศูนย์ไตเทียม จากการศึกษาสำหรับภาคอุตสาหกรรมที่นิยมการบริหารต้นทุนด้วยการหาจุดคุ้มทุน เพื่อตรวจสอบสภาพการลงทุนในเรื่องของกำไร และการขาดทุน ของหน่วยงานนั้น[9] ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนศูนย์ไตเทียม แสดงให้เห็นว่า การบริหารจุดคุ้มทุนที่มีประสิทธิภาพ มีความสำคัญกับการบริหารจัดการศูนย์ไตเทียม และจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย และการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน เพื่อนำไปกำหนดนโยบายด้านการเงินการคลัง และการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในภาครัฐและภาคเอกชน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล

และโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งที่บริหารโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียม

2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์จุดคุ้มทุนของการจัดบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งที่บริหารโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider perspective) คำนึงถึงเฉพาะต้นทุนที่ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ต้องจ่ายเพื่อให้บริการเกิดขึ้น ได้นำการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนเป็นการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนอย่างง่าย จำแนกหน่วยต้นทุนตามองค์ประกอบของต้นทุน แบ่งออกเป็น หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non Revenue Producing Cost Center: NRPCC) จำนวน 10 หน่วยต้นทุน และ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Cente: RPCC) จำนวน 2 หน่วยต้นทุน นำมาวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ (Unit Cost Analysis)[6,8] และวิเคราะห์จุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ (Break Even Point Analysis)[7,8]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา (Descriptive Research) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน และการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจุบันจากรายงานสถิติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมารับบริการศูนย์ไตเทียมในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน โดยมีผู้จัดการพยาบาลไตเทียมเป็นผู้บริหารจัดการตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2567-31ธันวาคม พ.ศ.2567 ประชากรที่ทำการศึกษามี 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่รับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในรพ.รัฐบาล กลุ่มที่ 2 รายงานต้นทุนที่ได้จากบุคลากรทางการพยาบาลและ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่รับบริการฟอกเลือดรพ.เอกชน ประกอบด้วยหน่วยต้นทุนทั้งหมด 12 หน่วยต้นทุน จำนวนบุคลากรหน่วยต้นทุนโรงพยาบาลรัฐบาล 27 คน โรงพยาบาลเอกชน 30 คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน

กลุ่มตัวอย่างคือ รายงานต้นทุนที่เกิดจากการบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สำหรับ ผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 โรงพยาบาลรัฐบาล 30 คน และโรงพยาบาลเอกชน 30 คน เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ต้องมีคุณสมบัติครบ 3 ข้อดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ต้องฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ศูนย์ไตเทียมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้ใช้ตารางสำเร็จรูป[11] Power Analysis ได้ขนาดตัวอย่าง 27 รายที่ Effect Size เท่ากับ 0.50 และระดับ Power เท่ากับ 0.80 และ α เท่ากับ 0.05 และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยใช้สูตรคำนวณ N1= n/(1-d)[10,11]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเลขที่ใบรับรองจริยธรรม น. 09/2567 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนรายละเอียดในการเก็บข้อมูลและผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1. เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้ข้อมูลรายงานในรูปฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์และบันทึกการเงิน บันทึกค่าวัสดุบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยรักษาเป็นความลับและตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 2. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษา สำหรับเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะเก็บรักษาไว้ในสำนักงานตลอดระยะเวลาดำเนินงานของโครงการวิจัย จนกว่าจะสิ้นสุดการวิจัยแล้วเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการทำลายเอกสาร

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนรวมทั้งหมด 13 แบบบันทึกดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรของหน่วยให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 12 แบบบันทึกเป็นการกำหนดหน่วยต้นทุนสำหรับการวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยต้นทุนศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนดังนี้1. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง 2. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าแรง แยกตามหน่วยต้นทุน 3. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุรวม 4. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าวัสดุ แยกตามหน่วยต้นทุน 5. แบบบันทึกค่าสาธารณูปโภค ของศูนย์ไตเทียม 6. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ 7. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์รวม 8. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยต้นทุน 9. แบบบันทึกข้อมูลพื้นที่การใช้ งานของอาคารสิ่งก่อสร้าง แยกตามหน่วยต้นทุน 10. แบบสำรวจการใช้เวลาของแพทย์ 11. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนรวมโดยตรง 12. แบบสำรวจการใช้เวลาของเจ้าหน้าที่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์ต้นทุนและจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการ จำนวน 1 ท่าน อายุรแพทย์โรคไตที่มีความรู้ในการบริหารศูนย์ไตเทียม จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาลและการบริหารจัดการศูนย์ไตเทียมในการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความสอดคล้องของข้อมูลนำมาหาค่าความตรงของเนื้อหาทั้ง 12 แบบบันทึก และทั้งฉบับได้ค่า CVI = 0.97 จากนั้นวิเคราะห์หาค่าเท่าเทียมของการสังเกต (Interrater Reliability)เพื่อให้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับหรือมากกว่า 0.80 และใช้การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของการสังเกตโดยใช้สูตร เท่ากับ 0.87

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย คริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการทำวิจัย ตามหน่วยต้นทุน การเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 31 ธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Microsoft Excell ในการประมวลผลข้อมูล และใช้สถิติเชิงพรรณา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต้นทุน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 ที่มารับบริการฟอกเลือดโรงพยาบาลรัฐบาลบุคลากรทั้งหมด 27 คน ประกอบด้วย เพศชาย 8 คน (ร้อยละ 29.63) เพศหญิง 19 คน (ร้อยละ 70.37) ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน (ร้อยละ 7.41) พยาบาล 7 คน (ร้อยละ 25.93) เภสัชกร 1 คน (ร้อยละ 3.70) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 18.52) และเจ้าหน้าที่สนันสนุน 12 คน (ร้อยละ 44.44) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 51.85) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 60) และเพศหญิง 12 คน (ร้อยละ 40) มีอายุมากกว่า 45-65 ปี 21 คน (ร้อยละ 70) จำนวนที่มารับบริการ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33)

ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการ และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มารับบริการฟอกเลือดโรงพยาบาลเอกชน บุคลากรทั้งหมด 30 คน ประกอบด้วย เพศชาย 12 คน (ร้อยละ 42.86) เพศหญิง 18 คน(ร้อยละ 57.14) แพทย์ 2 คน (ร้อยละ 6.67) พยาบาล 4 คน (ร้อยละ 13.33) เภสัชกร 3 คน (ร้อยละ 10) ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 16.67) และเจ้าหน้าที่สนันสนุน 16 คน (ร้อยละ 53.33) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.67) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นเพศชาย 16 คน (ร้อยละ 53.33) และเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 46.67) มีอายุมากกว่า 45-65 ปี ถึง 22 คน (ร้อยละ 73.33) จำนวนครั้งที่มารับบริการ3ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 90)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)ของการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ที่ศึกษาปี 2567 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละขององค์ประกอบต้นทุนของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ที่ศึกษาปี 2567 แยกตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุน

องค์ประกอบของต้นทุน	โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวนเงิน (ร้อยละ)	โรงพยาบาลเอกชน จำนวนเงิน (ร้อยละ)
ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)	20,131,539 (64.32)	13,818,490.00 (71.91)
ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)	10,122,962(32.34)	4,735,146.21 (24.64)
ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)	1,046,530.00 (3.34)	662,065.00(3.45)
ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost)	31,301,031.00 (100)	19,215,701.21 (100)

หมายเหตุ ต้นทุนทางตรงรวม (TDC= ต้นทุนค่าแรง (LC)+ต้นทุนค่าวัสดุ (MC)+ต้นทุนค่าลงทุน (CC)

จากตารางที่ 1 พบว่าต้นทุนหน่วยบริการโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนมีต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดเท่ากับ 20,131,539 บาท (ร้อยละ 64.32) และ 13,818,490 บาท (ร้อยละ 71.91) รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุเท่ากับ 10,122,962 บาท (ร้อยละ 32.34) และ 4,735,146.21 บาท (ร้อยละ 24.64) และต้นทุนค่าลงทุนน้อยที่สุดเท่ากับ 1,046,530 (ร้อยละ 3.34) และ 662,065 บาท (ร้อยละ 3.45)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนทางตรง		รวมต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนทางอ้อม	ผู้รับบริการ (ครั้ง)	ต้นทุนต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)
บัญชีและการเงิน	377,426	377	377,803.43	20,303	18.61
เวชระเบียน	241,498	72	205,570.45	20,303	11.90
จัดซื้อ	291,600	87	291,687.48	20,303	14.37
พัสดุและเวชภัณฑ์	339,275	68	339,342.86	20,303	16.71
ติดตามหนี้สินและงานเคลม	572,051	172	476,222.62	20,303	28.18
เทคโนโลยีและสารสนเทศ	842,052	168	842,220.41	20,303	41.48
เครื่องมือแพทย์และซ่อมบำรุง	703,948	141	704,088.79	20,303	34.68
ทรัพยากรบุคคล	994,775	298	995,073.43	20,303	49.01
ศูนย์คุณภาพและการพยาบาล	1,213,750	607	1,214,356.88	20,303	59.81
ศูนย์เปล	232,861	186	322,047	20,303	11.48
เภสัชกรรม	470,587	141	470,728.18	20,303	23.18
ศูนย์ไตเทียม	25,021,208	137,617	25,158,825.00	20,303	1,239
รวม	31,301,031	139,934	31,440,965	20,303	1,548.59

หมายเหตุ ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) = ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) + ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) ของแต่ละหน่วยบริการ}}{\text{ปริมาณผู้มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม}}$$

จากตารางที่ 2 ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของหน่วยบริการฟอกเลือดศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล จำแนกตามหน่วยต้นทุนพบว่า ศูนย์ไตเทียมมีต้นทุนทางตรงรวม ต้นทุนทางอ้อมรวมต้นทุนทั้งหมด มากที่สุดเท่ากับ 25,158,825 บาท รองลงมาคือศูนย์คุณภาพและการพยาบาลเท่ากับ 1,214,356.88 บาท และน้อยที่สุดคือแผนกเวชระเบียนเท่ากับ 205,570.45 บาท มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 มารับบริการฟอกเลือดทั้งหมด 20,303 ครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยของศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลมีค่ามากที่สุดเท่ากับ 1,239 บาทต่อครั้ง

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลเอกชน

หน่วยต้นทุน	ต้นทุนทั้งหมด		รวมต้นทุนทั้งหมด	ผู้รับบริการ (ครั้ง)	ต้นทุนต่อหน่วย(บาท/ครั้ง)
	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม			
บัญชีและการเงิน	650,576.00	455	651,031	10,425	62.45
เวชระเบียน	253,498.00	228	253,726	10,425	24.34
จัดซื้อ	315,600.00	126	315,726	10,425	30.29
พัสดุและเวชภัณฑ์	291,275.00	117	291,392	10,425	27.95
ติดตามหนี้สินและงานเคลม	500,051.00	250	500,301	10,425	47.99
เทคโนโลยีและสารสนเทศ	833,052.00	250	833,302	10425	79.93
เครื่องมือแพทย์และซ่อมบำรุง	819,698.00	246	819,944	10,425	78.65
ทรัพยากรบุคคล	1,109,775.00	555	1,110,330	10,425	106.51
ศูนย์คุณภาพและการพยาบาล	1,138,750.00	797	1,139,547	10,425	109.31
ศูนย์เปล	1,050,083.00	945	1,051,028	10,425	100.82
เภสัชกรรม	1,325,125.00	795	1,325,920	10,425	127.19
ศูนย์ไตเทียม	10,928,218.21	44,806	10,973,024	10,425	1,053
รวม	19,215,701.21	49,570	19,265,271	10,425	1,848

หมายเหตุ ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) = ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) + ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) ของแต่ละหน่วยบริการ}}{\text{ปริมาณผู้มารับบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม}}$$

จากตารางที่ 3 ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full Cost) และต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของหน่วยบริการฟอกเลือดศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามหน่วยต้นทุนพบว่า ศูนย์ไตเทียมมีต้นทุนทางตรงรวม ต้นทุนทางอ้อมรวมต้นทุนทั้งหมด มากที่สุดเท่ากับ 10,973,024 บาท รองลงมาคือแผนกเภสัชกรรม เท่ากับ 1,325,920 บาท และน้อยที่สุดคือ แผนกเวชระเบียนเท่ากับ 253,726 บาท มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 มารับบริการฟอกเลือดทั้งหมด 10,425 ครั้ง ต้นทุนต่อหน่วยของศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลเอกชน มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 1,053 บาทต่อครั้ง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการหารด้วยจำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลรัฐบาลจำนวน 20,303 ครั้งและโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 10,425 ครั้ง ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3 พบว่าศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนมีต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด เท่ากับ 1,239 บาทและ 1,053 บาทต่อครั้งตามลำดับ ซึ่งนำไปคิดจุดคุ้มทุนต่อหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจุดคุ้มทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลมีจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด 20,303 ครั้ง และโรงพยาบาลเอกชน

10,425 ครั้ง โดยจุดคุ้มทุนของศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล เท่ากับ 18,474 ครั้ง และโรงพยาบาลเอกชน เท่ากับ 7,500 ครั้ง โดยราคาบริการเท่ากับ 1,500 บาทต่อครั้งตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ[13] ตามสูตรคำนวณ โดยใช้จำนวนผู้มารับบริการในการประเมินจุดคุ้มทุน ดังนี้ ต้นทุนรวม คงที่หารด้วยราคาบริการลบด้วยต้นทุนแปรผัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน พบว่าต้นทุนค่าแรงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด โดยศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงที่สูงกว่า ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาล ร้อยละ 71.91 และ 64.32 ตามลำดับ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมี ค่าตอบแทนของบุคลากรที่สูงกว่าและการจ้างบุคลากรเต็มเวลามากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษากิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ต้องใช้พยาบาลไตเทียมที่มีประสบการณ์สูงทำให้มีต้นทุนค่าแรงที่สูงตาม[9] รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ โรงพยาบาลรัฐบาลมีสัดส่วนนต้นทุนค่าวัสดุสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 32.34 และ 24.64 ตามลำดับ เนื่องจากจำนวนการให้บริการฟอกเลือดของโรงพยาบาลรัฐบาลมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลเอกชน และระบบการบริหารจัดการวัสดุของโรงพบาลเอกชนมีประสิทธิภาพสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล

ต้นทุนต่อหน่วยของศูนย์ไตเทียม โรงพยาบาลรัฐบาลสูงกว่าศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลเอกชน (1,239 บาท เทียบกับ 1,053 บาท) อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากร จำนวนผู้ป่วยต่อเครื่องไตเทียม และความซับซ้อนของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ขนาดของหน่วยบริการและอัตราการใช้บริการมีผลต่อต้นทุนต่อหน่วยของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยหน่วยบริการที่มีขนาดใหญ่และมีอัตราการใช้บริการสูงจะมีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่า[10] นอกจากนี้ การบริหารจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมที่มีประสิทธิภาพสามารถลดต้นทุนได้ ผ่านการบริหารจัดการวัสดุสิ้นเปลือง การจัดตารางการใช้เครื่องไตเทียม และการฝึกอบรมของบุคลากรมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน

2. การวิเคราะห์จุดคุ้มทุนของการจัดการโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมในศูนย์ไตเทียมระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน ทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนให้บริการเกินจุดคุ้มทุน แสดงให้เห็นว่าผู้จัดการพยาบาลไตเทียมที่สามารถบริหารจัดการต้นทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะต้นทุนคงที่ เช่นเงินเดือน ค่าประจำตำแหน่ง และต้นทุนแปรผัน เช่นค่าล่วงเวลา ให้เป็นไปตามมาตรฐาน[12] อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลรัฐบาลมีส่วนต่างระหว่างราคาขายและต้นทุนแปรผัน (1500-1239 = 261) น้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชน (261 บาท เทียบกับ 447 บาท) ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการทำกำไรในระยะยาว การกำหนดราคาค่าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมักถูกกำหนดโดยนโยบายของรัฐและระบบหลักประกันสุขภาพ[13] ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับต้นทุนที่แท้จริง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐบาลมีจุดคุ้มทุนต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชน แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลรัฐบาลสามารถเริ่มคุ้มทุนได้เร็วกว่า แต่หากพิจารณาส่วนต่างระหว่างราคาขายและต้นทุนแปรผัน โรงพยาบาลเอกชนมีประสิทธิภาพในการทำกำไรมากกว่าเมื่อผ่านจุดคุ้มทุนแล้ว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้จัดการพยาบาลไตเทียมนำผลการวิจัยมาบริหารการจัดอัตรากำลัง สำหรับศูนย์ไตเทียมในรพ.เอกชนให้เหมาะสมกับการให้บริการ การพิจารณาค่าตอบแทนโดยยึดหลักมาตรฐานและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ สำหรับศูนย์ไตเทียมใน รพ.รัฐบาล ควรพัฒนาการบริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดต้นทุนค่าวัสดุซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าศูนย์ไตเทียม รพ. เอกชน

2. ด้านการบริการพยาบาล ผู้จัดการพยาบาลไตเทียมนำข้อมูลเชิงประจักษ์นำไปเสนอต่อผู้บริหารเพื่อวางแผนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ออกแบบการจัดบริการ (Service design) และการพัฒนาสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลไตเทียม ในการบริหารศูนย์ไตเทียม และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้มาตรฐานตามที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยกำหนด และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและแนะนำศูนย์ไตเทียมให้กับผู้รับบริการท่านอื่นมารับบริการ

เป็นกลยุทธ์อีกวิธีหนึ่งที่ทำให้การบริการฟอกเลือดถึงจุดคุ้มทุน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนและผลได้ (Cost Benefit Analysis) ของการจัดบริการศูนย์ไตเทียมโดยผู้จัดการพยาบาลไตเทียมโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน

References

1. Griner J. Perceived power by nurse managers in dialysis unit: A qualitative case study [dissertation]. Hattiesburg (MS): The University of Southern Mississippi; 2023.
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing executive competency. Nonthaburi: Sinthawakit Printing ; 2025 . (in Thai)
3. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, & Zoccali C. A single number for advocacy and communication worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Kidney International. 2019; 96 (5):1048-50.
4. Satirapoj B, Tantiyavarong P, Chuasuwan A, Lumpaopong A, Limbutara K, Kiattilunthorn K, et al. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2023: Epidemiology and trends in incident dialysis patients. Journal Nephrology Society of Thailand .2025;31(2):105–22. (in Thai)
5. Charunwatthana W. The Appraisal Report of Public-Private Partnership Project of Hemodialysis Service Provision. Journal of Health Science. 2020;29(5): 900-22 (in Thai)
6. Creese A, & Parker D. Cost analysis in primary health care. A training manual for programme managers. Geneva: World Health Organization; 1994.
7. Chotiwong C.Industrial cost analysis and control. (5th ed.). Bangkok : Academic Promotion Division, King Mongkut's University of Technology North Bangkok, 2021.(in Thai)
8. Singchangchai P. Health economics for health service (5th ed.). Songkhla: Chan Mueang Printing; 2016. (in Thai)
9. Singh A, Ravi P, & Joseph S. A Comprehensive Break Even Analysis of MRI and CT Unit of a Tertiary Care Hospital in Sikkim. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2020;11(3):47-52.
10. Phuttha A, Singchangchai P, & Chatdokmaipri K. Cost Analysis of Nursing Activities for Stage 5 Chronic Kidney Disease (CKD) with Hemodialysis Patient in a Tertiary Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(1):469-77.(in Thai)
11. Polit DF, & Hungler BP. Essentials of Nursing Research : Methods,Appraisal and Utilisation (8thed.). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia ;2013.
12. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Council Regulations on Limitations and Conditions for the Practice of Nursing and Midwifery Professions (No. 6) 2025 (Renal Replacement Therapy, Hemodialysis). Royal Gazette. 2025.
13. Chanoop S, Singchangchai P, & Tantapong U. Unit Cost and Break- Even Point Analysis of One Day Surgery Pterygium Service in a Private Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):403-13. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นไทย: การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง

The Relationship Between Health Perception and Exercise Behavior among Thai Adolescents: A Cross-Sectional Correlation Study

อลงกรณ์ อักษรศรี[1] แสงเดือน อภิรัตนวงศ์*[1] อาทิตยา อภิรัตนวงศ์[2] ณราเมศ ทีฆธนานนท์[3]

Alongkorn Aksornsri[1] Sangduan Apiratanawong*[1] Arthitaya Apiratanawong[2] Narames Teekathananon[3]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

[1]Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok, Thailand 65000

[2]โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก ประเทศไทย 65000

[2]Naresuan University Secondary Demonstration School, Phitsanulok, Thailand 65000

[3]โรงเรียนเซนต์ดอมินิก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

[3]Saint Dominic School, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นไทย โดยใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 324 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$, $p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ ($r = -.25$, $p < .05$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = .33$, $p < .05$ และ $r = .36$, $p < .05$ ตามลำดับ) ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพควรมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และลดอุปสรรคเพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, วัยรุ่น, การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง

Abstract

This study aimed to examine the relationship between health perception and exercise behavior among Thai adolescents, using data from high school students at Naresuan University Secondary Demonstration School, in Phitsanulok province.

Corresponding Author: * E-mail: sangduana@nu.ac.th

วันที่รับ (received) 7 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2568

A cross-sectional study was conducted with a sample of 324 students selected by simple random sampling. Data were collected using questionnaires on health perception and exercise behavior, which were validated for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The study found that the perceived benefits of exercise had a moderate positive correlation with exercise behavior ($r = .40$, $p < .05$). Perceived barriers to exercise had a low negative correlation with exercise behavior ($r = -.25$, $p < .05$). Perceived susceptibility and perceived severity of not exercising had low to moderate positive correlations with exercise behavior ($r = .33$, $p < .05$ and $r = .36$, $p < .05$, respectively). Therefore, health promotion programs should focus on enhancing the perceived benefits of exercise and reducing the barriers faced by adolescents to encourage healthy behaviors.

Keywords: health perception, exercise behavior, adolescents, a cross-sectional correlation study

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา[1,2] โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประมาณการว่า อัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.5 เป็นร้อยละ 14.2 นอกจากนี้ ข้อมูลจากจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่นในช่วงเวลาเดียวกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 15.5[3]

ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นคือการลดลงของระดับการออกกำลังกายในเด็กวัยรุ่นไทย จากรายงานระดับกิจกรรมทางกายของเด็กไทยในปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าเด็กวัยรุ่นไทยโดยรวมมีคะแนนกิจกรรมทางกายอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 20-26 (เกรด D) ซึ่งมีคะแนนกิจกรรมการออกกำลังกายในลักษณะของการเล่นกีฬาอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 34-39 (เกรด D+) ในขณะที่กิจกรรมการเล่นที่มีการออกแรงมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 20 (เกรด F)[4] พฤติกรรมการออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจของวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม พบว่าวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มการออกกำลังกายลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น[1] การออกกำลังกายคือ การทำกิจกรรมที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยมีการเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำ ๆ มีการวางแผน เป็นแบบแผน และมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ โดยใช้กิจกรรมและกติกาการแข่งขันง่าย ๆ[5] ประโยชน์ของการออกกำลังกายช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายนำเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมได้มากขึ้น การทำงานระบบภูมิคุ้มกัน ระบบหัวใจและไหลเวียนโลหิตมีประสิทธิภาพ ระบบการสร้างของฮอร์โมนปกติ กระบวนการเผาพลาญปกติ ช่วยป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น และสามารถควบคุมน้ำหนักของร่างกายให้เหมาะสม และทำให้จิตใจร่าเริงแจ่มใส อดทน อดกลั้น มีสติ ควบคุมอารมณ์ตนเอง และป้องกันโรคทางจิตประสาท ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพกายและใจที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข[6,7]

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสถานการณ์และผลดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2559-2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[5,8] จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นส่วนใหญ่คร่ำเคร่งกับการดำเนินชีวิตประจำวัน และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารรูปแบบออนไลน์ ทำให้เด็กวัยรุ่นทุกคนใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับอุปกรณ์อิเลกโทรนิกส์เกือบตลอดทั้งวัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของพฤติกรรมการออกกกำลังกายของวัยรุ่นในปัจจุบัน[9] ประกอบกับการแข่งขันเข้าศึกษาในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้วัยรุ่นในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายให้

ความสำคัญกับเรื่องการศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย กิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เวลากับด้านการศึกษา จึงส่งผลให้มีการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายลดลง ดังรายงานสถิติและจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมทางกายของวัยรุ่นในช่วงอายุ 15 ถึง 24 ปี อยู่ในระดับที่ต่ำกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่น[4,7,10]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการไม่ออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย[11,12] ทั้งนี้ ทฤษฎี Health Belief Model (HBM) ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าเป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ของการออกกำลังกายในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่ไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ[13,14]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการศึกษาทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่น แต่ยังขาดการศึกษาที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และเป็นช่วงวัยสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชี้ให้เห็นว่า วัยรุ่นอายุ 12–17 ปี ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับน้อยถึงปานกลาง และอยู่ในภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน[15] ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างขององค์ความรู้ในการศึกษาความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของเด็กวัยรุ่นในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ซึ่งเหมาะสมกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน อันจะนำไปสู่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ในการวางแผนและพัฒนานโยบายหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของเยาวชนไทยในปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น

สมมติฐาน

1. การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น

2. การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด ของโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker[14] โดย Health Belief Model ทำให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น โดยเฉพาะการรับรู้สุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะตัดสินใจทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพเมื่อพวกเขารับรู้ถึงความสำคัญจากผลกระทบของพฤติกรรม สอดคล้องกับปัจจัยในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อว่าการออกกำลังกายจะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัวลดลง ห่างไกลโรค มีรูปร่างแข็งแรง การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย (Perceived Barriers) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกาย เช่น ไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่ หรือรู้สึกเหนื่อย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย (Perceived Susceptibility) ซึ่งเป็นการตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคหากไม่มีการออกกำลังกาย เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน เบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย (Perceived Severity) เป็นความเข้าใจถึงผลกระทบรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ออกกำลังกาย เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งการรับรู้ทั้ง 4 ด้านนี้ มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้วัยรุ่นเลือกพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีคือพฤติกรรมการออกกำลังกาย[16,17]

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (A cross- sectional correlation study) ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ประชากร

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนมัธยมสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2567 จำนวน 543 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) กำหนดค่าอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .15 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ระดับ .05 จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตปริญญาตรีในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19: การศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง[18] คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 270 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง[19] คิดเป็น 54 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 324 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคทางพันธุกรรม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 5 คะแนน จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย 10 ข้อ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย 8 ข้อ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย 8 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกายจำนวน 13 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) ดังนี้ แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายได้ .90 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ได้ 1.00 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย ได้ .95 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย ได้ 1.00 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายต่างโรงเรียนกันโดยเลือกโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้านดังนี้ .94, .89, .95 และ .97 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale มี 3 ระดับ คือ “ปฏิบัติเป็นประจำ” จนถึง “ไม่เคยปฏิบัติ” มีคะแนนเรียง 3 ถึง 1 คะแนน รวมทั้งสิ้น 11 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .91 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 186/2024 วันที่รับรอง 27 กันยายน พ.ศ. 2567 ภายหลังการอนุมัติ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้รับการปกปิดเป็นความลับ ซึ่งข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกไว้ตามรหัสโดยไม่มีการระบุชื่อสกุล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัยแก่ครูประจำชั้น จากนั้นส่งลิงค์ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผ่านครูประจำชั้น และ Line Application หลังจากกลุ่มตัวอย่างอ่านคำชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแล้ว ถ้าหากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ครูประจำชั้นจะเป็นผู้ตอบคำถามเมื่อเข้าใจรายละเอียดโครงการวิจัยแล้ว จะแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยทาง Google form โดยแสดงความยินยอมในการทำแบบสอบถามในหน้าถัดไป (Consent by action) กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคทางพันธุกรรม (N = 324)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
16-17 ปี	187	57.8
18-19 ปี	136	41.9
มากกว่า 20 ปี	1	0.3
เพศ		
ชาย	129	39.9
หญิง	191	58.9
ทางเลือก	4	1.2
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อย/ผอม	77	23.8
ปกติ (สุขภาพดี)	177	54.6
ท้วม/น้ำหนักเกิน	49	15.1
อ้วน	21	6.5
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน	111	34.3
3,000-4,000 บาท/เดือน	96	29.7
5,000-6,000 บาท/เดือน	55	16.9
6,000 บาท/เดือนขึ้นไป	62	19.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	270	52.4
มี (ภูมิแพ้, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิต, โรคอ้วน ฯลฯ)	54	16.6
ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม		
ไม่มี	258	79.6
มี (โรคเบาหวาน, ไขมันในเลือดสูง, โรคความดันโลหิต, โรคอ้วน ฯลฯ)	66	20.4

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 324 คน มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีอายุอยู่ในช่วง 16-17 ปี (ร้อยละ 57.8) เป็นเพศหญิง จำนวน 191 คน (ร้อยละ 58.9) มีดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติจำนวน 177 คน (ร้อยละ 54.6) และมีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันจำนวน 70 คน (ร้อยละ 21.6) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน จำนวน 111 คน (ร้อยละ 34.3) โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 270 คน (ร้อยละ 52.4) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีครอบครัวที่เป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมจำนวน 258 คน (ร้อยละ 79.6)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย (N = 324)

ตัวแปร	Mean	SD	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	45.19	6.21	-				
2. การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย	25.73	7.63	.02	-			
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย	33.04	6.59	.52*	.10	-		
4. การรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย	52.67	10.70	.51*	.15*	.80*	-	
5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย	23.47	4.75	.40*	-.25*	.33*	.36*	-

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$, $p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = - .25$, $p < .05$) นอกจากนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกาย และการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่นในระดับต่ำถึงปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33$, $p < .05$ และ $r = .36$, $p < .05$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพในการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น โดยใช้ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงจากการไม่ออกกำลังกาย โดยอภิปรายผลวิจัยตามลำดับดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = .40$, $p < .05$) โดยความสัมพันธ์นี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎี Health Belief Model ที่ระบุว่าหากบุคคลสามารถรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกาย พวกเขามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น[14] การรับรู้ประโยชน์ที่เชื่อมโยงกับการป้องกันโรคเรื้อรัง การเสริมสร้างสุขภาพ หรือการควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้วัยรุ่นมีการกระตุ้นในการออกกำลังกายมากขึ้น เพื่อป้องกันสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น[20,21] และงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในนิสิตระดับปริญญาตรี ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ผลวิจัยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย[18]

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการวิจัยพบว่าในทางตรงกันข้าม การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.25$, $p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี HBM[14] ที่กล่าวถึง การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) ว่าเป็นปัจจัยที่อาจลดความตั้งใจในการทำกิจกรรมสุขภาพ คือ การออกกำลังกาย โดยอุปสรรคที่พบในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัญหาด้านเวลา ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ออกกำลังกาย และความเหนื่อยล้าจากกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้วัยรุ่นไม่สามารถทำกิจกรรมออกกำลังกายได้ตามที่ตั้งใจ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าปัจจัยจากการขาดสถานที่ออกกำลังกายที่เข้าถึงง่ายและปลอดภัย สำหรับวัยรุ่น ในโรงเรียนและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นสนามกีฬา ลานกิจกรรมหรือยิมที่มีค่าใช้จ่ายต่ำ ทำให้วัยรุ่นรับรู้ถึงอุปสรรคในการออกกำลังกายจะทำให้ไปลดความตั้งใจของวัยรุ่นที่จะไปออกกำลังกายได้[20] โดยจากการศึกษาพบว่าอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ความเหนื่อยล้าหรือการขาดแคลนเวลาสามารถลดพฤติกรรมการออกกำลังกายได้[20] และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคจากการออกกำลังกายของนักเรียนกับระดับกิจกรรมทางกายในช่วงโควิด-19 พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย[22]

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงจากการไม่ออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษายังพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกายและการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = .33$, $p < .05$ และ $r = .36$, $p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี HBM ที่กล่าวถึง การรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และ การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) โดยการรับรู้ถึงผลเสียจากการไม่ออกกำลังกาย เช่น เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน, โรคหัวใจ หรือโรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นพฤติกรรมของวัยรุ่นให้ออกกำลังกายเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านการออกกำลังกาย และระดับกิจกรรมทางกายในนักศึกษามหาวิทยาลัย พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงจากพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ทำให้วัยรุ่นมีความตระหนักและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น[21] ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ดัชนีมวลกาย รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของนิสิตระดับปริญญาตรีในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการไม่ออกกำลังกายและการรับรู้ความรุนแรงของการไม่ออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย[18] ($r = .08$, $p > .05$, และ $r = .09$, $p > .05$, ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษา ดังกล่าวทำการศึกษาในกลุ่มนิสิตพยาบาลในช่วงเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งอยู่ในบริบทหรือสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อจึงทำให้ผลการวิจัยดังกล่าวไม่เป็นไปตามทฤษฎี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปวางแผนการส่งเสริมการรับรู้ถึงประโยชน์ และความเสี่ยงที่เกิดจากการออกกำลังกาย เช่น รูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นต้น และลดอุปสรรคที่วัยรุ่นประสบปัญหาเพื่อให้วัยรุ่นหรือนักเรียนระดับมัธยมปลายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพิ่มได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อมูลจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยรุ่น เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้จากการออกกำลังกาย หรือการจัดหาสถานที่ออกกำลังกายที่สะดวกสบายและปลอดภัย อาจช่วยเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มวัยรุ่นได้

References

1. Lee EY, Shih AC, Collins M, Kim YB, Nader PA, Bhawra J, et al. Report card grades on physical activity for children and adolescents from 18 Asian countries: Patterns, trends, gaps, and future recommendations. Journal of Exercise Science and Fitness. 2023;21(1):34–44.

2. Sritart H, Taertulakarn S, & Miyazaki H. Disparities in childhood obesity prevalence and spatial clustering related to socioeconomic factors in Isaan, Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(1):1-18.
3. Thai Ministry of Public Health. Prevalence of childhood overweight and obesity. Nonthaburi: Thai Ministry of Public Health. 2023. (in Thai)
4. Widyastari DA, Saonuam P, Pongpradit K, Wongsingha N, Choolers P, Kesaro S, et al. Results from the Thailand 2022 report card on physical activity for children and youth. Journal of Exercise Science and Fitness. 2022;20(4):276–82.
5. National Physical Activity Promotion Master Plan Committee. National Master Plan for Physical Activity Promotion: 2018–2030. Bangkok: National Health Security Office. 2017. (in Thai)
6. Topothai T, Liangruenrom N, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. How much energy do Thai people expend in physical activity and sedentary behavior? Data from the 2015 National Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research. 2017;11(3): 327–44. (in Thai)
7. Katewongsa P, Pongpradit K, & Widyastari DA. Physical activity level of Thai children and youth: Evidence from Thailand's 2018 report card on physical activity for children and youth. Journal of Exercise Science and Fitness. 2021;19(2):71–4. (in Thai)
8. Widyastari DA, Saonuam P, Rasri N, Pongpradit K, & Katewongsa P. Prevalence and trends of physical activity in Thai children and young people: Pooled panel data analysis from Thailand's surveillance on physical activity 2012–2020. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(19):1-14.
9. Amornsriwatanakul A, Lester L, Bull FC, & Rosenberg M. Ecological correlates of sport and exercise participation among Thai adolescents: A hierarchical examination of a cross-sectional population survey. Journal of Sport and Health Science. 2023;12(5):592–605. (in Thai)
10. Bussamongkhon P, & Thonglong T. The effects of applied Thai dance aerobic exercise program on the health-related physical fitness of female students among upper elementary school. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):449–57. (in Thai)
11. Piboon K, Methaphat C, Ouppawongsapat D, Chaiklongkit K, Arunrat P, & Sukthong N. Predicting factors of physical activity among university students, Thailand. Bangkok Medical Journal. 2020;16(1):33. (in Thai)
12. Tongwat P, & Kitreerawutiwong N. Factors predicting physical activity behaviors among grade 4–6 students in Nongkula Sub-district, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(2):24–36. (in Thai)
13. Manokha S, Theerawiwat M, & Imamee N. Factors associated with health-promoting behaviors among university students in Bangkok. Journal of Health Education. 2019; 42(1):146–56. (in Thai)

14. Becker MH. The health belief model and personl health behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):324-473.
15. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL, Mead E, Johnson RE, Fraser H, et al. Diet, physical activity and behavioral interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. Cochrane Database of Systematic Review. 2017;6(6):1-341.
16. Wannalai U. Factors influencing health management for obesity prevention among adolescents in Lampang Province. Journal of Health Science of Thailand. 2021;30(Suppl 3): S441–53. (in Thai)
17. Uthaithum N, Pithoonsap C, Chimpalee B, & Jaree S. Factors related to exercise behavior of nursing students, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2020;3(1):62–72. (in Thai)
18. Sopha C, Meedech N, Khattipan N, Lim N, Wongkhomlue C, Khamkrueang N, et al. Factors associated with exercise behavior among undergraduate students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional correlation study. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(4):65–76. (in Thai)
19. Polit DF, & Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
20. Hu D, Zhou S, Crowley-McHattan ZJ, & Liu Z. Factors that influence participation in physical activity in school-aged children and adolescents: A systematic review from the social ecological model perspective. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(6):1-22.
21. Sheng J, Gong L, & Zhou J. Exercise health belief model mediates the relationship between physical activity and peer support among Chinese college students: A cross-sectional survey. Frontiers in Psychology. 2023;14(1):1-9.
22. Damayanti I, Rahayu NI, & Hadi A. Relationship between students perceived exercise benefit and physical activity level during COVID-19 pandemic in Indonesia. Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences. 2021;17(Suppl 14):105–9.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

The Effectiveness of an Empowerment Program for Parents on Knowledge and Behaviors for Early Childhood Developmental Promotion

ธิภากรณ์ ป้อมศรี*[1] เบญจยามาศ พิลายนต์[1] กิตติภูมิ ภิญโย[2]
Thipakorn Pomsri*[1] Benjayamas Pilayon[1] Kittiphoom Phinyo[2]
[1]**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000**
[1]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand, 48000
[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40000**
[2]Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 40000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำนวน 56 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1. เครื่องมือในการทดลอง คือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้เท่าทันสถานการณ์ 2) ฝึกความชำนาญเพิ่มความมั่นใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง 3) ตารางการดูแลลูกรักของฉัน 4) เสริมสร้างความมั่นใจจัดการให้คงอยู่ และ 5) ประเมินและติดตามผล เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ 2.เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น 0.77 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent test และ Pair t-test

ผลการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อไป

คำสำคัญ: ผลของโปรแกรม, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ปกครอง, พัฒนาการ, เด็กปฐมวัย

Corresponding Author: E-mail: thipakorn6798@gmail.com

วันที่รับ (Received) 24 ก.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 14 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 23 พ.ย. 2567

Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of early childhood parent empowerment program on knowledge and behaviors of early childhood developmental promotion. The research was a quasi-experimental study with two groups measuring outcomes before and after the experiment. The sample group consisted of early childhood parent aged 3 - 5 years, totaling 56 participants. They were divided into experimental groups of 28 participants and a comparison groups of 28 participants, which were specifically selected according to specified criteria. The program used in the research consists of Empowerment Program There are 5 activities being carried out: 1) Knowing the situation 2) Practicing expertise to increase confidence. Exchange knowledge from real experiences 3) My beloved child's care schedule 4) Build confidence Manage to maintain 5) Evaluate and follow up for a period of 8 weeks. Data were collected using a knowledge questionnaire about promoting early childhood development and a behavior questionnaire for promoting early childhood development. The instruments had reliability scores of 0.77 and 0.84, respectively. Data analysis was performed using descriptive statistics and reference statistics, including the Independent test and Pair t-test.

The results of the experiment showed that the experimental group had a higher mean knowledge score than before receiving the program and a higher mean behavior score for promoting early childhood development than before receiving the program with statistical significance ($p < .001$) and the experimental group had a mean knowledge score and the mean scores on behaviors promoting early childhood development Statistically significantly higher than the comparison group ($p < .001$).

The results of this research can be used as a guideline for empowering parents of early childhood to further promote early childhood development.

Keywords: Program effects, Empowerment, Parents, Development, Early childhood

บทนำ

เด็กปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี หรือ วัยอนุบาล เป็นวัยที่สำคัญระยะหนึ่งของชีวิตเพราะเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้นทั้งด้านความคิด ภาษา การสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง การพัฒนามนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพต้องเริ่มต้นช่วงปฐมวัย เพราะเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสมองและการเรียนรู้เป็นไปอย่างรวดเร็ว วัยนี้เป็นโอกาสทองของการพัฒนาเด็ก มีความสำคัญของชีวิตมนุษย์ เพราะการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้เป็นพื้นฐานสำคัญที่มีผลต่อการเรียนรู้พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ พัฒนาการเด็กปฐมวัยนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีลำดับขั้นตอนต่อเนื่อง ตั้งแต่ปฏิสนธิ จนถึงอายุ 6 ปี โดยจะเกิดขึ้นควบคู่กันไปตามเกณฑ์อายุและวัยของเด็ก และต้องอาศัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และการเรียนรู้ การอบรมสั่งสอน การเลี้ยงดู จนส่งผลให้เด็กมีความสามารถและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และเป็นไปตามศักยภาพของตน หากการเลี้ยงดูและตอบสนองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่สมวัย ขาดทักษะในการเรียนรู้และการปรับตัวในสังคม[1]

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า เด็กทั่วโลกประมาณร้อยละ 15 - 20 มีพัฒนาการไม่สมวัย และ มากกว่าร้อยละ 25 ของเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกามีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว โดยปัญหาเกิดจากการศึกษาฐานะและความรุนแรงในครอบครัว[2,3] ซึ่งการพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าในเด็กจะส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาและโอกาสในการพัฒนาเด็ก[4] หากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปีและได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะสามารถกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้[5]

สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยได้ เริ่มประเมินพัฒนาการเด็กจากปี พ.ศ. 2542 พบว่า มีแนวโน้มพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 28.30 เป็นร้อยละ 32.50 ในปี พ.ศ. 2560 ในประเทศไทย ในรอบ 15 ปี ที่ผ่านพัฒนาการล่าช้า 30% เป็นจำนวนที่สูงมาก และยังพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[6] การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยกรมอนามัย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ภาพรวมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยสมวัย ร้อยละ 70 ภาคเหนือมีพัฒนาการสมวัยสูงสุดร้อยละ 85 ที่น่าเป็นห่วงคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยอยู่ที่ ร้อยละ 50 - 60 เท่านั้น[7]

จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2566 ข้อมูลการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี อำเภอนามน ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า หากประเมินจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผ่านทุกตัวชี้วัด แต่พบว่าเด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยลดลง และจังหวัดกาฬสินธุ์ เด็ก 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย น้อยที่สุดของเขตสุขภาพที่ 7

สะท้อนได้ว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กยังไม่ได้เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) และกระตุ้นพัฒนาการที่ยังไม่ดีพอ จากสรุปรายงานการตรวจราชการของเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2565 ความต้องการของพื้นที่คือต้องการให้ฟื้นฟูความรู้เรื่องพัฒนาการเพื่อสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรสาธารณสุข ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เรื่อง บทบาทตนเองในการดำเนินงานเรื่องพัฒนาการ นอกจากนี้ในเขตพื้นที่ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นนั้นอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น เด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากปู่ย่าตายาย เนื่องจากบิดามารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้าน พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักในการทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญในการตรวจรักษาและการรับวัคซีนมากกว่าการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งมีผลทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้า

จากการทบทวนวรรณกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเรื่องที่สำคัญของระดับประเทศ หากเด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยมากขึ้น จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] ไปใช้ในการเสริมพลังอำนาจผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพราะครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เล็กที่สุดและอยู่ใกล้ตัวบุคคลมากที่สุด ตั้งแต่แรกเกิดและเติบโตขึ้นมา มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว เริ่มต้นจากให้การอุ้มชูเลี้ยงดูด้วยความรัก ความสนใจความเอาใจใส่อบรมสั่งสอนด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีงามมีคุณค่า การสั่งสอน ชี้แนะ[9] ด้วยการเสริมศักยภาพ สมรรถนะ ความสามารถ การเพิ่มอำนาจการตัดสินใจ อำนาจต่อรอง การเข้าถึงและการจัดการทรัพยากร เพื่อให้ครอบครัวสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ ของสมาชิกได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนทำให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] มาใช้ในกิจกรรมของโปรแกรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

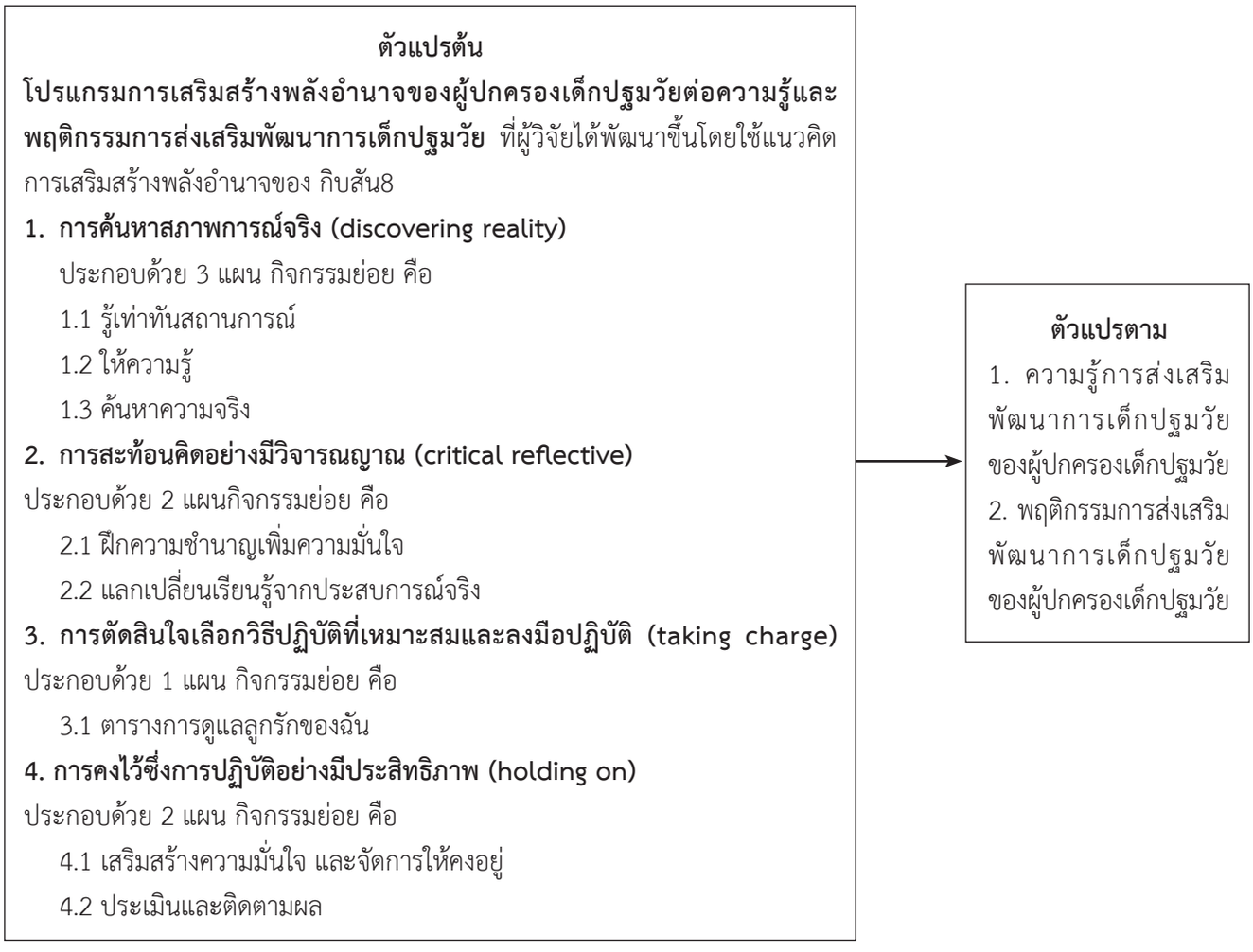
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflective) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) ดังแผนภาพ ที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ[8]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือผู้ปกครองที่เลี้ยงเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2567 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้คือผู้ปกครองที่เลี้ยงเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีภูมิลำเนาที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .99 ความเชื่อมั่นที่ .01 และขนาด ของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ 1.511 ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 46 คน drop-out rate ของงานวิจัยเชิงทดลองพบประมาณ 20% เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 20% ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยทั้งสิ้น 56 คน โดยแบ่ง ดังนี้ 1)กลุ่มทดลอง คือ ผู้ปกครองที่เลี้ยงเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อยู่พื้นที่ตำบลนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 28 คน 2) กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ปกครองที่เลี้ยงเด็กอายุ 3-5 ปี ที่อยู่พื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 28 คน เพื่อควบคุมตัวแปรภายนอกในการวิจัย โดยเลือกผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทั้ง 2 กลุ่ม โดยจับเป็นคู่ (matched-pair method) เลือกผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous) แต่ละคู่มีลักษณะเหมือนกันในเรื่อง 1) อายุเท่ากัน 2) ระดับการศึกษาเดียวกัน คือ อยู่ในระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา ปริญญาตรี โดยผู้ปกครองเด็กปฐมวัยรายแรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจะถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองโดยการจับฉลาก ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยคนที่ 2 ที่มีลักษณะเข้าคู่กับรายแรกจะถูกจัดคู่เข้ากับกลุ่มที่ได้จับฉลากไว้ในครั้งแรกแต่ถ้าผู้ปกครอง

เด็กปฐมวัยรายที่ 2 มีลักษณะแตกต่างไปจากรายแรก จะทำการจับฉลากเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบต่อไป กระทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนได้ครบตัวอย่าง 28 คู่

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 3- 5 ปี ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เป็นผู้ที่ดูแลเลี้ยงดูเด็ก และมีเวลาอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก อาศัยอยู่ในเขต อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาทำการศึกษาวิจัย 3) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ตลอดทั้ง 8 สัปดาห์ ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 4) มีทักษะอ่านออก เขียนได้ สามารถ โต้ตอบและสื่อความหมายเข้าใจในการตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ที่มีความผิดปกติทางการสื่อสารหรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรับรู้เข้าใจ หรือให้ข้อมูลต่างๆ ได้ และ 2) มีร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคแทรกซ้อนในระดับที่รุนแรงที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้งก่อน และหลังการทดลอง (pretest-posttest with control group design) ระยะเวลา ดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

1. ขั้นเตรียมการดำเนินการวิจัย

หลังจากคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ นัดประชุมชี้แจงกับอาสาสมัคร เพื่อขอความยินยอม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับจากการวิจัยนี้ พร้อมนัดวัน เวลา สถานที่ในการขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขอความยินยอมในการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยเก็บแบบทดสอบความรู้ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 1.1) รู้เท่าทันสถานการณ์ 1.2) ให้ความรู้ 1.3) ค้นหาความจริง (ขั้นตอนที่ 1: การค้นพบสถานการณ์จริง) สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมครั้งที่ 2 2.1) ฝึกความชำนาญเพิ่มความมั่นใจ 2.2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ) สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 3 3.1) ตารางการดูแลลูกรักของฉัน (ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ) สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 4 4.1) เสริมสร้างความมั่นใจและจัดการให้คงอยู่ (ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) สัปดาห์ที่ 3-7

กิจกรรมครั้งที่ 5 4.2) ประเมินและติดตามผล (ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ) สัปดาห์ที่[8]

กลุ่มเปรียบเทียบ

การจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ปกครองเด็กปฐมวัยของกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการจัดการดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[9] เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรม โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจาก 3 คู่มือดังนี้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)[10] คู่มือแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-6 ปี สำหรับพ่อแม่ ผู้ปกครอง[11] คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์ สำหรับเด็กแรกเกิด-5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า”[12] ประกอบไปด้วยกิจกรรม 1) รู้เท่าทันสถานการณ์ 2) ฝึกความชำนาญเพิ่มความมั่นใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง 3) ตารางการดูแลลูกรักของฉัน 4) เสริมสร้างความมั่นใจ จัดการให้คงอยู่ และ 5) ประเมินและติดตามผล ระยะเวลาการ ทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 60 นาที โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมใน ประเด็นหัวข้อที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประสิทธิผล

ของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำตอบลงในช่องว่างที่ระบุ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือก ซึ่งลักษณะคำถามทั้งทางบวกและทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้สูง = 28 - 35 คะแนน, ปานกลาง = 21 – 27 คะแนน และ ต่ำ = 0 - 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 29 ข้อ โดยมีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) คำถามแต่ละข้อมีข้อคำตอบ ให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน, ปฏิบัติน้อยครั้ง ได้ 1 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ได้ 2 คะแนน และ ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน โดยแบ่งคะแนน 59 – 87 คะแนนอยู่ในระดับมาก 30 – 58 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และ 0 – 29 คะแนนอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความตรงด้านเนื้อหา ครอบคลุมเนื้อหาตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ภาษาและสำนวนที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า 0.96

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มอาสาสมัครที่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงของ แบบวัดความรู้โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR20) ได้เท่ากับ 0.77 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) 0.84 สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ตามหมายเลขอนุญาตเลขที่ HE4867 ลงวันที่ 8 มกราคม 2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทำการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 56 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 28 คน พบว่า กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.40 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 30-39 ปีร้อยละ 28.60 อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 66 ปี อายุเฉลี่ย 46.78 ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 57.10 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่

ร้อยละ 75 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 28.60 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,001 - 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 42.90 กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.10 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 30-39 ปีร้อยละ 28.60 อายุน้อยที่สุด 23 ปี อายุมากที่สุด 68 ปี อายุเฉลี่ย 46.39 ปี ความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็นแม่ ร้อยละ 46.40 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 82.10 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.70 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,001 - 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 46.40

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทีคู่อิสระ (independent t-test)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
ก่อนการทดลอง					
คะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	20.00	3.77	19.96	3.61	.971
คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	37.35	8.14	36.03	7.36	.527
หลังการทดลอง					
คะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	30.14	3.33	20.29	3.35	<.001*
คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	68.10	6.29	35.21	6.48	<.001*

*p < .001

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.	
คะแนนความรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	20.00	3.77	30.14	3.33	<.001*
คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	37.35	8.14	68.10	6.29	<.001*

*p < .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าภายหลังการดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน[8] ซึ่งกิจกรรมที่ 1 รู้เท่าทันสถานการณ์ ให้ความรู้ และค้นหาความจริง คือการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ และทำความเข้าใจข้อมูลและปัญหาที่พบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ปกครองความเข้าใจปัญหา แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหา และกิจกรรมที่ 2 ฝึกความชำนาญเพิ่มความมั่นใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง คือปฏิบัติ ฝึกฝนจนเกิดความมั่นใจเพื่อตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจ คิดวิเคราะห์ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้และมั่นใจในความสามารถและนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ในกิจกรรมที่ 3 ตารางการดูแลลูกรักของฉัน อธิบายได้ว่าความรู้ของบิดามารดาและผู้ดูแลเกิดจากความเข้าใจของบุคคลที่ได้รับข้อมูลหรือการเรียนรู้ประสบการณ์ และจดจำเรื่องราวนั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็ก อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย บิดามารดาและผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมนั้นอธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ โดยอาศัยการได้รับข้อมูลต่างๆ ที่ผ่านการเรียนรู้ ประสบการณ์ และจดจำสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผสมผสานกันเป็นองค์ความรู้ที่ถูกต้อง จะสามารถนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม[13] จึงทำให้คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้เรียนรู้จากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการมีกิจกรรมที่ 3 ตารางการดูแลลูกรักของฉัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประกอบการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และดีที่สุดโดยใช้เหตุผลของตนเอง โดยการตัดสินใจนั้นจะต้องเป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้กับตนเองได้ และจัดทำตารางดูแลลูกรักของฉัน ใช้เป็นวิธีการที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถปฏิบัติการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพ ในกิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างความมั่นใจ จัดการให้คงอยู่ มีการโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม สอบถามผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับการดำเนินงาน ประเมินปัญหาอุปสรรค ให้คำปรึกษา กล่าวชมเชย พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และกระตุ้นผู้ปกครองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งหากผู้ปกครองเด็กปฐมวัยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยรู้สึกมั่นใจรู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นต่อไป และสามารถทำการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี หลังการพัฒนา ความรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้ปกครอง และกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีความรู้อยู่ในระดับสูง เนื่องจากการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจำเป็นต้องให้ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็กและกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับความรู้มีความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)[14]

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเป็นตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ หลังได้รับโปรแกรมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเกิดความรู้สึกมีอำนาจในตนเองและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ตนเองเลือกให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการเรียนรู้เป็นผลจากการจัด

กิจกรรมให้ความรู้โดยการบรรยายของวิทยากร ตลอดจนการสาธิตและฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ทำให้ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยสามารถซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันเป็นผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยจึงมีความรู้ และมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลต่อการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าภายหลังผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีการตระหนักถึงการเลี้ยงดูอบรมเด็กส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจ โดยการให้ความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมีให้การช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เมื่อประสบผลสำเร็จในการลงมือทำตามที่ได้วางเป้าหมายไว้บุคคลก็จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและปรับพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบท[15] และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม เนื่องจากมีการประเมินความรู้เรื่องปอดเรื้อรังในเด็กของผู้ดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดเรื้อรังโดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังประกอบการสอน สอนสาธิต และให้คำแนะนำ ผู้ดูแลเป็นรายบุคคลขณะปฏิบัติการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้น และเมื่อบุคคลจึงเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการดูแลตนเองและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ ตนเองเลือกให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งการเรียนรู้ เป็นผลจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ โดยการบรรยาย ตลอดจนการสาธิตและฝึกปฏิบัติทำให้ผู้ดูแลสามารถซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนยอมรับความคิดเห็น ซึ่งกันและกัน ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล[16]

ดังนั้น ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[8] พบว่าภายหลังดำเนินโปรแกรม กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งนับว่าเป็นโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จและเหมาะสมกับการพัฒนาผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ควรมีการประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน[8] ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปใช้กับสำหรับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคู่ขนานกับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไปปรับใช้ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายผลโดยมีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยกลุ่มอื่น เช่น เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในกลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

References

1. Chu Mai T. Growth and development of early childhood. Hua Hin Medical Journal. 2019; 1(2):18-33. (in Thai)
2. Sirithongthaworn S. The Development of Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2018;63(1):3-12. (inThai)
3. Mekrungjarus T, Feungfu A. Factors affecting child development. In: Sujaridpong S, Rungpiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwannathep B, Feungfu A, Juthapisit J, et al., editors. Development and behavior in child. Bangkok: PA Living; 2020. p. 43-51. (in Thai)

4. Rodgers CC. Health problems of the toddler and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC, editors. Wong's essentials of pediatric nursing. St Louis: Missouri; 2017. p. 354-79.
5. National Institute of Child Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Annual Report 2017. Bangkok: Samcharoen Panich; 2017. (in Thai)
6. Rajanukul Institute. Common health problems and health care in people with intellectual disabilities. Bangkok: Beyond Publishing; 2016.
7. Pattanapongthorn J, Kaewkhangkhan W. To study the 6th of factors effecting to child development in Thailand in 2017. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
8. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 1991;16(3): 354-61. doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x
9. 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)
10. Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) 5ed. Nonthaburi TS Interprint; 2016. (in Thai)
11. Office of the Basic Education Commission. Guidelines for promoting the development of children aged 3-6 years for parents and guardians (2020 - 2022). Bangkok: Ministry of Education; 2020. (in Thai)
12. Department of Mental Health Ministry of Public Health. A guide to strengthening emotional bonds for children aged 0-5 years with "Eat, Hug, Play, Tell". 3 ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Community Printing House of Thailand; 2016. (in Thai)
13. Urharmnuay M, Intharangkun Na Ayutthaya A, Thipsungwan K, Boongla P, Kummee S, & Narkrow K. The Effects of Early Childhood Development Promotion Program on knowledge and Promotion Behaviors on Child Development of Parents and Caregivers in Mueang District, Lampang Province. APHEIT Journal of Nursing and Health 2021;3(1):48-63. (in Thai)
14. Jundaboot W, Yoosook W, & Semrum W. Development Guidelines for promotion of Pre-Schoolers in Child Development center, Sewichian Municipal District, Numyuen District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Educational Research, Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2018;13(1):208-19. (in Thai)
15. Mujun S. Effect of the empowerment enhancement program for caregivers on positive discipline among preschool children [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2022.
16. Saranan S. Effects of Caregiver Empowerment Program on Caregiver Knowledge and Ability for Children with Bronchopulmonary Dysplasia. Udonthani Hospital Medical Journal. 2020;28(3):374-83. (in Thai)

ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

The Priority Needs for the Development of Competency of Village Health Volunteers in Food Consumption Promotion for the Prevention of Type 2 Diabetes in the Community

อรธิรา บุญประดิษฐ์ ธริสรา จิรเสถียรพร* นันท์นภัส เกตน์โกศัลย์
Aorntira Boonpradit Tharisara Chirasatienpon* Nannapat Ketkosan
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10900
Department of Physical Education,
Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok 10900

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 352 คน จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel and Cross เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดแบบตอบสนองคู่ ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ความตรงของเนื้อหา มีคะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามแต่ละข้อ อยู่ระหว่าง 0.98-0.99 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน อันดับที่ 1 คือ สมรรถนะด้านความรู้ อันดับที่ 2 คือ สมรรถนะด้านทักษะ อันดับที่ 3 คือ สมรรถนะด้านแรงจูงใจ อันดับที่ 4 คือ สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์และอันดับที่ 5 คือ สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เท่ากับ 0.18, 0.17, 0.12, 0.11 และ 0.10 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความต้องการจำเป็น, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, สมรรถนะ

Abstract

The Descriptive research was used to study the priority needs the development of village health volunteers' competencies in promoting food consumption to prevent type 2 diabetes in the community. The sample consisted of 352 village health volunteers from a multi-stage random sampling, which was determined following the methods of Daniel and Cross. The research instrument was a dual response style questionnaire, and index of item objective congruence has item scores between 0.60-1.00, and reliability coefficients of

*Corresponding Author: Email: fedutac@ku.ac.th

วันที่รับ (Received) 11 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 มี.ค. 2568

questionnaire were 0.98-0.99. The data were examined using descriptive statistical methods, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the prioritization of needs was determined by the Modified Priority Needs Index ($PNImo_{dified}$). The research findings indicated the primary requirements for enhancing the competencies of village health volunteers in promoting food consumption to prevent type 2 diabetes in the community. The first competency is knowledge, the second is skill, the third is motivation, the fourth is self-concept, and the fifth is traits. The $PNI_{modified}$ index values were 0.18, 0.17, 0.12, 0.11, and 0.10, respectively.

Keywords: the priority needs, village health volunteer, competencies

บทนำ

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุกโดยการใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนของภาคประชาชนในระดับหมู่บ้าน เกิดจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ที่ได้รับการพัฒนาให้มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในการ “แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข” เป็นการช่วยเหลือประชาชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีช่วยให้ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ซึ่ง อสม. เปรียบเสมือนเป็นหัวใจของระบบสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบเพื่อก้าวไปสู่การสร้างสุขภาพทุกภาคส่วนในท้องถิ่น และ อสม.มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมต่อช่องว่างการเข้าถึงทางสาธารณสุขสู่ประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ[1]

อสม. เป็นบุคคลที่มีจิตอาสา สมัครใจเข้ามาทำงานสุขภาพเพื่อสังคม แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องมีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งยังได้รับการคาดหวังในบทบาทที่สำคัญ คือ การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)[2] แต่ถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะให้ อสม. อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถอบรมได้ครบทุกคนและการปฏิบัติงานของ อสม. โดยทั่วไปจะอยู่ภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก เนื่องจากคุณสมบัติของ อสม. กำหนดไว้เพียงว่าให้มีความรู้สามารถอ่านออก เขียนได้ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72.80) ซึ่งระดับการศึกษาส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน[3] เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ขีดความสามารถและศักยภาพของ อสม. ลดลง เนื่องจากเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและการปฏิบัติงาน มีทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน และยังพบว่าประชาชนไม่เชื่อถือในความรู้ความสามารถทำให้ได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย[3,4] จากเหตุผลดังกล่าวการพัฒนาศักยภาพ สมรรถนะและทักษะของ อสม. อย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็น จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่การให้ความรู้เป็นการอบรมในด้านการดูแลสุขภาพและมุ่งเน้นไปที่การถ่ายทอดความรู้ให้แก่ชุมชน ทำให้การพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร[3] แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะอธิบายถึงลักษณะเชิงพฤติกรรมที่แสดงออกที่เกิดจากความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) คุณลักษณะ (Traits) แรงจูงใจ (Motive) และอัตมโนทัศน์ (Self-Concept) เป็นความสามารถที่ทำให้บุคคลสร้างผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] ซึ่งคุณลักษณะเหล่านี้เป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมามีการนำแนวคิดนี้มาใช้ในการประเมินสมรรรถนะบุคคลอย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษา บุคลากรสาธารณสุข อสม.[3,6] ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสมรรถนะของ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ อสม. มีสมรรถนะเพียงพอในการร่วมผลักดันเพื่อป้องการเกิดโรคเบาหวานขึ้นในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นวิธีการ

สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวาน[7] และมีการศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวาน พบว่าร้อยละ 44 ใช้วิธีการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 41 ใช้วิธีออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว และ ใช้วิธีการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย[8] ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารทำให้มีการปรุงอาหารสำหรับรับประทานร่วมกับสมาชิกในครอบครัวน้อยลง มีการซื้ออาหารปรุงสำเร็จติดรสชาติหวาน มัน เค็ม มีค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบชาติตะวันตกและพึ่งพาอาหารนอกบ้านมากขึ้น จนก่อให้เกิดการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอ ไม่ได้สัดส่วนและเกินพอดีส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญ

ทั้งนี้หน่วยงานทางด้านสุขภาพได้พยายามจัดการกับปัญหาด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลาย ทั้งการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่ก็ยังพบว่ามีหลายเหตุปัจจัยที่ทำให้การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ยังคงเพิ่มมากขึ้น เช่น การไม่แสดงอาการใด ๆ ของโรคเบาหวาน ทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาร้ายแรงที่ส่งผลต่อสุขภาพในระยาว จึงไม่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรครวมถึงโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิตร่วมกับบริการจากหน่วยงานสุขภาพยังไม่ทั่วถึง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต[9] การพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะ อสม. เพื่อป้องกันโรคจึงมีความสำคัญเพื่อให้สามารถคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในระยะเริ่มแรก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการจัดรูปแบบหรือหลักสูตรการพัฒนา อสม. ในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงค่อนข้างน้อย ซึ่งหากสามารถค้นหาผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการจะลดปัจจัยเสี่ยงและการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายและผลกระทบต่าง ๆ[3,9] การที่จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ ควรพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่จำเป็น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะของอสม. เพื่อนำไปพัฒนา อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนต่อไป

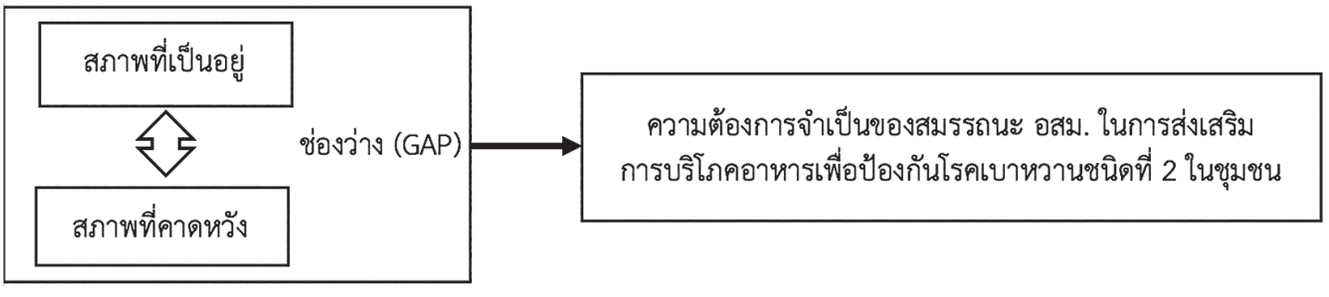
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) โดยการศึกษาสภาพที่เป็นอยู่ (What is) และสภาพที่คาดหวัง (What should be)[10] ในกลุ่ม อสม. เพื่อนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสำคัญของลำดับความต้องการจำเป็น Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) ของตัวแปรตามคือ สมรรถนะของ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยสมรรถนะที่จำเป็น 5 ด้าน[5] คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) คุณลักษณะ (Traits) แรงจูงใจ (Motive) และอัตมโนทัศน์ (Self-Concept)

ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็น อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ในจังหวัดสระบุรี รวม 10,720 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. ในจังหวัดสระบุรี จำนวน 13 อำเภอ สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอน11 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 314 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างอีก 38 คน รวมเป็น 352 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม 4 ประการ ได้แก่ ความสมัครใจในการตอบคำถามและการให้คำยินยอมก่อนการศึกษา การรักษาความลับ การให้ความเคารพต่อการตัดสินใจ และความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยขอรับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่ IRB No.001/2567 ลงวันที่ 30 มกราคม 2567 ก่อนการดำเนินการวิจัยและได้กำหนดแนวทางด้านจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ และ 2) แบบสอบถามความต้องการจำเป็นพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิท (Likert Scale) 5 ระดับ ใช้รูปแบบการตอบสนองคู่ (Dual Response Format) จำนวน 30 ข้อ โดยมีคำอธิบายระดับดังนี้ 1 คือ ตรงตามสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่คาดหวังของสมรรถนะ อสม. น้อยที่สุด ถึง 5 คือตรงตามสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่คาดหวังของสมรรถนะ อสม. มากที่สุด แบ่งออกเป็นสมรรถนะ 5 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล แรงจูงใจและอัตมโนทัศน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในประเด็นสภาพที่เป็นอยู่ และสภาพที่คาดหวัง ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม พัฒนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทกับกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง (Content Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ จำนวน 5 ท่าน พบว่า มีค่าความตรงของเนื้อหา มีค่าคะแนนรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ซึ่งมากกว่า 0.5 จึงไม่มีการตัดข้อคำถามออก

2. วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้จริง ผลวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.98-0.99 และค่าความเชื่อมั่นในภาพรวมของทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.99 ซึ่งมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.70 แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือต่อไปได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับ โดยผู้วิจัยรอรับคืนเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ซึ่งในการตอบแบบสอบถามฯ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำไปดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และคำนวณความต้องการจำเป็น จากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายข้อ จากนั้นนำมาคำนวณค่า

$PNI_{modified}$ เพื่อระบุความต้องการจำเป็น (need identification) โดยใช้สูตร $PNI_{modified}$ = (I-D)/D เมื่อ I = สภาพที่คาดหวัง และ D = สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงค่าที่ระบุระดับความต้องการจำเป็นด้วยค่า $PNI_{modified}$ เป็นรายข้อ โดยข้อที่มี $PNI_{modified}$ มาก แสดงว่ามีความต้องการจำเป็นในระดับมากกว่าข้อที่มี $PNI_{modified}$ น้อย จึงควรให้ความสำคัญนำมาปรับปรุงแก้ไข หรือพัฒนาก่อน

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัย เรื่อง ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ ข้อมูลลักษณะทั่วไปเป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.30 และเพศชาย ร้อยละ 11.40 มีอายุเฉลี่ย 59.18 (S.D.=9.93) และการศึกษาสูงสุดคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.20

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่คาดหวังของ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยภาพรวม (n = 352)

ลำดับ	สมรรถนะของ อสม.	สภาพที่เป็นอยู่ (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		$PNI_{modified}$	ลำดับ
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
สมรรถนะด้านความรู้		3.72	0.70	4.38	0.64	0.18	(1)
1.	เข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ควรรับประทานเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน	3.80	0.88	4.45	0.64	0.17	3
2.	เข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	3.80	0.85	4.42	0.67	0.16	4
3.	เข้าใจเกี่ยวกับสัดส่วนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม	3.53	0.80	4.24	0.72	0.20	1
4.	อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้	3.69	0.82	4.31	0.70	0.17	3
5.	ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร....	3.72	0.83	4.36	0.72	0.17	3
6.	เข้าใจวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร....	3.79	0.83	4.49	1.72	0.18	2
สมรรถนะด้านทักษะ		3.60	0.72	4.20	0.70	0.17	(2)
7.	ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร....	3.68	0.78	4.27	0.72	0.16	3
8.	ใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ	3.51	0.84	4.15	0.83	0.18	1
9.	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้	3.76	0.88	4.31	0.74	0.15	4
10.	ประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพได้	3.68	0.85	4.27	0.77	0.16	3
11.	โน้มน้าวผู้ฟังให้แสดงความคิดเห็นเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้	3.50	0.85	4.13	0.82	0.18	1
12.	มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้	3.49	0.92	4.08	0.87	0.17	2
สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล		4.00	0.72	4.41	0.63	0.10	(5)
13.	มีความยืดหยุ่นในการทำงาน	3.70	0.82	4.21	0.79	0.14	1
14.	มีความทุ่มเท เอาใจใส่รับผิดชอบต่อหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย	4.06	1.74	4.40	0.72	0.09	4
15.	พัฒนาตนเองอยู่เสมอ	4.02	0.79	4.40	0.71	0.09	4
16.	มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ให้เกียรติ เคารพสิทธิผู้อื่น	4.13	0.78	4.49	0.67	0.09	4
17.	มีความมุ่งมั่นในการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม	4.11	0.79	4.51	0.68	0.10	3
18.	สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองเมื่อประสบปัญหา	4.01	0.77	4.45	0.68	0.11	2
สมรรถนะด้านแรงจูงใจ		3.86	0.69	4.31	0.66	0.12	(3)
19.	ตั้งเป้าหมายผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน	3.88	0.78	4.35	0.73	0.12	1
20.	ตั้งเป้าหมายต้องการให้ตนเองมีคุณค่า	3.95	0.78	4.41	0.69	0.11	2
21.	ตั้งเป้าหมายการได้รับความไว้วางใจในการทำงาน	3.87	0.78	4.30	0.72	0.11	2
22.	ตั้งเป้าหมายการทำงานเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม	3.85	0.80	4.32	0.73	0.12	1
23.	ตั้งเป้าหมายการยอมรับนับถือ	3.80	0.80	4.26	0.77	0.12	1
24.	ตั้งเป้าหมายความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงาน	3.79	0.85	4.23	0.82	0.12	1

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพที่เป็นอยู่และสภาพที่คาดหวังของ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน โดยภาพรวม (n = 352) (ต่อ)

ลำดับ	สมรรถนะของ อสม.	สภาพที่เป็นอยู่ (D)		สภาพที่คาดหวัง (I)		$PNI_{modified}$	ลำดับ
		$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD		
	สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์	3.99	0.71	4.42	0.61	0.11	(4)
25.	ให้ความร่วมมือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	4.08	0.77	4.45	0.65	0.09	3
26.	มีจิตอาสา มุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท	4.09	0.80	4.47	0.66	0.09	3
27.	มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ด้วยแรงบันดาลใจในการปฏิบัติ.....	3.93	0.79	4.41	0.65	0.12	1
28.	ได้รับการไว้วางใจจากประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.93	0.79	4.39	0.68	0.12	1
29.	มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม.	4.04	0.81	4.45	0.66	0.10	2
30.	เชื่อว่าการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ	3.89	0.80	4.37	0.68	0.12	1
	รวมสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน	3.84	0.63	4.34	0.58	0.13	-

จากตารางแสดงให้เห็นว่า สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารฯ ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.84, S.D.=0.63) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าสภาพที่เป็นอยู่ อยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย มีดังนี้ สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ($\overline{X}$=4.00, S.D.=0.72) สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ ($\overline{X}$=3.99, S.D.=0.71) สมรรถนะด้านแรงจูงใจ ($\overline{X}$=3.86, S.D.=0.69) สมรรถนะด้านความรู้ ($\overline{X}$=3.72, S.D.=0.70) และสมรรถนะด้านทักษะ ($\overline{X}$=3.60, S.D.=0.72) และเมื่อพิจารณาสมรรถนะรายย่อย พบว่า สมรรถนะทั้งหมด 30 สมรรถนะย่อยมีสภาพที่เป็นอยู่สูงสุด ได้แก่ สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ข้อ 16 การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ให้เกียรติเคารพสิทธิผู้อื่น ($\overline{X}$=4.13, S.D.=0.78) และสภาพที่เป็นอยู่ต่ำสุด ได้แก่ สมรรถนะด้านทักษะ ข้อ 12 มีความ สามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ($\overline{X}$=3.49, S.D.=0.92)

สภาพที่คาดหวังของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารฯ ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.34, S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้านเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย มีดังนี้ สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ ($\overline{X}$=4.42, S.D.=0.61) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ($\overline{X}$=4.41, S.D.=0.63) สมรรถนะด้านความรู้ ($\overline{X}$=4.38, S.D.=0.64) สมรรถนะด้านแรงจูงใจ ($\overline{X}$=4.31, S.D.=0.66) และสมรรถนะด้านทักษะ ($\overline{X}$= 4.20, S.D.=0.70) และเมื่อพิจารณาสมรรถนะรายย่อยดังกล่าวข้างต้น พบว่า สมรรถนะทั้งหมด 30 สมรรถนะย่อยมีสภาพที่คาดหวังสูงสุด ได้แก่ สมรรถนะด้านความรู้ ข้อ 6 เข้าใจวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทาน อาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามช่องทางต่าง ๆ ได้ ($\overline{X}$=4.49, S.D.=1.72) และสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ข้อ 16 มีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ให้เกียรติ เคารพสิทธิผู้อื่น ($\overline{X}$=4.49, S.D.=0.67) และสภาพที่คาดหวังต่ำสุด ได้แก่ สมรรถนะด้านทักษะ ข้อ 12 สามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ($\overline{X}$=4.08, S.D.=0.87)

ผลความต้องการจำเป็น (Need assessment) ในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารฯ พบว่า ลำดับความต้องการจำเป็นของการพัฒนาค่าความต้องการจำเป็น ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านเท่ากับ 0.13 ซึ่งเป็นค่าบวก นั่นแสดงว่า สภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน มีน้อยกว่าสภาพที่คาดหวัง โดยอัตราการเปลี่ยนแปลงในเชิงการพัฒนาจากสภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบันไปสู่สภาพที่คาดหวังมีค่าเท่ากับ 0.13 หรือร้อยละ 13 ถึงแม้จะถือว่ามีความจำเป็นน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51–2.50 ความต้องการจำเป็นของ อสม. อยู่ในระดับน้อย ตามที่ตั้งไว้) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา โดยเรียงลำดับความต้องการจำเป็นจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านความรู้ (0.18) 2) สมรรถนะด้านทักษะ (0.17) 3) สมรรถนะด้านแรงจูงใจ (0.12) 4) สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ (0.11) และ 5) สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (0.10)

1. ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านความรู้ ทั้ง 6 สมรรถนะย่อยที่ควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ 1) เข้าใจเกี่ยวกับสัดส่วนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการคำนวณพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน (0.20) 2) เข้าใจวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามช่องทางต่าง ๆ ได้ (0.18) 3) เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่การส่งเสริมสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร อาหารที่ควรรับประทานและควรหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (0.17) อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้ (0.17) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ (0.17) และ 4) เข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน (0.16)

2. ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านทักษะ ทั้ง 6 สมรรถนะย่อยที่ควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ 1) ใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (0.18) และโน้มน้าวผู้ฟังให้แสดงความคิดเห็น และอภิปราย สื่อสารเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ (0.18) 2) สามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาได้ (0.17) 3) ถ่ายทอดความรู้/สื่อสารข่าวสารและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน (0.16) และประสานงานเพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพได้ (0.16) และ 4) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้ (0.15)

3. ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ทั้ง 6 สมรรถนะย่อยที่ควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ 1) มีความยืดหยุ่นในการทำงาน (0.14) 2) ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองเมื่อประสบปัญหากับเพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลอื่น (0.11) 3) มุ่งมั่นในการทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม (0.10) และ 4) ทุ่มเท เอาใจใส่รับผิดชอบต่อหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย (0.09) พัฒนาตนเองอยู่เสมอ (0.09) และปฏิสัมพันธ์ที่ดี ให้เกียรติ เคารพสิทธิผู้อื่น (0.09)

4. ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านแรงจูงใจ ทั้ง 6 สมรรถนะย่อยที่ควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ 1) ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน (0.12) ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยความต้องการทำงานเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวาน (0.12) ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ (0.12) ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยความก้าวหน้าและความมั่นคงในหน้าที่การงาน เช่น อสม. ที่มีผลงานดีเด่น (0.12) และ 2) ตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยความต้องการให้ตนเองมีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม (0.11) และตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติด้วยความต้องการได้รับความไว้วางใจในการทำงาน/ งานที่มอบหมาย (0.11)

5. ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ ทั้ง 6 สมรรถนะย่อยที่ควรได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ 1) เชื่อในความสามารถของตนเองด้วยแรงบันดาลใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. (0.12) ได้รับการไว้วางใจจากประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (0.12) เชื่อว่าการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของท่าน (0.12) 2) กระตือรือร้นในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. (0.10) และ 3) ให้ความร่วมมือสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (0.09) และมีจิตอาสา มุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท (0.09)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน พบว่า สภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันกับสภาพที่คาดหวังสำหรับสมรรถนะของ อสม. ภาพรวมสมรรถนะหลัก 5 ด้าน สมรรถนะย่อย 30 ข้อ ในภาพรวมทั้ง 5 ด้านเท่ากับ 0.13 ซึ่งเป็นค่าบวก นั่นแสดงว่าสภาพที่เป็นอยู่จริงในปัจจุบัน มีน้อยกว่าสภาพที่คาดหวังและเมื่อพิจาณาสมรรถนะรายด้าน พบว่าทุกด้านมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา โดยสมรรถนะที่มีความจำเป็นในการพัฒนาจากมากไปหาน้อย คือ สมรรถนะด้านความรู้และสมรรถนะด้านทักษะ สมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล สมรรถนะด้านแรงจูงใจ และสมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[12] ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ อสม. 4.0 พบว่ารูปแบบหรือการฝึกอบรมในการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ควรมีรูปแบบที่ชัดเจนหลากหลายโดยเฉพาะเรื่ององค์ความรู้และการศึกษา[13] เรื่องความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต โดยภาพรวมพบว่า

สมรรถนะทุกด้านยังควรได้รับการพัฒนา โดยสมรรถนะที่มีความจำเป็นมากไปหาน้อย คือ ด้านความสามารถ/คุณลักษณะ ด้านทักษะ และด้านความรู้ ตามลำดับ และยังมีการศึกษา[14] การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน: บทบาท อสม. ในเรื่องการคัดเลือก อสม. ก็มีความจำเป็นที่ต้องเลือกบุคคลที่มีสมรรถนะเรื่องเจตคติ (คุณลักษณะ) ที่ดี มีความเสียสละ กระตือรือร้นและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

ความต้องการจำเป็นของสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ควรศึกษาเพื่อนำผลการวิเคราะห์ความต้องการหรือความคาดหวังของตนเองนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะ อสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ[15] การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้การสำรวจสภาพปัญหาความต้องการความจำเป็นของผู้เรียนและบริบทของชุมชนนั้นเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญอย่างมากเพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตรให้ตอบสนองความต้องการจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทนั้นอย่างแท้จริง จากผลการจัดลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาพบว่า ความจำเป็นสูงสุดคือ สมรรถนะด้านความรู้ (0.18) รองลงมาสมรรถนะด้านทักษะ (0.17) และสมรรถนะด้านแรงจูงใจ (0.12) สมรรถนะด้านอัตมโนทัศน์ (0.11) และสมรรถนะด้านคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล (0.10) ตามลำดับ ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะ อสม. ด้านสมรรถนะหลัก 5 ด้าน โดยภาพรวมสภาพที่เป็นอยู่ สภาพที่คาดหวังอยู่ในระดับมาก สำหรับความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรสมรรถนะอสม. ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน สมรรถนะด้านความรู้มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด ประกอบด้วยสามารถคำนวณสัดส่วนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมโดยการคำนวณพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน และเข้าใจวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานตามช่องทางต่าง ๆ ได้ รองลงมาสมรรถนะด้านทักษะ ประกอบด้วย ใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โน้มน้าวผู้ฟังให้แสดงความคิดเห็น และอภิปราย สื่อสารเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ซึ่งถ้า อสม. มีสมรรถนะดังกล่าวข้างต้นจะเป็นส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จึงควรได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน และนำไปสู่การพึ่งตนเองทางสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้มากที่สุด และรองลงมาคือสมรรถนะด้านทักษะ ดังนั้น ถือว่าเป็นปัญหามากเมื่อเทียบกับด้านอื่น ๆ จึงควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกปฏิบัติเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลประชาชนในชุมชนได้

2. จากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับสมรรถนะของ อสม. ถึงจะไม่ใช่ความต้องการจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรีบแก้ไขแต่สมรรถนะทุกด้านก็ยังมีความจำเป็นอยู่ หากพัฒนาให้สูงขึ้นก็จะส่งเสริมให้เป็นไปตามความต้องการของ อสม. และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อสม. อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบ วิธีการศึกษาไปศึกษายังพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

2. ควรมุ่งศึกษาสำรวจในรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการด้านความรู้ ด้านทักษะ เพื่อให้ได้สมรรถนะเชิงลึกมากขึ้นและเป็นประโยชน์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ต่อไป

3. ควรมุ่งศึกษาความต้องการของสมรรถนะของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ ต่อไป

References

1. Lertnathi W, Ponrachom C, Wetchapipat P, Pojdoung N, et al. Key data sets to support consumer protection work and promote health product literacy in communities for health districts towards a community network approach to prevent health product hazards. Bangkok: Printing house of Danex Intercorporation; 2022. (in Thai)

2. Department of Health Service Support. Health Education Division. Guidelines for the development of health volunteer village health leaders, Health Literacy. Nonthaburi: Department; 2022. (in Thai)
3. Thiancharuwatana W, Naowasuwan K, & Wachiraphanphan S. Guidelines for development of quality village health volunteers (VHVs) to support the health workforce. Journal of Health Science 2021;30(2):353-66. (in Thai)
4. Kasemsuk W, & Koshakri R. The need to improve of Health Volunteer's ability in Home Visit for Diabetes People in Communities. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2015;16(2):59-68. (in Thai)
5. McClelland DC. Identifying competencies with behavioral-event interviews. Psychological Science. 1998;9(5):331-39.
6. Ponjorn O. Village health volunteer competency in consumer protection. (thesis). Phatthalung: Thaksin University; 2020. (in Thai)
7. Khanthacha S, & Muktabhant B. Association of self-care behaviors and beliefs about diabetes with glycemic control of type 2 diabetic patients in a multiethnicity area, Nakae District, Nakhonphanom Province. Srinagarind Medical Journal 2021;36(1):97-104. (in Thai)
8. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roqué IFM, Metzendorf MI, & Richter B. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;12(12):Cd003054.
9. 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. Ratchawadi Sar, Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2018;8(1):45-58. (in Thai)
10. Wongwanich S. Needs Assessment Research. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2019. (in Thai)
11. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. Wiley; 2017.
12. Thotet PA. Study of the competency development model for Village Health Volunteers 4.0 North Region, 2018. Journal of Human Society 2020;10(1):34-44. (in Thai)
13. Ha N. Competencies Development for Village Health Volunteer of Muang District, Phuket Province. (thesis). Songkhla; Prince of Songkla University; 2019. (in Thai)
14. Chanpanit P, Wongmanee W, & Judabood N. Strengtheing the Community: Role of village health volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2023;24(3):23-30. (in Thai)
15. Taba H. Curriculum development; theory and practice. Harcourt, Brace & World New York;1962.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

Predicting Factors of Quality of Life Among Older People with Type 2 Diabetes Mellitus Dwelling in Bangkok Metropolitan Area

อิศรา สกุลประกอบกิจ* รักชนก คชไกร จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
Isara Sakulprakopkit* Rukchanok Koshakri Juntima Rerkluenrit
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม ประเทศไทย 73170
Faculty of nursing, Mahidol University, Nakhonpathom, Thailand, 73170

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนาย ของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 244 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 20.7 (R^2 = .207, p<.001)

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การสนับสนุนจากครอบครัว, ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This correlational predictive research aimed to study the predictive power of health perception, access to health services, and family support over quality of life among older people with type 2 diabetes mellitus who lived in the Bangkok area. The sample included older people with type 2 diabetes mellitus, where 244 participants were selected using simple random sampling.

Corresponding author : *E-mail : Isara.sakul@gmail.com

วันที่รับ (receive) 18 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ม.ค. 2568

The data were collected using questionnaire and analyzed using descriptive statistic, Pearson's correlation analysis, and multiple regression analysis. The results of multiple regression analysis revealed that health perception, access to health services, and family support were able to co-predict quality of life among older people with type 2 diabetes mellitus living in the Bangkok area at 20.7% (R^2 = .207, p<.001).

Keywords: Predictive Factors, Health Perception, Access To Health Services, Family Support, Older People with Type2 Diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ความรุนแรงของโรคจะมากกว่าในวัยอื่น ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 สหพันธ์เบาหวาน นานาชาติ ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวาน สูงถึง 5.3 ล้านคน[1] กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีความชุกของโรคมากที่สุดทั้งเพศหญิงและชายที่ร้อยละ 21.9 และ 15.9 ตามลำดับ[2] ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 10,998 คน 11,043 คน และ 12,821 คน ตามลำดับ[3]

สถานการณ์ของผู้สูงอายุในนกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจาก BMA Home Ward Referral Program ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 11,100 คน พ.ศ. 2562 จำนวน 11,874 คน และพ.ศ. 2563 จำนวน 10,756 คน[2] ผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเป็นเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิต ประกอบกับวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและรุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานเคลื่อนไหวได้น้อยลง มีภาวะติดเตียงทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง[3] กรุงเทพมหานครมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุกับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยจัดบริการช่องทางด่วนพิเศษในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Fast Track) พัฒนาระบบสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข[4] ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE Framework ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสนใจการศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งในพื้นที่ต่างจังหวัดการเข้าถึงผู้ใช้บริการทำได้ไม่ยุ่งยากโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน[6] ซึ่งจะแตกต่างจากบริบทของพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง ปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีน้อย การเคลื่อนย้ายของประชากรเข้าออกระหว่างจังหวัดตลอดเวลา ทำให้มีข้อจำกัดในการติดตามการรักษาหรือการดูแล ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในบริบทของการทำงานในพื้นที่กรุงทพมหานคร อีกทั้งยังใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้สูงอายุฯให้สามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพื่อคงการมีคุณค่าในชีวิตนำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

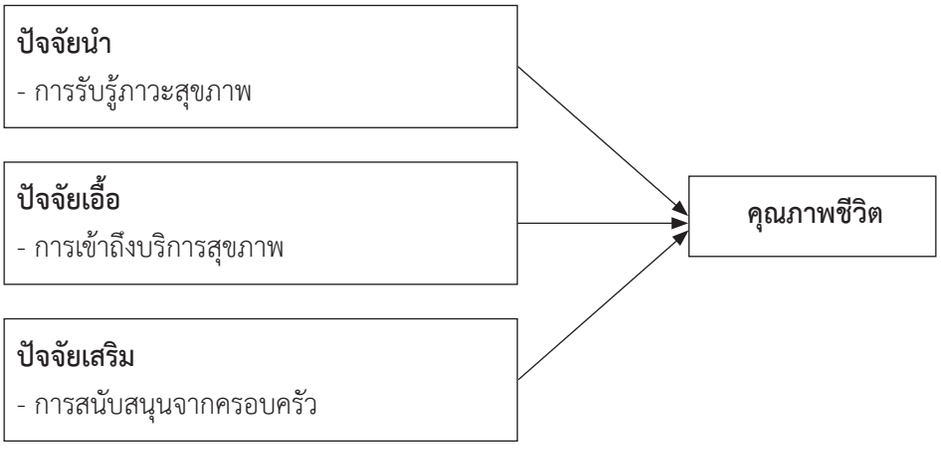
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1

แนวคิดคุณภาพชีวิตตามที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้เป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องของการดำรงอยู่ของชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุข[7] ผู้วิจัยต้องการค้นหาปัจจัยสาเหตุที่จะช่วยลดความเจ็บป่วยจึงใช้แนวคิด PRECEDE Framework เป็นขั้นตอนในการหาปัจจัยต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหา[5] ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำคือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าบริการสุขภาพง่าย และปัจจัยเสริม คือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 3,174 คน[8]

กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 244 คน ไม่มีปัญหาในเรื่องความคิด ความจำ การรับรู้ การพูด และการได้ยิน ฟังภาษาไทย เข้าใจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living Index : ADL)[9] ได้ค่าคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)[10] โดยได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไปอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างน้อย 1 ปี, เกณฑ์การคัดออก (Inclusion criteria) ไม่มี, ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ในประชากรตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.6 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เลือกประเภทของการทดสอบ Linear multiple regression: Fixed model, R2 deviation from zero กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) (1-β) เท่ากับ .9982 ค่าความเชื่อมั่น (Alpha) (α) เท่ากับ .05 ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรโดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งได้ใช้ค่า r^2 = .05[11] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 203 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ 20% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 244 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถาม

ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในบ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการคัดกรองผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ[12] โดยพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป[13] ค่า Cronbach's alpha coefficient = .74 มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) คะแนนมากแสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ[14] โดยใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการ[15] มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ค่า Cronbach's alpha coefficient = 1

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว[16] ซึ่งสร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[17] มีข้อคำถาม 12 ข้อ ค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.8 มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย[18] มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.84 ความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65[15] มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) พบว่าค่า Cronbach's coefficient alpha ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ 0.92 และแบบประเมินชี้วัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์การเก็บข้อมูลงานวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการให้ตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยแล้วอธิบายจนเป็นที่พอใจ จึงยุติการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนเริ่มทำการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS2022/70.0108 ลงวันที่ 17 ตุลาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การศึกษาสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาค่าร้อยละ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในบ้าน หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว
2. สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistic) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าสถิติ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณในการหาอำนาจการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวและจำนวนสมาชิกในบ้าน (n=244)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	176	72.1
ชาย	68	27.9
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 70.26 ปี, SD = 6.88 ปี)		
60-69	123	50.4
70-79	92	37.7
80 ปีขึ้นไป	29	11.9
รายได้(บาท) (Mean = 4,277.95 บาท, SD = 4,413.57 บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	165	67.6
5,001-10,000	52	21.3
ตั้งแต่ 10,001 ขึ้นไป	27	11.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	30	12.3
ประถม	147	60.2
มัธยมศึกษา/ปวช.	45	18.4
อนุปริญญา/ปวส.	21	8.6
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	146	59.8
ประกอบกิจการส่วนตัว	37	15.2
รับจ้างทั่วไป	29	11.9
ข้าราชการบำนาญ	15	6.1
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	5.7
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	2	.8
เกษตรกร	1	.4
สถานภาพ		
คู่	142	58.2
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	102	41.8
โรคประจำตัวอื่น		
มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค (ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเส้นเลือด/อื่นๆ)	126	51.6
มีโรคร่วม 1 โรค(ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเส้นเลือด/อื่นๆ)	81	33.2
ไม่มีโรคประจำตัว	37	15.2
จำนวนสมาชิกในบ้าน(รวมผู้สูงอายุ)		
2-5 คน	202	82.8
5-10 คน	21	8.6
1 คน	21	8.6

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.1 เพศชายร้อยละ 27.9 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 37.7 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 67.6 ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 60.2 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 59.8 สถานภาพคู่ร้อยละ 58.2 สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า ร้อยละ 41.8 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคร้อยละ 51.6 มีโรคร่วม 1 โรคร้อยละ 33.2 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน/คู่สมรส/ผู้ดูแล ร้อยละ 91.4 และอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 82.8 อาศัยอยู่คนเดียวร้อยละ 8.6 และอาศัยอยู่ 5-10 คน ร้อยละ 8.6

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว (n=244)

คะแนน	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	46-94	74.80	6.88	ระดับดี
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	20-30	24.23	3.01	ระดับมาก
การสนับสนุนจากครอบครัว	37-60	47.61	6.03	ระดับมาก

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ 74.80 (SD=6.88) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพ 24.23 (SD=3.01) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัว 47.61 (SD=6.03) แสดงว่ามีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต (n=244)

คุณภาพชีวิต	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ด้านร่างกาย	17-35	24.50	3.23	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	16-30	21.12	2.94	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	4-15	10.73	2.04	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	16-40	29.95	5.09	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	61-120	86.40	11.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 86.40 คะแนน (SD = 11.14)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1			
2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.381**	1		
3. การสนับสนุนจากครอบครัว	.276**	.198**	1	
4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	.267**	.198**	.408**	1

**p<.01

จากตารางที่ 4 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวแปรผันตามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .267, .198, .267 p < .01)

ตารางที่ 5 อำนาจการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัว ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรพยากรณ์	b	SEb	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่ (Constant)	23.461	10.343		2.268	.024	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.265	.094	.169	2.826	.005	67.496
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.694	.327	.124	2.123	.035	24.542
การสนับสนุนจากครอบครัว	.700	.127	.337	5.526	.000	49.122
R^2 = .207 ; Adjust R^2= .197 ; df = 3 , F = 20.916, P=.000						

ค่า *P<.05, **P<.001

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัวร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 20.7 (R^2 = .207, df = 3, F= 20.92) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<.01

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า มีปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้ดังนี้

1. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .267, p < .01) และยังเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการเข้าถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(β = .169, p< .001) ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 74.80 (SD=6.88) ซึ่งอยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างแม้ว่าจะมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคร้อยละ 51.6 แต่ยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังมีการเสื่อมถอยของร่างกายน้อยจึงยังรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่าอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (r=.77)[19]

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยเอื้อที่อำนวยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา[5] กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าถึงบริการสุขภาพโดยมีค่าเฉลี่ยที่ 24.23 ซึ่งเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับมาก อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านได้ดีเมื่อเจ็บป่วย[20] การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุนั้นสถานบริการสุขภาพภาครัฐที่ใกล้บ้านมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ[21] มีความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระยะเวลาในการรอรับบริการไม่นาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 47.61 (SD = 6.03) สามารถอธิบายได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการตอบสนองความต้องการความผูกพันธ์ของสังคม[17] ซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 82.2 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 67.6

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับปานกลาง นั้นเนื่องมาจากบุคคลในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ สนับสนุนในเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย การให้การดูแล และคำปรึกษาที่เหมาะสม[22] สอดคล้องกับการศึกษาการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ได้ร้อยละ 28.220 การศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 13.47; p-value < .001)[23] การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .414, p <. 05)[11]

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งนี้

หน่วยงานด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงการให้บริการเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพ ความสะดวกในการรับบริการจากเจ้าหน้าที่เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น ด้านภาวะจิตใจ/ภาวะซึมเศร้า ทักษะทางความคิด ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation Of The Thai Elderly 2020. Bangkok: Amarin Printing & Publishing;2020. (in Thai).
2. Department of disease control, Ministry of public health. Report of NSDs DM HT and others factors A.D.2019. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Parnership; 2019. (in Thai).
3. Hinkhaw J, Pimtara P, & Loysak B. Promoting Individual and Family Self-management for Glycemic Control in Diabetic Patients with Cognitive Impairment. Journal of Phrapokklao. 2020. ;31(2):293-305. (in Thai).
4. National Statistical Office. Ministry of public health, Public Health Statistics A.D. 2018. Bangkok: Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2018. (in Thai).
5. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health promotion planning third edition an educational and ecological approach (3rd ed.). California: Mayfield publishing company;1999.
6. Pattana P. Quality of Life Among Those Attended Elderly Care Learning Center Health Region 4. Buddhachinaraj Medical Journal. 2019;36(1): 21-33. (in Thai).
7. Chompoowisate P, Laokhompruttajarn J, & Laokhompruttajarn T. Associations of Physical Health and Social Support on Quality Of Life of Elderly People in Na Siew Sub-district, Mueang District, Chaiyaphum Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 23(3):238-7. (In Thai).
8. Public Health Nursing Division. BMA Home Ward Referral Program. Bangkok. 2020.
9. Mahoney F, & Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State medical journal, 1965; 14(1), 61-5.
10. KuhaO. The comparison of relation of Mini Mental Status Examination Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination; TMSE in dementia screening. Bangkok :C.G. tool spress; 2008.

11. Jumneansuk A, Detboon P, Mingmai K, Phophak S, Phoha S, & Phanitcharoen S. Quality of Life among Elderly who are Living with Chronic Diseases, Srichomphu District, Khon Khan Province. Ratchaphruek Journal. 2017; 15(2): 16-26. (in Thai).
12. Soonparn M. Relationships between person factors, study motivation in nursing career, college environment satisfaction, perceived health status, and self-esteem of nursing students, governmental nursing institutes, Bangkok metropolis. (Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
13. Brook R H, Ware Jr J E, Davies-Avery A, Stewart, et al. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. Medical Care, 17(7), 1-131.
14. Tanta-aut S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub S, Taechaboonsermsak P, & Pitikultang S. Factors Influencing the Quality of Life among Elderly Fruit Gardener in Chanthaburi Province. Journal of Health Science. 2019;28(1):5-13. (in Thai).
15. Penchansky R, & Thomas J.W. The concept of access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. The Western Journal of Medicine. 166(4) : 242-7.
16. Peasua S. Factors related to self-care behaviors of patient with type 2 diabetes mellitus in urban communities Bangkok metropolitan. (Thesis). Mahidol University; 2015. (in Thai).
17. House J S. Work stress and social support (addison-wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers Inc. 1981.
18. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, & Pumpisanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Journal of Mental Health of Thailand. 1998;5(15):4-15. (in Thai).
19. Rakpanusit T, Khoyneung N, Isaramalai S, & Kuha A. Effects of Health Literacy and Self-Perceived Health Status on Quality of Life of Elderly in Three Southern Border Provinces of Thailand. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020; 7(3):182-94. (in Thai).
20. Bua-iam P, Jareinpituk S, Siri S, & Satitvipawee P. Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Sriprachan District, Suphanburi Province. Health literacy for Sustainable Development Goal: Human Resource Development 2018. (in Thai).
21. Namwong A, Fukfon K, Kajai C, & Lertwacharasakul S. Situations of Inequities in Access to Essential Health Care Services among Older People: A Qualitative Study. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;33(3):68-81
22. Panvongsa P, Sonthon P, & Yusook K. Factors associated with quality of life of elderly in rural Phetchabun province. Academic journal Uttaradit Rajabhat university science and technology;15(2):41-56. (in Thai).
23. Imarb C. Quality of Life among the Elderly in Watphleng District, Ratchaburi Province. Region 4-5 Medical Journal. 2020;39(1):65-77. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้องต่ออาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

The Effect of Patient-Centered Care Combined with Abdominal Massage Program on Constipation in Frail Older Adults in an Orthopedic ward

สุวรา พรหมวี* ศิริพันธุ์ สาสัตย์
Suwara Promwee* Siriphan Sasat
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้องต่ออาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จำนวน 48 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 8 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือคัดกรอง คือ แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง Mini-Cog™ และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการขับถ่ายอุจจาระ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง และเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกอุจจาระ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมทำให้อาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกลดลงได้

คำสำคัญ : การดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, การนวดหน้าท้อง, ท้องผูก, ภาวะเปราะบาง, ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of patient-centered care combined with abdominal massage program on constipation in frail older adults in an Orthopedic ward. The sample consisted of 48 patients aged 60 years or older, selected using purposive sampling. The participants were divided into two groups: 24 patients in the experimental group and 24 in the control group. The experimental group received the program for 8 days, while the control group received routine nursing care. The research instruments

Corresponding author: *E-mail: Suwara027@gmail.com

วันที่รับ (received) 9 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 ม.ค. 2568

included screening tools such as the FRAIL scale, Mini-Cog™, and a Constipation Risk Assessment Form. The data collection tools comprised a demographic questionnaire and a Bowel Pattern Assessment Form. The experimental intervention included the patient-centered care combined with abdominal massage program. Additionally, the monitoring tool used was a record-keeping form for bowel movements. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

The results revealed that the experimental group had a significantly lower average constipation score after the program compared to before and compared to the control group ($p < .05$). The findings indicate that the patient-centered care combined with abdominal massage program effectively reduced constipation in frail older adults in an orthopedic ward.

Keywords: Patient-centered care, abdominal massage, constipation, frailty, Older Adults in an Orthopedic ward

บทนำ

จากรายงานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2564 พบว่าวัยสูงอายุมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงสุดถึงร้อยละ 87.47[1] แสดงถึงความต้องการที่สูงขึ้นในการรักษาพยาบาลและการดูแลทางสุขภาพที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลมักมาด้วยอาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา (atypical presentation) ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ[2] เมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรค และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมจากบ้านสู่โรงพยาบาล ล้วนเป็นเหตุให้แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนไปจากปกติ[3-5] รวมถึงการที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะเจ็บป่วย ทำให้เกิดการเสื่อมถอยที่ไม่ใช่ตามวัยปกติ เรียกว่า ภาวะเปราะบาง (Frailty) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ได้ตั้งใจ มีภาวะหมดแรง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินช้าลง และการทำกิจกรรมทางกายลดลง หากมีอาการตั้งแต่ 3 คุณลักษณะขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่เสื่อมถอยลง[6] ร่วมกับปัจจัยทางกายภาพ เช่น อายุที่มากขึ้น ฟันผุกร่อน การสูญเสียฟัน กรดในกระเพาะอาหารลดลง การเคลื่อนที่ของอุจจาระช้าลง ทำให้มีการดูดน้ำออกจากอุจจาระมากขึ้น อุจจาระรวมตัวเป็นก้อนแข็ง นอกจากนี้ภาวะเปราะบางทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการขับถ่ายอ่อนแรง[7] ส่งผลให้เกิดอาการท้องผูกตามมาในที่สุด

อาการท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดสะโพก พบว่ามีอาการท้องผูกถึงร้อยละ 50 และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเข่าเทียม พบถึงร้อยละ 45[7] อาการท้องผูกส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หากรุนแรงอาจพัฒนาเป็นริดสีดวงทวารและมีเลือดออก เมื่อผู้สูงอายุไม่สุขสบายทางกาย จะรู้สึกหงุดหงิด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อยลง เมื่อมีอาการท้องผูกเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ การฟื้นตัวช้าลงส่งผลให้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น นำไปสู่ความเครียดและความรู้สึกไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิตประจำวัน[8] การศึกษาที่ผ่านมาได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้แก่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว[5] ภาวะเปราะบาง[9] การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย[7,9-10] การได้รับยาแก้ปวด และกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระอ่อนแรง รวมถึงการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม[7]

การพยาบาลในการจัดการอาการท้องผูก ประกอบด้วย การให้ข้อมูลอาหารที่มีกากใยสูง การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย และการฝึกการขับถ่ายตามเวลา[3,8-9,11] ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก จะได้รับการพยาบาลฟื้นฟูในการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน ด้วยการกระตุ้นให้ลุกนั่งและเดินเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization) รวมถึงการช่วยเหลือการขับถ่ายในห้องน้ำ อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถใช้รูปแบบการพยาบาลตามปกติได้[12-13] ผู้วิจัยจึงนำวิธีการนวดหน้าท้อง (abdominal

massage)[8] ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาท้องผูกเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง ไขสันหลัง หรือกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพกระทบต่อการขับถ่าย โดยผู้ป่วยต้องไม่มีข้อห้ามในการนวดหน้าท้อง เช่น มีประวัติบาดเจ็บหรือผ่าตัดทางหน้าท้อง น้อยกว่า 6 เดือน มีก้อนหรือเส้นเลือดโป่งพองในช่องท้อง และหรือที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วาร์ฟาริน เป็นต้น ซึ่งการนวดหน้าท้องสามารถกระตุ้นระบบการขับถ่ายอุจจาระได้โดยตรง มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิตและเนื้อเยื่อ ทำให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวมากขึ้น โดยการอาศัยแรงเชิงกลจากการนวดหน้าท้อง ช่วยลดระยะเวลาที่กากอาหารอยู่ในลำไส้นาน จนเกิดการคั่งค้างของอุจจาระ[8,14] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการนวดหน้าท้อง ความวิตกกังวลกับอาการท้องผูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงการจัดการอาการท้องผูกที่เป็นองค์รวม[11,15]

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบแนวคิดที่ใช้จัดการอาการท้องผูก ได้แก่ แนวคิดสรีรวิทยาท้องผูกที่เน้นการจัดการอาการทางกาย[16] และแนวคิดการพยาบาลอาการท้องผูกของ NANDA ที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ[17] อย่างไรก็ตาม การวางแผนการพยาบาลในผู้สูงอายุควรเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพของตนเอง[18] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) ที่เน้นความต้องการและเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นหลัก ผสมผสานการพยาบาลเข้ากับการดูแลทางจิตวิทยาและสังคม และส่งเสริมการป้องกันสุขภาพตามพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย พบว่า สามารถป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ทำให้รู้สึกเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลได้มากกว่าการได้รับการดูแลจากผู้อื่นทั้งหมด[19]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ ยังไม่ครอบคลุมอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เพราะนอกจากต้องเผชิญกับผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะเปราะบางแล้ว เมื่อเกิดอาการท้องผูกจะส่งผลกระทบที่ทวีความรุนแรงขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากนำบทบาทของพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลผู้สูงอายุ ในการให้การพยาบาลโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางที่คำนึงถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจและเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จะเป็นการชะลอภาวะเปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจ และลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)[19] ร่วมกับการนวดหน้าท้อง[8] พัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ ในการค้นหาปัจจัยและระดับความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องผูก เน้นการป้องกันท้องผูกด้วยการนวดหน้าท้อง เพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหารโดยตรง และส่งเสริมการป้องกันสุขภาพตามพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล นำไปสู่การจัดการอาการท้องผูกได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่แรกรับ

โปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการนวดหน้าท้อง
ใช้แนวคิดการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง[19] ร่วมกับการนวดหน้าท้อง[8] 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประเมินโรคควบคู่ความเจ็บป่วย โดยการประเมินภาวะเปราะบาง ความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูก ภาวะสมองเสื่อม และอาการท้องผูกด้วยแบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ

2. ทำความเข้าใจวิถีชีวิต จากข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโรงพยาบาล

3. หาหนทางร่วมกัน โดยเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับอาการท้องผูกและวิธีการป้องกันร่วมกับให้ผู้สูงอายุฝึกประเมินและวิเคราะห์ลักษณะอุจจาระด้วยตนเอง ตามคู่มือฯ

4. เน้นเรื่องป้องกันร่วมกับส่งเสริมสุขภาพ ด้วยวิธีการนวดหน้าท้องจากผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยผ่านการอบรมจากสถาบันสิรินธรฯ ประกอบด้วย 4 ท่า 1) ท่านวดท้องตามแนวเส้นตรง 2) ท่าโกยลำไส้ 3) ท่าโยกลำไส้ และ 4) ท่านวดตามเข็มนาฬิกา เป็นเวลา 15 นาที วันละ 1 รอบ กำหนดช่วงเวลาเดียวกันทุกวัน หลังอาหาร 1 ชั่วโมง ปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วัน โดยมีผู้ช่วยวิจัยบันทึกกิจกรรมและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระในแต่ละวัน

5. เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ใช้การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ

6. วิถีอยู่บนความเป็นจริง เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการป้องกันอาการท้องผูกแบบสั้น กระชับ เพื่อสร้างความเข้าใจในข้อแนะนำ ฝึกวิเคราะห์ลักษณะอุจจาระ และทบทวนข้อมูลแทนการให้ข้อมูลครั้งเดียว

→ **อาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่ได้รับโปรแกรม**

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีภาวะเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2567 เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว 2) มีความเสี่ยงต่อการเกิดท้องผูกในระดับน้อยและปานกลาง 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) ไม่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ท้องโป่งพองหรือมีก้อนในช่องท้อง 5) ไม่มีข้อจำกัดในการนวดหน้าท้อง 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงต้องเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต หรือมีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือปฏิเสธ/ถอนตัว กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ด้วยระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ .80 โดยคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.8 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพิ่มการสูญหายร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 48 คน (กลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่มทดลอง 24 คน)

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง (FRAIL scale)[21] มีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ถ้ามีตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไป จะถูกบ่งชี้ว่ามีภาวะเปราะบาง 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก (Constipation Risk Assessment Form)[11] ประกอบด้วย การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การแปลผล คือ คะแนน ≤-19 คะแนน ไม่เกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูก และ ≥ 8 คะแนนเกิดความเสี่ยงต่ออาการท้องผูกระดับรุนแรง และ 3) Mini-CogTM ประกอบด้วย การทดสอบความจำ และการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา มี 5 คะแนนเต็ม ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (Bowel Pattern Assessment Form)[11] สำหรับประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ก่อนและหลังโปรแกรม จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน แสดงว่า มีอาการท้องผูก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการนวดหน้าท้อง โดยประกอบด้วยแผนการสอนการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ แบ่งเนื้อหาตามระดับความเสี่ยงการเกิดอาการท้องผูกที่ประเมินจากแบบประเมินความเสี่ยง และการนวดหน้าท้อง ซึ่งผู้วิจัยผ่านการอบรมทักษะการนวดหน้าท้องจากหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพจากสถาบันสิรินธรฯ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติเอง คู่มือการป้องกันอาการท้องผูกประกอบด้วย 2 ตอน: 1) ท้องผูก ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ และผลกระทบ 2) การป้องกันอาการท้องผูก ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนวดหน้าท้อง และฝึกการขับถ่ายอุจจาระ

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการนวดหน้าท้องและการขับถ่ายอุจจาระที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกการได้รับโปรแกรมการนวดหน้าท้องและการขับถ่ายอุจจาระประจำวัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาจารย์สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และอาจารย์สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านตามเกณฑ์ CVI = 1.0 (เกณฑ์มาตรฐาน ค่า CVI ≥ 0.80) ในส่วนของการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเลิดสิน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาหาความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) 2 ครั้ง ห่างกัน 1 วัน โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการวัดทั้งสองครั้ง ($r \geq .70$) ผลการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนของแบบคัดกรองภาวะเปราะบาง แบบประเมิน MiniCog™ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก และแบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ เท่ากับ .88, .80, .87 และ .76 ตามลำดับ สำหรับการทดลองใช้โปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 3 คน เป็นคนเดียวกับการทดลองใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมและกำกับการทดลองข้างต้น ผลการทดลองใช้กับผู้ป่วยทั้ง 3 คน พบว่า ขั้นตอน เวลา และระยะเวลาทำกิจกรรม มีความเหมาะสม ผู้ป่วยไม่พบอาการท้องผูกหลังจากครบโปรแกรม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม ในวันที่ 1 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก และประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (pre-test) ในวันที่ 2-7 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และวันที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินอาการท้องผูก ด้วยแบบประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ

2. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง ดังนี้

<u>วันที่ 1</u> ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1) ประเมินโรคควบคู่ความเจ็บป่วย กิจกรรมที่ 2) ทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (pre-test) ก่อนเข้าโรงพยาบาล และการจัดการอาการท้องผูกในอดีต และกิจกรรมที่ 5) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพพูดสั้นกระชับ ให้ความเคารพและอ่อนน้อมต่อผู้สูงอายุในทุกกิจกรรม

<u>วันที่ 2-8</u> ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3) หาหนทางร่วมกัน ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลตามเนื้อหาในคู่มือการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ วันละ 10 นาที กิจกรรมที่ 4) เน้นเรื่องป้องกันร่วมกับส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยทำการนวดหน้าท้อง จำนวน 4 ท่า ประกอบด้วย 1) ท่านวดท้องตามแนวเส้นตรง ครั้งละ 5 รอบ 2) ท่าโกยลำไส้ 15 ครั้ง 3) ท่าโยกลำไส้ 15 ครั้ง และ 4) ท่านวดตามเข็มนาฬิกา:

ใช้วิธีนวดตามท่าที่ 1 แต่ทิศทางวนตามเข็มนาฬิกา ครั้งละ 5 รอบ วันละ 1 รอบ ใช้เวลา 15 นาที หลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง ปฏิบัติต่อเนื่องเป็นเวลา 7 วัน ผู้ช่วยวิจัยจะบันทึกการนวดหน้าท้องและการขับถ่ายอุจจาระในทุกวัน และกิจกรรมที่ 6) วิถีอยู่บนความเป็นจริง ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกขณะนวด เพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัส

วันที่ 8 ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุแก่กลุ่มตัวอย่างและญาติ กล่าวขอบคุณและแจ้งยุติการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ (post-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเลิดสิน รหัสโครงการ LH671036 เอกสารเลขที่ 072/2567 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และผู้เข้าร่วม โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมจะต้องลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเริ่มการวิจัย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังจากนั้นจะถูกทำลายทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ ระดับความเสี่ยง ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ประเภทการระงับความรู้สึก และยาแก้ปวดที่ได้รับ ด้วยสถิติพรรณนา (เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Pearson's Chi-squared test) และ Fisher's Exact Test สำหรับข้อมูลที่เป็นจำนวนกลุ่ม 2) การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired sample T-test) และ 3) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent sample T-test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีจำนวนเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ 12 คน (ร้อยละ 50) โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 71 ปี (SD = 5.51) ขณะที่กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71.33 ปี (SD = 7.32) ซึ่งอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกัน มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		รวม (n=48)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ							0	1.000
ชาย	12	50	12	50	24	50		
หญิง	12	50	12	50	24	50		
อายุ (ปี)	$\overline{X}$ = 71.00		$\overline{X}$ = 71.33		$\overline{X}$ = 71.18			.442
(Min=61, Max=82)	(SD=5.51)		(SD=7.32)		(SD=6.38)			

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		รวม (n=48)		X^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพของโรค							1.72	.189
Upper extremity	3	12.5	4	16.7	7	14.6		
Spine	6	25	6	25	12	25		
Lower extremity	15	62.5	14	58.3	29	60.4		
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก							0	1.000
เสี่ยงระดับน้อย	7	29.2	7	29.2	14	29.2		
เสี่ยงระดับปานกลาง	17	70.8	17	70.8	34	70.8		
ประเภทของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ							2.42	.657
ไม่ได้รับการผ่าตัด	5	20.8	4	16.7	9	18.8		
ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย	11	45.8	15	62.5	26	54.2		
ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่	8	33.3	5	20.8	13	27.1		
ยาแก้ปวดที่ได้รับ							1.37	.242
Morphine	9	37.5	8	33.3	17	35.4		
Morphine+ NSAID	10	41.7	8	33.3	18	37.5		
Tramadol	3	12.5	3	12.5	6	12.5		
Tramadol+ NSAID	2	8.3	5	20.8	7	14.6		
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน) (Min=8, Max=15)	$\overline{X}$ = 11.87 (SD=1.94)		$\overline{X}$ = 11.87 (SD=2.07)		$\overline{X}$ = 11.87 (SD=1.98)			.770

*ค่า p-value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ระบบกระดูกและข้อ โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกรยางค์ส่วนล่างหัก คิดเป็นร้อยละ 33.3 โดยทั้งสองกลุ่มมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกระดับน้อยกลุ่มละ 7 คน (ร้อยละ 29.2) และความเสี่ยงระดับปานกลางกลุ่มละ 17 คน (ร้อยละ 70.8) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid และการระงับความรู้สึกเป็นแบบทั่วร่างกายมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม คิดเป็น ร้อยละ 54.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.87 วัน (SD = 1.94) และกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.87 วัน (SD = 2.07) การวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n = 24)

กลุ่ม/ช่วงเวลา	อาการท้องผูก		Df	T	p-value
	$\bar{X}$	SD			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	5.87	1.19	23	17.22	.001*
หลังการทดลอง	2.04	1.08			

*ค่า p-value <.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกอยู่ที่ 5.87 (SD = 1.19) ภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยของอาการท้องผูกลดลงที่ 2.04 (SD = 1.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p< .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ที่ 5.45 (SD = 1.25) และภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 6.50 (SD = 0.93) ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มขึ้นของอาการท้องผูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .001)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 24)

กลุ่ม/ช่วงเวลา	อาการท้องผูก		df	T	p-value
	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	5.45	1.25	46	-1.182	.122
กลุ่มทดลอง	5.87	1.19			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	6.50	0.93	46	15.286	.001*
กลุ่มทดลอง	2.04	1.08			

*ค่า p-value <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในกลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเท่ากับ 5.45 (SD = 1.25) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.87 (SD = 1.19) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการท้องผูกของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกเท่ากับ 6.50 (SD = 0.93) และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเท่ากับ 2.04 (SD = 1.08) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของทั้งสองกลุ่มนั้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาโปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการท้องผูกของผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหลังได้รับโปรแกรมมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม เนื่องจากโปรแกรมสามารถลดคะแนนอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวคิดการดูแลนี้ได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นแนวทาง

ในการดูแลผู้ป่วยทุกช่วงวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและในระดับชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์องค์ประกอบตามแนวคิดดังกล่าวเป็นโปรแกรม ดังนี้ 1) การประเมินโรคและความเจ็บป่วย เพื่อค้นหาความเสี่ยงในการเกิดอาการท้องผูกและภาวะเปราะบาง ซึ่งในการศึกษาพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ ภาวะเปราะบาง อายุที่เพิ่มขึ้น พยาธิสภาพของโรค การใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid และการได้รับอาหารกากใยและน้ำที่ไม่เพียงพอ[2-7] 2) การทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้ป่วย จากการประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ และการจัดการตนเอง ที่ผู้สูงอายุใช้เมื่อเกิดอาการท้องผูกตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เพื่อให้การเรียนรู้จากแผนการสอนการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ ที่มีความเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล 3) การหาหนทางร่วมกันผ่านคู่มือการป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก ผลกระทบและวิธีการป้องกัน วันละ 10 นาที เป็นเวลา 7 วัน เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการที่ผู้ป่วยทราบข้อมูลของการป้องกันอาการท้องผูก การรับประทานใยอาหาร และการดื่มน้ำที่ถูกต้อง ทำให้ลดการเกิดอาการท้องผูกได้[11] 4) เน้นเรื่องป้องกันร่วมกับส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการนวดหน้าท้อง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียนโลหิตและเนื้อเยื่อ ทำให้ลำไส้เกิดการเคลื่อนไหวมากขึ้น[8] สอดคล้องกับการศึกษาที่สนับสนุนว่ากระบวนการนวดหน้าท้องสามารถใช้จัดการอาการท้องผูกที่ลำไส้โดยตรงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาศัยแรงเชิงกลเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้โดยตรง ลดการคั่งค้างของอุจจาระ ทำให้จัดการอาการท้องผูกได้อย่างปลอดภัยโดยไม่ใช้ยา[14] 5) เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะรู้สึกกังวลใจและไม่สบายใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีความต้องการการดูแลจากผู้อื่นที่มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มดำเนินการวิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ และ 6) วิถีอยู่บนความเป็นจริง เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการป้องกันอาการท้องผูกแบบสั้น กระชับ เพื่อสร้างความเข้าใจในข้อแนะนำ ฝึกวิเคราะห์ลักษณะอุจจาระ และทบทวนข้อมูลแทนการอธิบายข้อมูลครั้งเดียว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีส่วนร่วมต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การค้นหาปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่แรกรับเป็นรายบุคคลนำมาสู่การป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้มากกว่าการได้รับการดูแลจากผู้อื่นทั้งหมด[20]

ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยอาการท้องผูกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจึงพบว่ามีค่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกและข้อ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีความซับซ้อนและต้องการความเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถใช้การพยาบาลตามปกติได้ทั้งหมด[23] เมื่ออาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้สูงอายุ ในการค้นหาปัจจัยและระดับความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องผูก การให้การดูแลแบบผสมผสานความรู้ทางการพยาบาลด้วยการนวดหน้าท้องเพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหารโดยตรงเข้ากับการดูแลเชิงจิตวิทยาสังคม และส่งเสริมการป้องกันสุขภาพตามพื้นฐานและประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ ผ่านการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและพยาบาล นำไปสู่การจัดการอาการท้องผูกในผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็วตั้งแต่แรกรับ จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการท้องผูกของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยไปทดสอบทางสถิติ จึงพบว่า การที่ผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของโปรแกรมทุกองค์ประกอบร่วมกันส่งผลให้ป้องกันและบรรเทาอาการท้องผูกในกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการใช้โปรแกรมการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางร่วมกับการนวดหน้าท้อง ซึ่งเป็นการพยาบาลทางเลือก (Complementary nursing interventions) ที่เป็นบทบาทอิสระในขอบเขตที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ในการป้องกันและจัดการอาการท้องผูกตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. สามารถนำไปพัฒนาเป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาล: การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการท้องผูกในผู้ป่วยสูงอายุ

เปราะบางที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โดยมีการติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังนำวิธีปฏิบัติการพยาบาลไปประกาศใช้ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการป้องกันอาการท้องผูกในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยในครั้งต่อไป

โปรแกรมนี้สามารถนำไปพัฒนาโดยเพิ่มบทบาทของญาติที่เป็นผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันอาการท้องผูก โดยเฉพาะการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุและการฝึกนวดหน้าท้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติต่อหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือช่วยเหลือในผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในบางกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร การกระตุ้นการดื่มน้ำ และการช่วยเหลือการขับถ่าย เป็นต้น

References

1. Ministry of Public Health. Guidelines for elderly care in health facilities. 2021. (in Thai)
2. Sommongkol S, Jareonsinsup W, Litthong-in M, & Panphuekrak W. Nursing care for recovery after urgent abdominal surgery in older persons. Journal of Nursing and Health care. 2016; 34(3):12-9. (in Thai)
3. Gurler H. Care requirements of patients undergoing surgical intervention due to femur fracture according to Functional Health Patterns Model. Journal of Education and Research in Nursing. 2021;18(4):415–22.
4. Celik B, & Bilik O. Postoperative constipation incidence and effects of selected risk factors on constipation development in elderly patients with hip fracture. Orthopaedic Nursing. 2022; 41(6):397-405.
5. Elkader AIA, & Youssef N. Constipation prevalence and related risk factors among orthopedic patients. International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research. 2022;2(2): 202-11.
6. Thanyarat O. Frailty in the elderly: a case study. Thai Journal of Nursing Council. 2018;33(3): 5-19. (in Thai)
7. Leelayutthoyothin J. Effectiveness of a constipation prevention program in elderly patients undergoing knee arthroplasty. Vajira Nursing Journal. 2016;18(1):1-11. (in Thai)
8. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Nursing care for patients with urinary/ fecal incontinence. Rehabilitation nursing course for patients/disabled/elderly in the subacute phase. Bangkok: Arun Printing; 2019. (in Thai)
9. Arco S, Saldaña E, Serra-Prat M, Palomera E, Ribas Y, Font S, et al. Functional constipation in older adults: prevalence, clinical symptoms and subtypes, association with frailty, and impact on quality of life. Gerontology. 2022;68(4):397-406.
10. Lim J, Park H, Lee H, Lee E, Lee D, Jung HW, et al. Higher frailty burden in older adults with chronic constipation. BioMed Central gastroenterology. 2021;21(1):1-8.
11. Botaen S, Phannawadee P, & Suparp A. Prevention and management of constipation in adults and older adults. Ramathibodi Nursing Journal. 2007;13(2):106-23. (in Thai)
12. Cunha AIL, Veronese N, de Melo Borges S, & Ricci NA. Frailty a predictor of adverse outcomes in hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2019 ;56 :1-16.
13. Elshamy KF, Othman WN, & Hassan AA. Effect of implementing nursing programs on minimizing constipation among immobilized patients at Mansoura University Hospitals. Nature and Science Journal. 2018;16(9):103-10.

14. Gu X, Zhang L, Yuan H, & Zhang M. Analysis of the efficacy of abdominal massage on functional constipation: A meta-analysis. Heliyon. 2023;9(7):1-14.
15. Fekri Z, Aghebati N, Sadeghi T, & Taghi Farzadfard M. The effects of abdominal "I LOV U" massage along with lifestyle training on constipation and distension in the elderly with stroke. Complementary Therapies in Medicine. 2021;57(6):1-9.
16. Hasmi H, Waluyo A, & Ohorella UB. The beneficial effects of abdominal massage on constipation and quality of life: a literature review. Indonesian Contemporary Nursing Journal. 2020;72(4):72-82.
17. Wanwisa P, Jiraporn K, & Pachanan N. Effects of nursing combined with abdominal massage on constipation in stroke patients. Vajira Medical Journal. 2021;65(5):415-24. (in Thai)
18. Siriphan S. Scope and competencies of advanced practice nursing in geriatric nursing. In: Common problems in geriatric nursing and care guidelines. 6th ed. Chulalongkorn University Press; 2023; 298-301. (in Thai)
19. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, & Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd; 2003.
20. Lundberg V, Boström AM, Gottberg K, & Konradsen H. Healthcare professionals' experiences of assessing, treating, and preventing constipation among older patients during hospitalization: an interview study. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2020;13(2020):1573-82.
21. Sriwong T, Mahavisessin W, Srinonprasert V, Siriussawakul A, Aekplakorn W, Limpawattana P, et al. Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRAIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. BioMed Central gastroenterology. 2022;22(161):1-8. (in Thai)
22. Somdej Phra Sangharach Yannasangworn Institute for the Elderly. Elderly screening/ assessment manual. 1st ed. Office of the Printing Bureau for Veterans Affairs; 2014. (in Thai)
23. Piyawan K, Narirat J, Wiraporn W, & Orapan T. Predicting factors on functional recovery post-operative hip fracture in older persons. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018; 19(2):143-51. (in Thai)

การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ เพื่อเข้าสังคมสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

The Preparation for Aging among Pre-aging Population of Khon Kaen Province

ปาลิชาติ ชนะหาญ ณัฏฐ์ชานันท์ วงค์ชาลี นิศาชล บุบผา*
Palichat Chanaharn Nadchanan Wongchalee Nisachon Bubpa*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002
Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) ในจังหวัดขอนแก่นสู่สังคมผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง 422 คน เลือกแบบสุ่มหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman's rank correlation coefficient พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (74.64%) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี มีรายได้เฉลี่ย 11,132.42 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเอง (70.62%) ไม่มีโรคประจำตัว (81.75%) และใช้สิทธิบัตรทอง (82.23%) การเข้าถึงเทคโนโลยีสูง (97.63%) และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน (78.44%) การเตรียมความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=3.93, S.D.=0.74) ครอบคลุมสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และเทคโนโลยี ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ประชากรก่อนวัยสูงอายุ, การเตรียมความพร้อม, สังคมผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to study the readiness of the pre-aging population (aged 45-59 years) in Khon Kaen Province to enter an aging society and identify related factors. A total of 422 participants were selected through multi-stage sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient. The results showed that most participants were female, with an average age of 52.9 years and a mean monthly income of 11,132.42 baht. The majority owned their homes, had no chronic diseases, and were covered by universal health insurance. High levels of technology access and community participation were observed. Overall, readiness for aging was rated as high ($\overline{X}$= 3.93, S.D. = 0.74), encompassing health, social engagement, economic stability, housing, and technology. Key factors significantly associated with readiness included income, income sufficiency, housing status, healthcare benefits, attitudes, health behaviors, and social participation, with statistical significance at the 0.01 level.

Keywords: pre-aging population, readiness preparation, aging society

Corresponding Author: *E-mail: nisachon@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มี.ค. 2568

บทนำ

ปัจจุบันโลกของเราเป็นสังคมสูงอายุแล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น อิตาลี และโปรตุเกส ร้อยละ 35 30 และ 30 ตามลำดับ ตอนนี้มีนิยามว่า ถ้าประชากรที่มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% หรือ ประชากรที่มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% นั้นจึงเรียกว่า “สังคมสูงอายุ” หรือ “สังคมสูงวัย” แสดงว่า “โลกของเราเป็นสังคมสูงวัยแล้ว” (Age Society) ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 และประเทศไทย(ร้อยละ 19) เป็นอันดับที่ 2 รองจาก สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ในอีก 20 ปีข้างหน้า อัตราเพิ่มประชากรลดลงถึงขั้นติดลบ ในขณะเดียวกันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี[1] องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดวิสัยทัศน์ พ.ศ. 2560-2564 ไว้ว่า ผู้สูงอายุที่ดีต้องมีสิ่งที่มีผลต่อสุขภาวะ (Determinant Factors) คือสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ดีด้วย Healthy Aging และ WHO ยังได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อให้แต่ละประเทศพัฒนาสังคมไปสู่ Healthy Aging คือ 1) ต้องมีนโยบายเรื่อง Healthy Aging ในระดับชาติ 2) ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางโดย จัดระบบให้ครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบ Long Term Care 5) มีระบบฐานข้อมูล กำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยการแก้ไขปัญหานี้องค์การอนามัยโลก เสนอแนวคิดพฤฒพลัง (Active Aging) เพื่อแก้ไขปัญหาที่เพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงมีหลักประกันในชีวิต (Security) และ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม (Participation)[2]

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2563 พบว่าประชาชนไทยวัยทำงาน (15-59 ปี) มีจำนวน 43.26 ล้านคน โดยกลุ่มอายุ 45-59 ปี มีจำนวน 15 ล้านคน การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่มีแนวโน้มเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุในจังหวัดขอนแก่น

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุพบว่า ผลการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น จังหวัดสุรินทร์และอุบลราชธานี[3,4] แสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ[5,6,7] ที่มีการเตรียมความพร้อมในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับภาวะพฤฒพลัง (Active aging)[4] และมาตรการรองรับสังคมสูงวัยในประเทศไทยปี 2565 ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม การเตรียมความพร้อมยังมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาระบบการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยศึกษาปัจจัยที่มีผล เช่น ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคมในประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) เพื่อให้สามารถมีชีวิตที่มีคุณภาพตามบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ในการส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุทุกคนมีการเตรียมความพร้อมและวางแผนการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ[1] และจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพประชากรและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับประชากรวัยทำงานในจังหวัดขอนแก่น พบว่า มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยปัญหาด้านสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non-communicable diseases (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น และจากการศึกษาวิจัยรายภาคทำให้เห็นข้อแตกต่างกัน ปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) จังหวัดขอนแก่น มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพดีมีความพร้อมในการเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัย ที่มีคุณลักษณะบุคคลสมวัยทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และเท่าทันเทคโนโลยีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) ในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

2. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

3. ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

4. พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

5. การมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดพฤฒพลัง (Active Aging) ขององค์การอนามัยโลก[2] สู่การมีสุขภาพดี (Healthy) การมีส่วนร่วม (Participation) และมีหลักประกันที่มั่นคง (Security) เป็นเป้าหมายที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย ในจังหวัดขอนแก่น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ส่วนตัวกำหนดคือ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยี[8]

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive study) ทำการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว ไม่มีการติดตามผลไปข้างหน้าหรือย้อนกลับไปในอดีต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) ในจังหวัดขอนแก่น คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1. เป็นบุคคลที่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3. ประชากรสามารถเข้าร่วมตอบแบบสอบถามได้จนสิ้นสุดการสอบถาม 4. เป็นบุคคลที่มีรายชื่ออยู่ในสำเนาทะเบียนบ้านอาศัยอยู่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และอาศัยอยู่ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) 1. ไม่อยู่ขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล 2. เป็นคนพิการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรก่อนวัยสูงอายุ (45-59 ปี) ในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 317,035 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้จากสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 422 คน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอคติน้อยที่สุด โดยมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) จังหวัดขอนแก่น มีทั้งหมด 26 อำเภอ แบ่งออกเป็น 6 โซน ผู้วิจัยเลือกมา 3 โซน โดยวิธีการการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนได้กลุ่มตัวอย่างมา 3 อำเภอ ได้แก่ โซนหุบเขา โซนเมือง และ โซนใต้ ขั้นตอนที่ 2 วิธีการคัดเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอภูผาม่าน อำเภอเมือง และอำเภอพล ขั้นตอนที่ 3 วิธีการคัดเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลโนนคอม ตำบลเมืองเมืองพล และตำบลในเมือง ขั้นตอนที่ 4 วิธีการคัดเลือกการสุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เป็นการสุ่มโดยอาศัยความน่าจะเป็นในการเลือกตัวอย่างจากประชากร เพื่อเลือกบ้านเลขที่ในตำบลที่เป็นตัวแทนแต่ละตำบลเริ่มจากลำดับแรกจนถึงลำดับสุดท้ายหลังคาเรือนละ 1 คน ไม่ระบุเพศ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2567 เลขที่ HE672014 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามรายงานเบลมองต์ (Belmont Report) และ GCP in Social and Behavioral Research โดยชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออก

จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการ ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือก แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ มีจำนวน 10 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็น 11 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 9 เชิงลบ 2 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ มีข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุคุณภาพ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และด้านเทคโนโลยี จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (คะแนน 5 คือ ปฏิบัติเป็นประจำจนถึง 1 คือ ไม่ปฏิบัติ) ส่วนที่ 7 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พบว่า CVI = 0.97 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try-out) กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แบบสอบถามในจังหวัดใกล้เคียงซึ่งมีกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และหาความตรง (Validity) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-coefficient) ตามวิธีของ ครอนบัค (Cronbach) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 เพื่อทดสอบหาค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมแล้วแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัคเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานพื้นที่กับผู้ประสานงานพื้นที่เพื่อกำหนดวันลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการลงพื้นที่พร้อมแบบสอบถามตามวันที่ เวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยเริ่มต้นจากผู้ประสานงานพื้นที่เป็นคนนำพาไปรู้จักกับอาสาสมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ก่อนทำการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics Version.28 & 29 for Windows and V.29 for Mac OS X Software License มหาวิทยาลัยขอนแก่น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สถิติทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน Spearman’s rank correlation coefficient

ผลการการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 422 คน การวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และด้านเทคโนโลยี มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 315 คน (74.64%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี จำนวน 181 คน (42.89%) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.96 ปี (S.D.=4.19) ด้านอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป จำนวน 177 คน (41.94%) ด้านรายได้ต่อเดือน 5,001-15,000 บาท จำนวน 279 คน (66.11%) เพียงพอและเหลือเก็บ จำนวน 172 คน (40.76%) พักอาศัยส่วนใหญ่เป็น เจ้าของบ้าน จำนวน 298 คน (70.62%) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 345 คน (81.75%) การเข้าถึงบริการส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทอง จำนวน 331 คน (78.43%) ด้านการมีอุปกรณ์ในการสื่อสารทางเทคโนโลยี

จำนวน 412 คน (97.63%) โดยมีโทรศัพท์เคลื่อนที่ จำนวน 406 คน (96.2%) การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 331 คน (78.44%)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุรายด้าน (n=422)

การเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านสุขภาพ	3.98	0.75	มาก
ด้านสังคม	3.93	0.74	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.91	0.79	มาก
ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม	3.94	0.81	มาก
ด้านเทคโนโลยี	3.65	0.92	มาก
การเตรียมความพร้อมโดยรวม	3.88	0.70	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์การเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุโดยรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.88, S.D.=0.70) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.98, S.D.=0.75) ด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.93, S.D.=0.74) ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.91, S.D.=0.79) ด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.94, S.D.=0.81) และด้านเทคโนโลยี อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.65, S.D.=0.92) และจากผลการวิเคราะห์ด้านอื่นๆ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จำนวน 332 คน (78.67%) ด้านทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมาก จำนวน 222 คน (52.61%) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน ระดับดี จำนวน 258 คน ร้อยละ 61.14 และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่มีการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่ใน ระดับมาก จำนวน 209 คน (49.53%)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

ตัวแปรที่ศึกษา	การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์		
ลักษณะส่วนบุคคล		
รายได้	.120 (r_s)*	.013
ความเพียงพอของรายได้	.008 (Eta)	.868
ลักษณะที่พักอาศัย	.106 (Eta)*	.041
การใช้บริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย(รพ.สต)	.223 (r_{bis})**	< .001
การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือการเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน	.177 (r_{bis})**	< .001
การมีผลกระทบกับสถานการณ์โควิด-19	- .107 (r_{bis})*	.029
ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	.367** (r_s)	< .001
พฤติกรรมสุขภาพ	.288** (r_s)	< .001
การมีส่วนร่วมทางสังคม	.635** (r_s)	< .001
ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์		

ตารางที่ 2การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ลักษณะส่วนบุคคล		
เพศ	.054 ($r_{p.bis}$)	.267
อายุ	- .343 (r_s)	.383
สถานภาพสมรส	.163 (Eta)	.163
ศาสนา	- .062 ($r_{p.bis}$)	.205
ระดับการศึกษา	.174 (Eta)	.362
อาชีพ	- .073 (r_{bis})	.135
แหล่งที่มีของรายได้	.008 (Eta)	.868
การรับรู้สถานะสุขภาพ	- .095 (r_{bis})	.051
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ	.202 (Eta)*	.696
การมีอุปกรณ์ในการสื่อสารทางเทคโนโลยี	- .037 (r_{bis})	.453
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุ	- .072 (r_s)	.141

หมายเหตุ *p-value< .05, **p-value< .01, rs= Spearman's rank correlation coefficient, rbis=biserial correlation coefficient, rp.bis=Point biserial correlation coefficient, Eta=Eta correlation coefficient

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ (1) รายได้ (r_s=0.120, p-value= .013) (2) ความเพียงพอของรายได้ (Eta=0.188, p-value< .01) (3) ลักษณะที่พักอาศัย (Eta=0.106, p-value= .41) (4) การใช้บริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r_{bis}=0.223, p-value< .001) และ โรงพยาบาลชุมชน (r_{bis}=0.227, p-value< .001 (5) การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (r_{bis}=0.177, p< .001) (6) การมีผลกระทบกับสถานการณ์โควิด-19 (r_{bis} =-0.107, p-value< .001) (7) ทัศนคติ (r_s=0.367, p-value< .001) (8) พฤติกรรมสุขภาพ (r_s=0.288, p-value< .001) (9) การมีส่วนร่วมทางสังคม (r_s=0.635, p-value< .001)

2) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ (1) เพศ ($r_{p.bis}$=0.054, p-value= .267) (2) อายุ (r_s=-0.343, p-value= .383) (3) สถานภาพสมรส (Eta=0.163, p-value= .163) (4) ศาสนา ($r_{p.bis}$=-0.062, p-value= .205) (5)ระดับการศึกษา (Eta=0.174, p-value= .362) (6) อาชีพ (r_{bis}=-0.073, p-value= .135) (7) แหล่งที่มีของรายได้ (Eta=0.008, p-value= .868) (8) การรับรู้สถานะสุขภาพ (r_{bis}=-0.095, p-value= .051) (9)การเข้าถึงบริการ (Eta=0.202, p-value= .696) (10) การมีอุปกรณ์ในการสื่อสารทางเทคโนโลยี (r_{bis}=-0.037, p-value= .453) (11) ความรู้ (r_s=-0.072, p-value= .141) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) จังหวัดขอนแก่น พบว่า การเตรียมความพร้อมเข้าสังคมสูงอายุโดยรวม 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.88, S.D.=0.70) อธิบายได้ว่า การจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีนั้นจะต้องประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพด้วยการมีพฤติกรรมที่ดีทุกวันเพื่อให้ตนเองแข็งแรง อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การจัดสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เรียบง่าย ป้องกันอุบัติเหตุ รวมไปถึงมีการติดตามข่าวสารการใช้เทคโนโลยี ส่วนประกอบเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดการเป็นผู้สูงวัยที่มีสุขภาวะที่ดี สอดคล้องกับ

การศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่าการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะอยู่ในระดับสูง[9]

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม ก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ (อายุ 45-59 ปี) จังหวัดขอนแก่น พบว่า

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า รายได้ (r_S=0.120, p-value= .013) และ ความเพียงพอของรายได้ (Eta=0.188, p-value< .01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร[9] พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก มีการเตรียมความพร้อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.36) อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการเข้าถึงทรัพยากรรายได้ที่ดีการมีอาชีพที่มั่นคงจะมีการเตรียมความพร้อมได้มากกว่าอาชีพรับจ้างทั่วไป ที่พักอาศัย (Eta=0.106, p-value= .41) สอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร[10,11] พบว่า ด้านที่อยู่อาศัยเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเป็นเพราะมีการเลือกที่อยู่อาศัยที่มีความสะดวกสบายมีขนาดเหมาะสมกับตัวเองและครอบครัว การวางแผนที่จะมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและเป็นมรดกตกทอดให้แก่รุ่นลูกรุ่นหลาน การใช้บริการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r_{bis}=0.223, p-value< .001) และ โรงพยาบาลชุมชน (r_{bis}=0.227, p-value< .001) นั้นมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีสิทธิ์การรักษาข้าราชการและอื่นๆ มีโอกาสสูงกว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิ์บัตรทอง การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (r_{bis}=0.177, p-value < .001)[3,6] และการศึกษาปัจจัยการทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท[11] พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการวางแผนการเงินเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การมีผลกระทบกับสถานการณ์โควิด-19 (r_{bis} =-0.107, p-value< .001) พบว่าการขาดรายได้ในช่วงนี้ทำให้การวางแผนทางการเงินสำหรับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้รับผลกระทบ และความมั่นคงทางการเงินการสูญเสียรายได้ทำให้ความมั่นคงทางการเงินของบุคคลลดลง ส่งผลให้การเก็บออมและการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุยากขึ้น[13]

2.2 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมการเป็นผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.61 และมีความสัมพันธ์ ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r_S=0.367, p-value< .001) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก[13] พบว่า ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุปัจจัยด้านทัศนคติจึงเป็นแรงกระตุ้นสำคัญและสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะเห็นได้ว่า การทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้

2.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_S=0.288, p-value<.001) สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน[14] พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผู้ที่มีความรู้ในระดับดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพดีมากกว่าผู้ที่มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ และปัจจัยด้านพฤติกรรม สามารถช่วยป้องกันโรค ความเสื่อมของร่างกาย ช่วยให้มีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[3]

2.4 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น การศึกษาการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r_S=0.365, p-value< .001) มีความสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยการทำนายการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาทพบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 และการเตรียมความพร้อมมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[12,13] (r = 0.532, P < .001) และมุมมองของวัยกลาง

คนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการสูงวัยเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ส่งผลให้มีเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒพลังมากขึ้น[15]

การศึกษาความรู้ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 5 มิติ ได้แก่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ซึ่งช่วยลดโอกาสเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่าย และส่งเสริมการออม ตลอดจนสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being)[16]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ อสม. และผู้นำชุมชนได้นำไปออกแบบเพื่อส่งเสริม สุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ใช้ในการวางแผนและพัฒนานโยบายการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ดี

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อม และทำการศึกษาวิจัยหรือศึกษาเชิงปฏิบัติการในชุมชนอื่นเพื่อประเมินผลโปรแกรม

2. การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ ตามบริบทและวิถีชีวิตของพื้นที่เพื่อความเหมาะสม

3. ศึกษาในกลุ่มอายุ 25-45 ปี ตามหน่วยงานองค์กร โรงงานอุตสาหกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนการค้นคว้าวิจัยจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน.ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมคุณภาพชีวิตวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

References

1. Ministry of Social Development and Human Security. The Situation of Older Persons in Thailand 2021. (in Thai).
2. World Health Organization. Active aging: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Kunjaethong K, Auemaneekul N, Amnatsatsue K, Rawiworrakul T, & Satitvipawee P. Factors related to active aging in Surin province. Journal of Public Health Nursing. 2019;33(3): 78- 94. (in Thai).
4. Onthaisong C, Sornkla K, Suebsun S, & Promsuan P. The Preparation for Entering the Aging Society of the Population in Mueang District, Surin Province. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(2):53-62. (in Thai).
5. Meechana P, Khansakorn, Silawan T, Rawiworrakul T, & Phijaisanit P. Readiness of Pre-Aging Population for Quality Aging Society in Nongyasai Sub district Nongyasai District Suphanburi Province. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2017;11(1):259-71. (in Thai).
6. Churak Y. Preparation of people to support the elderly in Trang. The 10th Hatyai National and International Conference.Songkhla; Prince of Songkla University; 2019; 1023-30. (in Thai).
7. Chananin Y, Jullamate P, & Piphatvanitcha N. Active Ageing among Community Dwelling Older Adults in Ubon Ratchathani Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(2):83-92.
8. Department of Older Persons. The Senior Citizens Act B.E. 2003. (in Thai).

9. Sinchaiwanichakul C, & Kespichayawattana J. Factors Related to Healthy Aging Among the Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 19(special): 100-8. (in Thai).
10. Wanitchakham A. Preparation for aging society: A case study of Sai Mai District Bangkok. APHEIT Journal. 2019;25(1):165-79. (in Thai).
11. Yatniyom P, Mungkhamanee S, Ratthanoo N, & Trivichian P. Active Aging Preparation for Thai Nurses Educator in Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;23(1):292-302. (in Thai).
12. Boonyia N, & Kittreerawutiwong N. Factors Predicting Active Ageing among The Older Adults in Muang District Chainat Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;21(1):224-34. (in Thai).
13. Nopnarin W. Factors Influencing The Elderly Retiremrnt Preparation Behavior In Muang District Phitsanulok Province. (thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai).
14. Sithikan W. Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Ban Hong Subdistrict Municipality, Ban Hong District, Lamphun Province. (thesis). Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2017. (in Thai).
15. Singkaew C, Pongpan S, & Saita S. Predictive Factors of Preparedness for Being an Active Ageing Among Pre-Aging Agriculturist in Thoen District, Lampang Province. Journal of Lanna Public Health. 2024;20(2):1-13. (in Thai).
16. United Nations. The SDGs: A Guide for the Global Goals. New York: United Nations Publications; 2017.

ผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน ต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา

Effects of the Integrated Adaptation Program on Stress among Alcohol Uses

ศรัณยา ภูวัด นุชนาถ บรรทุมพร* ชมชื่น สมประเสริฐ
Saranya Puwat Nutchanart Bunthumporn* Chomchuen Somprasert
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12121
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่ง 2 กลุ่มด้วยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน จำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ติดต่อกัน และทำการบ้านวันละ 20 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย วัดก่อน-หลังการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลหาการแจกแจง ความถี่และร้อยละโดยสถิติเชิงพรรณนา และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยสถิติ t-test

ผลการวิจัย มีดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ (M=8.73, SD=6.27) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (M=27.70, SD=6.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.92, p<.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของกลุ่มทดลอง (M=28.37, SD=5.68) มากกว่าก่อนการทดลอง (M=12.37, SD=7.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.08, p<.001) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ =18.97, SD=8.72) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_3$=1.97, SD=14.30) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของผู้ดื่มสุรา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_2$=16.00, SD=7.91) และกลุ่มควบคุม ($\bar{D}_4$=1.77, SD=17.33) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.68, p<.001) สรุปโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานช่วยลดความเครียดด้านลบและเพิ่มความเครียดด้านบวกในผู้ดื่มสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความเครียด, โปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน, ผู้ดื่มสุรา

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of an Integrated Adaptation Program (IAP) on stress levels of alcohol users. A total of 60 participants were selected through simple random sampling and divided into two groups of 30 each. The experimental group received the IAP, which consisted of eight weekly sessions, each lasting 120 minutes, along with 20 minutes of daily homework. The control group received standard care. Stress levels were assessed using the Thai Stress Test (TST) before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics for frequency distribution and percentage, and mean stress scores were compared using a dependent t-test.

Corresponding author: *nutchanart@nurse.tu.ac.th

วันที่รับ (Received) 20 ม.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 มี.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 5 เม.ย. 2568

Results:

Mean negative stress score of the experimental group post-IAP (M= 8.73, SD= 6.27) was significantly lower than pre-IAP (M= 27.70, SD= 6.21) (t =11.91, p < .001). Mean positive stress score of the experimental group (M= 28.37, SD= 5.68) was significantly higher than pre-IAP (M= 12.37, SD= 7.17) (t = 11.08, p< .001).

Mean difference of mean negative stress scores pre- and post-IAP for the experimental ($\overline{D}_1$ = 18.97, SD= 8.72) and control group ($\overline{D}_3$= 1.97, SD= 14.30) significantly differed (t =7.00, p< .001). Mean difference of mean positive stress scores pre- and post-IAP for the experimental group ($\overline{D}_2$= 16.00, SD= 7.91) and the control group ($\overline{D}_4$= 1.77, SD= 17.33) also significantly differed (t= 5.11, p< .001) These findings suggest that the IAP reduced stress level among alcohol users and might be an alternative option for this purpose for healthcare professionals.

Keywords: Stress, Integrated adaptation program, Alcohol users

บทนำ

ปัญหาการดื่มสุรานั้นมีอยู่ทั่วโลกส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ เช่น การก่อให้เกิดโรคทางระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร จนถึงอาการทางจิต มีผลต่องบประมาณในการรักษา ปัญหาความรุนแรงทั้งภายในครอบครัวและสังคม และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ประชากรกว่า 189 ประเทศทั่วโลก มีแนวโน้มการบริโภคสุราต่อหัวเพิ่มขึ้น 10% ซึ่งคาดว่าภายในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า จะมีผู้ใหญ่ทั่วโลกเกือบครึ่งที่ดื่มสุรา จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ล้านคน มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 16 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.0 โดยแบ่งเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.5 และผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 5.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.5[1,2]

ผลของการดื่มสุราเป็นประจำนั้น พบว่าทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยได้มากถึง 230 โรค ได้แก่ โรคทางระบบทางเดินอาหาร โรคมะเร็งตับ โรคทางระบบประสาทและสมอง สำหรับผู้ที่ดื่มมากกว่า 60 กรัมต่อวัน สามารถเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 30[2] นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว การดื่มสุรายังส่งผลต่อด้านจิตใจด้วย การดื่มสุราเป็นประจำ ทำให้อารมณ์แปรปรวน สุราทำให้ซีโรโตนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนปฟรีน (Norepinephrine) ต่ำลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในบางรายอาจรุนแรงไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการศึกษาพบว่าหากระดับความเครียดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้เสี่ยงต่อการดื่มสุราที่มีผลต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 1.08 เท่า [4]

สาเหตุของการดื่มสุรานั้น มีทั้งที่สามารถจัดการได้ง่ายและจัดการได้ยาก เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ทำให้มีวิธีการใช้สุราที่ผิดเพี้ยนไป การดื่มเพื่อผ่อนคลายและความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของการดื่มสุราที่สามารถจัดการหรือป้องกันได้ จากการศึกษาการปรับตัวและความเครียดในผู้ดื่มสุรา พบว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะปรับตัวเพื่อให้เกิดความสมดุล โดยมีทั้งการปรับตัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น มีทักษะในการแก้ปัญหา และการปรับตัวที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การใช้สารเสพติดหรือดื่มสุรา[5]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าไม่มีโปรแกรมการปรับตัวต่อความเครียด มีเพียงกลวิธีการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การนวด การออกกำลังกาย การนึกภาพ การทำสมาธิ การแช่น้ำอุ่น การทำงานอดิเรก การใช้เวลาว่างกับคนรักรวมไปถึงสัตว์เลี้ยง ด้วยบุคคลมีความเฉพาะ และความชอบที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีเดียวกับทุกคนได้ โดยกลวิธีการจัดการกับความเครียดของเพนเดอร์ มีกลวิธีที่ถูกจัดกลุ่มชัดเจน ร่วมกับการปรับตัวที่เหมาะสมจำเป็นต้องมีการฝึกฝนเรียนรู้ โดยกระบวนการเรียนรู้ในอดีต เน้นการท่องจำ จดบันทึก แตกต่างจากกระบวนเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP) ผู้เรียนมีโอกาสได้ฝึกฝนวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนของพฤติกรรม โดยการฝึกฝนที่ถูกวิธี นำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน อีกทั้งความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา สามารถทำได้อย่าง

สร้างสรรค์ ด้วยการฝึกฝนตามกระบวนการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดด้วยการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานระหว่างกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Activities Planner: EAP) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การอุ่นเครื่อง 2) การระบุประเด็น 3) ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม 5) สื่อสารทางออก และ 6) ถอดรหัสปรับใช้ ผสมผสานกับกลวิธีการจัดการความเครียดของเพนเดอร์ 3 กลวิธี[6] ได้แก่ 1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) การเพิ่มภูมิต้านทานต่อความเครียด และ 3) การหลีกเลี่ยงความตื่นตัวทางสรีระวิทยาที่เกิดจากความเครียด เพื่อให้ ผู้ดื่มสุราเกิดการเรียนรู้ ฝึกฝนการปรับตัวตามกระบวนการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง มุ่งตรงที่การจัดการกับความเครียดโดยตรง และสามารถนำมาปรับใช้กับชีวิตประจำวันตามความชอบและความถนัดของผู้ดื่มสุราได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดื่มสุราก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน

2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกของผู้ป่วยดื่มสุราก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานแตกต่างกัน

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกของผู้ดื่มสุราระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการทบทวนวรรณกรรม พบทฤษฎีของเพนเดอร์ในการจัดการกับความเครียดในโปรแกรมการจัดการความเครียดแบบผสมผสานต่อทักษะการจัดการกับความเครียดมาใช้กับมารดาเด็กออทิสติก สเปกตรัม[6] และการปรับตัวต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กโรคสมาธิสั้นเช่นกัน สำหรับกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (EAP) สามารถทำให้ผู้ติดสุราปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตให้มีประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น และมีการนำแผนเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (EAP) มาใช้ในการเรียนรู้เท่าทันภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยนี้จึงใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับความเครียดของเพนเดอร์และกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งเชื่อว่าการผสมผสานกลวิธีการจัดการกับความเครียดของเพนเดอร์ 3 กลวิธี คือ 1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 2. การเพิ่มภูมิต้านทานต่อความเครียด และ 3. การหลีกเลี่ยงความตื่นตัวทางสรีระวิทยาที่เกิดจากความเครียด ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (EAP) 6 ขั้นตอน คือ 1) การอุ่นเครื่อง 2) การระบุประเด็นปัญหา 3) ไตร่ตรองทางแก้เฉพาะตน 4) ระดมสมองทำงานเป็นทีม 5) สื่อสารทางออก และ 6) ถอดรหัสปรับใช้ เพื่อให้ผู้ดื่มสุราเกิดการปรับตัวต่อความเครียดโดยตรง ทำให้ผู้ดื่มสุราสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เสริมสร้างความเข้าใจในตนเอง และทำให้ผู้ดื่มสุราสามารถเชื่อมโยงความรู้กับชีวิตประจำวันได้ สามารถเลือกและนำกลวิธีเหล่านี้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

2. เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากเทศบาลที่อยู่ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 1 เทศบาล จากนั้นสุ่มชุมชน 2 ชุมชน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม 1 ชุมชน และกลุ่มทดลอง 1 ชุมชน

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดื่มสุราที่ได้รับการประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) โดยอยู่ในกลุ่มผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง ดื่มแบบอันตราย จนถึงดื่มแบบติด คือ มีคะแนนรวม 8–40 คะแนน ที่มีอายุ 18-59 ปี

4. การกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของโพลิทและเบค[7] และป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 % ได้เป็น 60 คน แบ่ง 2 กลุ่มเท่า ๆ กัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

5. ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประสานไปยังสำนักเทศบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเข้าไปศึกษาทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test : TST)[8] ซึ่งเป็นแบบวัดที่ออกแบบเพื่อวัดความเครียดของคนไทยโดยเฉพาะ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าแบบ 3 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเครียด รู้สึกเป็นครั้งคราว และความรู้สึกเครียดบ่อย ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามที่บ่งบอกความรู้สึกด้านบวกและ ด้านลบ ทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น ข้อ 1-12 บอกความรู้สึกด้านลบ และข้อ 13-24 บอกความรู้สึกด้านบวก ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ สำหรับความเที่ยง (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับผู้ที่ดื่มสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.88 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป[9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียด ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับความเครียดของเพนเดอร์ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (EAP) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการได้รับคำปรึกษาแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องชัดเจนครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในการดำเนินกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวชที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านความเครียด 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติด 1 ท่าน โดยมีคำแนะนำให้ปรับการใช้ภาษาในเนื้อหา และปรับวิธีการทำกิจกรรม และนำไปทดลองใช้กับผู้ดื่มสุราที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ระหว่างทดสอบโปรแกรม ไม่มีข้อความคิดเห็นให้ปรับแก้จากผู้ถูกทดสอบ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ทำหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี ประสานไปยังสำนักงานเทศบาล

2. ประสานงานผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัยตามแผน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการนี้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขอการพิจารณาการปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับรอง โดยได้รับใบอนุญาตเลขที่ COA No. 039/2567 วันที่อนุมัติ 5 เมษายน 2567 ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณา ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประสานงานไปยังเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้นำชุมชนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าไปศึกษาทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยโดยตรงตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test)

3. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวก

4. ทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวก

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง มีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 70 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 30 มีสถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยพบว่าอาชีพส่วนใหญ่ คืออาชีพรับจ้าง/พนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 80 สำหรับสถานภาพในครอบครัว มีสถานภาพเป็นสมาชิกครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 60 ด้านระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. คิดเป็นร้อยละ 70 มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 76.7 และส่วนใหญ่สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50

กลุ่มควบคุม มีเพศชายคิดเป็นร้อยละ 90 และเพศหญิงร้อยละ 10 ส่วนมากมีสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 60 อาชีพส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้าง/พนักงานเอกชน คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.3 ในด้านของการศึกษากลุ่มควบคุมมีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่น้อยกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 และมีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 60

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และฟิชเชอร์ (Fisher's test) โดยใช้สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square test) ในด้าน เพศ สถานภาพสมรส และสถานภาพในครอบครัว สำหรับตัวแปรที่ใช้สถิติฟิชเชอร์แอ็กแซ็ค (Fisher exact test) ในการทดสอบ ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ของครอบครัว และสิทธิการักษา พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดื่มสุรา

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดื่มสุรา ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดื่มสุรา ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน (n=30)

คะแนนความเครียด	M	SD	df	t	p-value
คะแนนด้านลบ					
ก่อนการทดลอง	27.70	6.21	29	11.91	.000
หลังการทดลอง	8.73	6.27			
คะแนนด้านบวก					
ก่อนการทดลอง	12.37	7.17	29	11.08	.000
หลังการทดลอง	28.37	5.68			

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบหลังการทดลอง (M= 8.73, SD= 6.27) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (M= 27.70, SD= 6.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.91, p<.001) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวก (M= 28.37, SD= 5.68) มากกว่าก่อน การทดลอง (M= 12.37, SD= 7.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 11.08, p<.001)

2.2 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดื่มสุรา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดื่มสุรา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=62)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด	กลุ่มทดลอง M	$\bar{D}_1$	SD	กลุ่มควบคุม M	$\bar{D}_3$	SD	df	t	p-value
ความเครียดด้านลบ		18.97	8.72		1.97	14.30	58	-6.84	.000
ก่อนทดลอง	27.70			26.00					
หลังทดลอง	8.73			27.97					
	M	$\bar{D}_2$	**SD**	**M**	$\bar{D}_4$	**SD**			
ความเครียดด้านบวก		16.00	7.91		-1.77	17.33	58	5.11	.000
ก่อนทดลอง	12.37			13.77					
หลังทดลอง	28.37			12.00					

จากตารางที่ 2 พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบของผู้ดื่มสุรา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$=18.97, SD=8.72) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_3$=1.97, SD=14.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=6.84, p<.001)

ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของผู้ดื่มสุรา ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_2$ =16.00, SD=7.91) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_4$=-1.77, SD=17.33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.11, p<.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน และสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบหลังการทดลอง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกหลังการทดลอง สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านบวกก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานได้พัฒนากิจกรรม โดยใช้องค์ประกอบกลวิธีในการจัดการกับความเครียดตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ 1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 2. การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และ 3. การสร้างเสริมวิธีการที่จะลดการตื่นตัวทางสรีระเนื่องจากความเครียด ผสมผสานกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (EAP) ดังนี้

1.1. การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และปรับตัวด้วยการลดสิ่งกระตุ้นความเครียดได้จัดไว้ในกิจกรรมครั้งที่ 7 คุณค่าแห่งเวลา เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้บริหารเวลา เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมาย ภายในเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด ช่วยลดแรงกดดันที่จะเกิดขึ้น เป้าหมายของการบริหารเวลานั้นไม่ใช่การเพิ่มหรือขยายเวลา แต่เป็นการจัดการกับเวลาที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด ด้วยเทคนิคการบริหารเวลา 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านการพิจารณาการใช้เวลา 2. ด้านวางแผนการใช้เวลา 3. ด้านการดำเนินตามแผนที่วางไว้ และ 4. ด้านการประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข[10] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการบริหารเวลาในการพยาบาล[11] พบว่าการบริหารเวลาสามารถคลายความเครียดของพยาบาลให้น้อยลงได้

ผู้วิจัยเห็นว่าการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด คือการวางแผนในการปรับตัว เพื่อลดการเผชิญกับสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด การบริหารเวลาเป็นเทคนิคที่ช่วยให้สามารถวางแผนการใช้ชีวิตประจำวันได้ เผชิญสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลดลง เกิดการปรับตัวในการใช้ชีวิต ช่วยลดความเครียดลงได้

1.2. การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด คือการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่ ด้วยการสร้างแหล่งทรัพยากรสนับสนุน โดยปรากฏในกิจกรรมครั้งที่ 3 เผยใจคลายเครียด ด้วยการเปิดเผยตนเอง โดยการที่บุคคลแสดงออกถึงความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทัศนคติและประสบการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนตัวของตนเองให้ผู้อื่นได้ทราบ โดยใช้การสื่อสารกันเพื่อนำเสนอข้อมูลเหล่านั้น เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นับเป็นการเพิ่มแหล่งทรัพยากรสนับสนุนในการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการเปิดเผยตนเอง[12] พบว่าสามารถช่วยลดความเครียดลงได้ ส่งผลต่อความเครียดเชิงลบ ได้แก่ อยากถอยหนี ไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น และความเครียดเชิงบวก ได้แก่ ความรู้สึกสนุกสนานกับการพบปะพูดคุยกับคนอื่นที่อยู่รอบตัว การสร้างแหล่งทรัพยากรสนับสนุน ยังแสดงไว้ในกิจกรรมที่ 4 ขยับวันละนิด พิชิตความเครียด การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด ด้วยการสร้างแหล่งทรัพยากรสนับสนุน ได้แก่ การออกกำลังกาย เป็นอีกหนึ่งวิธีในการริเริ่มสร้างแหล่งสนับสนุนในการปรับตัว ด้วยการออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความสามารถและศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดการปรับปรุงตนเองและแนวคิดในการแก้ไขปัญหาอยู่เสมอ อีกทั้งสามารถทำได้ทุกเพศ ทุกวัย ทำให้ร่างกายแข็งแรง สมรรถภาพของปอดและหัวใจดีขึ้น สุขภาพจิตก็ดีขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาเกี่ยวกับผลการออกกำลังกายด้วยการเต้นลีลาศที่มีต่อความสมดุลของร่างกายและความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่าความเครียดหลังการทดลองลดลง ส่งผลต่อความเครียดเชิงลบ ได้แก่ ความรู้สึกไม่มีความสุข รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า และความเครียดเชิงบวก ได้แก่ ความภาคภูมิใจว่าเป็นคนที่มีความสามารถ มีกำลังใจที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดี และกิจกรรมที่ 6 แก้ไขได้ แก้ใจเป็น การแก้ปัญหานั้นเป็นหนึ่งในวิธีการจัดการกับความเครียด ด้านการริเริ่มสร้างแหล่งสนับสนุนด้วยเช่นกัน มีการศึกษาผลของการเจริญสติและกระบวนการแก้ปัญหาที่มีต่อความเครียดและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย[13] พบว่ากลุ่มที่ฝึกเจริญสติและกระบวนการแก้ปัญหามีความเครียดลดลง ไม่เพียงเท่านี้ยังพบว่าการใช้กระบวนการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลสามารถลดความเครียดได้[14] ผู้วิจัยพิจารณาว่าการเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดนั้น เป็นกลวิธี ที่สร้างเสริมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง ให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ ได้แก่ การเปิดเผยตนเอง เป็นการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ร้องขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ลดแรงกดดันจากภายในใจ ทำให้ความเครียดลดลง การออกกำลังกายเป็นการฝึกให้ร่างกายคุ้นชินกับสภาวะความเครียด เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด สามารถทำให้ร่างกายปรับตัวและเกิดความสมดุลได้ในเวลาที่เหมาะสม และการจัดการกับปัญหาที่เป็นระบบ สามารถช่วยให้ปัญหาคลี่คลาย สามารถลดความเครียดลงได้เช่นกัน

1.3. การสร้างเสริมวิธีการที่จะลดการตื่นตัวทางสรีระเนื่องจากความเครียด คือความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากความเครียด ปรากฏในกิจกรรมที่ 2 “เส้นทางการดื่ม เส้นทางความเครียด” และกิจกรรมที่ 5 “คลายกายคลายใจ” การหลีกเลี่ยงความตื่นตัวทางสรีระวิทยาเป็นการปรับสมดุลร่างกาย ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติกด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle relaxation: PMR)[15] พบว่าเมื่อกล้ามเนื้อผ่อนคลาย ความเครียดจะลดลง นอกจากนี้ยังใช้เทคนิคการจินตนาการ (Visualization) เบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์เครียดไปสู่ประสบการณ์สงบสุขในอดีต[16] ช่วยลดการใช้ออกซิเจน อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ส่วนกิจกรรมที่ 5 ใช้การฝึกอานาปานสติหรือการทำสมาธิ ซึ่งส่งผลต่อการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติ[17,18] ลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก เพิ่มการทำงานของระบบพาราซิมพาเทติก[19] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการนั่งสมาธิลดความเครียดในนักศึกษาที่ดื่มสุรา[20] ผู้วิจัยเห็นว่าการสร้างเสริมวิธีการลดการตื่นตัวทางสรีระเนื่องจากความเครียดเป็นการฝึกระบบประสาท ช่วยลดการทำงานของระบบซิมพาเทติก จึงส่งผลให้ความเครียดลดลง

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดด้านลบและด้านบวกระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โปรแกรม 8 สัปดาห์มุ่งเน้นการปรับตัวต่อความเครียดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การรักษาสมดุลทางอารมณ์ และการจัดการกับการ

เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด อาสาสมัครได้เรียนรู้กลวิธีหลากหลายตามทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ซึ่งให้ทั้งความรู้และความเข้าใจในแต่ละกิจกรรม อาสาสมัครได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองและทำการบ้านที่ได้รับมอบหมายทุกวัน เพื่อให้ได้ทดลองฝึกและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดเชิงลบลดลงและค่าเฉลี่ยความเครียดเชิงบวกเพิ่มขึ้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานช่วยลดความเครียดให้แก่ผู้ดื่มสุราได้จริง พบว่าอาสาสมัครเข้าใจเหตุและผลในการฝึกกลวิธีในการจัดการความเครียด รวมถึงตั้งใจเรียนรู้ และพัฒนาตนเองสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการปรับตัวแบบผสมผสานไปใช้เป็นแนวทางในการปรับตัวต่อความเครียดในผู้ดื่มสุรา ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งบุคลากรที่จะให้บริการต้องได้รับการฝึกการใช้โปรแกรมอย่างถูกต้อง

การใช้โปรแกรมควรดำเนินการตามขั้นตอนในคู่มืออย่างเคร่งครัด ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ดื่มสุราในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวหลังรับโปรแกรมที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของผลลัพธ์
2. ควรขยายการศึกษาโปรแกรมนี้ไปยังกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดประเภทอื่น

References

1. Yada B. Nurses' s role in alcohol dependence based on motivation interview model. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(3): 1-7.(in Thai)
2. National Statistical Office of Thailand. Health behavior survey of the population, 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
3. Charlet K, & Heinz A. Harm reduction- a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. Addiction Biology, 2017; 22(5): 1119–59.
4. Natthida J, Penpak C, & Auswin J. The study of context and patterns on alcohol drinking of Myanmar migrant workers in Chiang Rai province . Journal of Social Academic. 2017; 10(2): 133–49. (in Thai)
5. Chatchai P, Pornnapa H, & Rungrat S. Factors related to hazardous drinking among male vacational students in Sisaket province. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020; 14(1): 170-84. (in Thai)
6. Pender N J. Stress management. In: Health promotion in nursing practice. 6th ed. New jersey: Pearson Education; 2011.
7. Polit DF, & Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
8. Pattarayutwat S. Development of a stress measurement scale for Thai people. Journal Psychiatric Association of Thailand. 2000; 45(3): 237-50. (in Thai)
9. Boonjai S. Development and validation of research instruments : psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University ; 2012. (in Thai)
10. Hutthaporn K.Time Management: How to manage time to be efficiency and effectiveness. Mahachulagajasara journal. 2021; 12(1): 15-24. (in Thai)
11. Shalini N. Time management in nurse-hour of need. International Journal Caring Sciences. 2018; 11(3): 1997–2000.
12. Meng J, & Dai Y. Emotional support from AI chatbots: should a supportive partner self-disclose or not. Journal of Computer-Mediated Communication. 2021; 26(4): 207–22.

13. Phra S, Sompoch I, & Maytawee U. Effect of mindfulness and solving problem process to stress and learning achievement of students in secondary school: Mueang District, Kanchanaburi Province. Journal of MCU Peace Studies. 2020; 8(2): 585–95. (in Thai)
14. Labrague L, McEnroe-Petitte D, Gloe D, Thomas L, Papathanasiou IV, & Tsaras K. A literature review on stress and coping strategies in nursing students. Journal of Ment Health. 2016; 26(5): 471–80.
15. Benjawan L, Uthoomporn D, & Sasikarn K. Progressive muscle relaxation: concept and application to decrease stress in pregnant women with preterm labor pain. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(3): 303–11. (in Thai)
16. Toussaint L, Nguyen QA, Roettger C, Dixon K, Offenbächer M, Kohls N, et.al Effectiveness of progressive muscle relaxation, deep breathing, and guided imagery in promoting psychological and physiological states of relaxation. Evidence Based Complementary and Alternative Medicine. 2021; 8(1): 1–8.
17. Masih T, Dimmock JA, Kym JG, & Epel E. An 8-week relaxation program consisting of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation to reduce stress and attenuate stress-driven eating. Health Well Being. 2020; 12(1): 188–211.
18. Hancomthaun D, Somprasert C, & Jirarode A. Effects of anapanasati with biofeedback on the stress of amphetamine patiens' primary caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023; 163-71.(in Thai)
19. Shuai R, Bakou A, Hardy L, & Hogarth L. Ultra-brief breath counting (mindfulness) training promotes recovery from stress-induced alcohol-seeking in student drinkers. Addictive Behavior. 2020;102(September 2019): 106–41.
20. Umpai L. Effects of mindfulness meditation and aromatherapy on stress and anxiety of company employees in bangkok metropolitan. 2023; 9(2): 1-20. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Self-Care Behaviors of Older Adults in the Community

รุ้งกานต์ พลายแก้ว ประภัสสร อักษรพันธ์*
Rungkant Plykaew Prapatsorn Aksornpan*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84100
Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Surat Thani, Thailand 84100

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย โดยสุ่มคัดเลือกอย่างง่ายจาก 2 ตำบล ตำบลละ 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.417$, $p < .001$ และ $t = 5.517$, $p < .001$ ตามลำดับ) ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมที่เน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ความสำเร็จจากตัวแบบบุคคลจริงและวีดิทัศน์ ร่วมกับการฝึกทักษะ และการชักจูงด้วยคำพูดเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถประยุกต์ใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

The present quasi-experimental study with a pretest-posttest two-group design aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on the self-care health behaviors of older adults in the community. The sample comprised 50 older adults aged 60 years and above who met the inclusion criteria. They were selected by simple random sampling from two subdistricts, with 25 participants in each group. The experimental group received the self-efficacy enhancement program, and the control group received standard health education. The data collection instrument employed was a self-care behavior questionnaire for older adults, which exhibited a content validity index (CVI) of 1.00 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of

Corresponding Author. *E-mail: Prapatsorn.aks@sru.ac.th

วันที่รับ (Received) 9 พ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 5 ก.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 19 ก.ค. 2568

0.85. The collected data were then subjected to a thorough analysis using both descriptive statistics and t-tests.

The findings indicated that following the implementation of the program, the experimental group exhibited significantly elevated mean scores in terms of self-care health behaviors when compared to their pre-intervention scores and the control group ($t = -7.417$, $p < .001$ and $t = 5.517$, $p < .001$, respectively). These findings suggest that a program emphasizing learning through the successful experiences of real-life role models and videos, with skill training and continuous verbal reinforcement, constitutes a practical approach that community health nurses can apply to promote health behaviors among older adults in ways appropriate to their contexts.

Keywords: Self-efficacy enhancement program, Self-care behaviors, Older adults

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 800 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประชากรโลก และแนวโน้มยังคงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา[1] ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 13.34 ล้านคน หรือร้อยละ 20.23 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าภายในปี 2583 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.28 โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยลำพังมีแนวโน้มสูงขึ้น[2] จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ 267,540 คน (ร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งจังหวัด) ดัชนีการสูงอายุอยู่ที่ 125.70 และอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ 31.20 จะเห็นได้ว่าวัยแรงงาน 100 คน ต้องดูแลผู้สูงอายุ 31 คน ขณะที่อัตราส่วนเกื้อหนุนลดเหลือเพียง 3.20 และมีผู้สูงอายุอาศัยลำพังถึงร้อยละ 12.30[3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ซึ่งการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบต้องเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด โดยองค์การอนามัยโลก เสนอแนวคิด “Active Ageing” หรือ “พฤฒิพลัง” ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพดี ความมั่นคง และการมีส่วนร่วมในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[4] แนวคิดนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ในระดับประเทศผ่านโครงการ “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ของกรมอนามัย ครอบคลุมด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ การดูแลสมอง สุขภาพช่องปาก ความสุข และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย[5] แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพปี 2566 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 33.40 ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 60.00[6] สะท้อนถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาภาวะสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และคงความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งครอบคลุมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลสมองและสุขภาพช่องปาก การจัดการอารมณ์และความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สอดคล้องกับแนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ที่มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน[5] แต่จากผลสำรวจประชากรสูงอายุปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีรวมกันถึงร้อยละ 50.1[7] สะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมถอยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระโนด พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ การพัฒนาแนวทางที่เน้นการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนที่กำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา[10] คือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูงมักมีแนวโน้มที่จะเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม[11] มีการศึกษาการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในประเทศไทย ผ่านกลยุทธ์การจัดการสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ ประสบการณ์ความสำเร็จส่วนตน การสังเกตแบบอย่าง และการชักจูงด้วยคำพูด พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพในโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12,13,14,15] แม้แนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก และแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ของกรมอนามัย[5] จะมุ่งส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มักเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมถอยเป็นหลัก แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งมีศักยภาพสูงในการป้องกันการเจ็บป่วยและลดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ยังมีการศึกษาในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานวิจัยที่ออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืนนั้นยังมีอย่างจำกัด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะพึ่งพิงในอนาคต และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

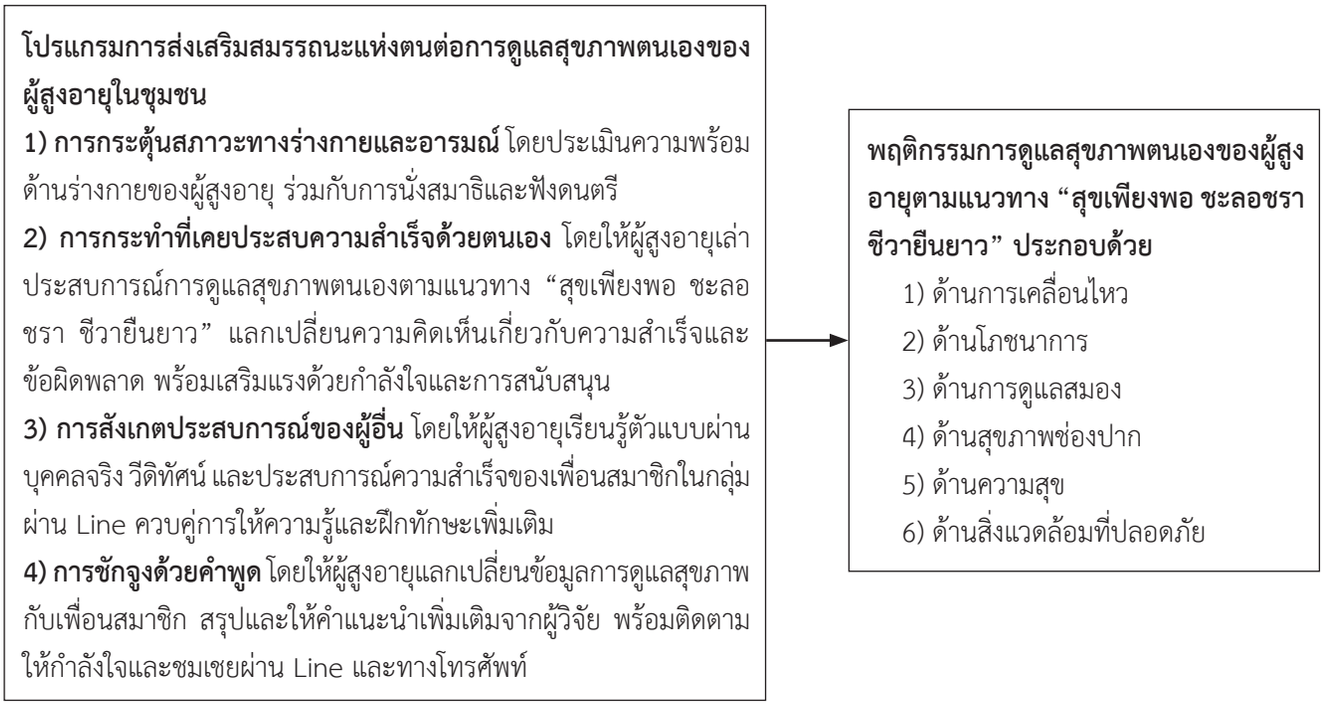
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[10] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[5] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 ตำบล รวมทั้งหมด 3,881 ราย[16]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านของอำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2 ตำบล ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากลักษณะทางประชากร ภูมิศาสตร์ และบริบททางสังคมเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกัน จากนั้นกำหนดให้ตำบลหนึ่งเป็นกลุ่มทดลองและอีกตำบลหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการส่งต่อข้อมูลระหว่างกลุ่ม ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการทดลองแบบ two-sample independent groups test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 ขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.80 ตามงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน[18] ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ กลุ่มละ 21 ราย ทั้งนี้เพื่อรองรับการยุติการเข้าร่วมวิจัย (dropout) จึงเพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 20 ทำให้ได้กลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยแยกสุ่มอิสระกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการสุ่ม ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดกรองตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก คือ 1) สามารถพึ่งพาตนเองได้ (คะแนน Barthel ADL ≥ 12) 2) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ 3) ใช้โทรศัพท์และแอปพลิเคชัน Line ได้ 4) ไม่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (คะแนน MMSE-Thai 2002 ≥ 17) 5) สามารถติดต่อได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ คะแนน Barthel ADL ลดลง < 12 2) สภาพร่างกายไม่พร้อมก่อนเริ่มกิจกรรม 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง 4) ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย และ 5) ย้ายที่อยู่อาศัยไปนอกพื้นที่ก่อนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[10] และแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[5] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมนี้มุ่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนผ่าน 4 แหล่ง คือ 1) การกระตุ้นสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ 2) การกระทำที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 3) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด ดำเนินการต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ (60-90 นาที/ครั้ง) ผ่าน 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรม “ร่างกายแข็งแรงสมวัย ปลอดภัยจากการหกล้ม” 2) กิจกรรม “ช่องปากสะอาด โภชนาการเหมาะสม” และ 3) กิจกรรม “สมองดี อารมณ์แจ่มใส” และ 2) สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” เพื่อให้ผู้สูงอายุทบทวนคำแนะนำด้านสุขภาพ บันทึกเป้าหมายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงสิ่งที่ตนเองทำได้ดีและสิ่งที่ต้องการจะปรับปรุงในแต่ละสัปดาห์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทาง “สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวายืนยาว” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[5] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายรับ รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย การพักอาศัย โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวม และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความถี่ในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 6 ด้าน รวม 50 ข้อ ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว (5 ข้อ) 2) โภชนาการ (12 ข้อ) 3) การดูแลสมอง (8 ข้อ) 4) สุขภาพช่องปาก (6 ข้อ) 5) ความสุข (12 ข้อ) และ 6) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการพัฒนาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิด้านสมรรถนะแห่งตนและด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคแยกตาม 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การดูแลสมอง สุขภาพช่องปาก ความสุข และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (.72, .75, .76, .77, .76 และ .82 ตามลำดับ) ขณะที่ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เลขที่ SRU-EC 2023/116 ลงวันที่ 30 สิงหาคม 2566 ภายหลังได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน โดยเข้าพบเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย ขอความร่วมมือ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วม ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่ส่งผลกระทบใด การนำเสนอผลวิจัยจะอยู่ในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และผลการศึกษาจะใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมขอความร่วมมือให้เข้าร่วมกลุ่ม Line ที่จัดทำขึ้นสำหรับการติดต่อสื่อสาร ซักถามข้อสงสัย และนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในสัปดาห์ถัดไป ส่วนกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 เช่นเดียวกัน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามฉบับเดียวกับกลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางปกติในสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นได้มีการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลซ้ำด้วยแบบสอบถามฉบับเดิมในสัปดาห์ที่ 8

2. ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ในสัปดาห์ที่ 2-8 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 2-4 ก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยวัดสัญญาณชีพและให้นั่งสมาธิพร้อมฟังเพลง จากนั้นเริ่ม

กิจกรรมด้วยการแบ่งปันประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคที่ผ่านมา พร้อมทั้งจัดให้มีการเรียนรู้ความสำเร็จจากตัวแบบผ่านวิดีทัศน์และตัวแบบจริงควบคู่กับการให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม ตลอดกิจกรรมมีการเสริมแรงด้วยคำชื่นชมและให้กำลังใจ รวมถึงกระตุ้นให้บันทึกเป้าหมาย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สิ่งที่ทำได้ดี และสิ่งที่ต้องปรับปรุง ลงในสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเนื้อหากิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ได้แก่ 1) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ร่างกายแข็งแรงสมวัย ปลอดภัยจากการหกล้ม” เน้นการเคลื่อนไหวและสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย 2) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ช่องปากสะอาด โภชนาการเหมาะสม” เน้นสุขภาพช่องปากและโภชนาการ และ 3) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “สมองดี อารมณ์แจ่มใส” เน้นการดูแลสมองและสุขภาวะทางอารมณ์”

สัปดาห์ที่ 5 - 8 ผู้วิจัยติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านกลุ่ม Line อย่างต่อเนื่องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 จนสิ้นสุดการวิจัย โดยเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเริ่มปรับใช้ทักษะจากทั้ง 3 กิจกรรมที่ได้รับ พร้อมกระตุ้นให้ส่งภาพถ่ายแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างน้อยวันละ 1 ภาพร่วมกับการเสริมแรงเชิงบวกด้วยข้อความชมเชยจากผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้สัปดาห์ที่ 6 และ 8 มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อซักถามปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ส่วนสัปดาห์ที่ 7 มุ่งเน้นการย้ำเตือนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เผชิญ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมการทดลองโดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิม และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนสถิติเชิงอนุมานใช้ Chi-Square test สำหรับข้อมูลเชิงจัดประเภท และ Independent t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในส่วนการวิเคราะห์ผลลัพธ์ ใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และใช้ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.00 และ 84.00) มีอายุเฉลี่ย 67.64 ปี (S.D. = 6.707) และ 68.72 ปี (S.D. = 5.741) ตามลำดับ โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 60.00 และ 56.00) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 40.00) และมีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 48.00 และ 56.00) กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท และช่วง 3,001–6,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 28.00) ทั้งสองกลุ่มมีรายรับมากกว่าหนึ่งแหล่ง (ร้อยละ 76.00 และ 80.00) โดยหลักมาจากกองทุนผู้สูงอายุ (ร้อยละ 84.00) และอาชีพอิสระ (ร้อยละ 68.00 และ 72.00) ทั้งนี้รายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 52.00 และ 40.00) ด้านการพักอาศัย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่พักอาศัยกับบุตรหลาน (ร้อยละ 40.00) ส่วนกลุ่มควบคุมพักอาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 32.00) ในด้านสุขภาพกลุ่มทดลองไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 52.00) ส่วนกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวมากที่สุด (ร้อยละ 56.00) อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.00 และ 52.00) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 52.00 และ 56.00) ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วยสถิติ Paired t-test (n=25)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test (n=25)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	Pre-test		Post-test		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการเคลื่อนไหว	13.08	2.93	17.32	2.55	-5.893	.000**
ด้านโภชนาการ	34.96	5.22	40.96	3.88	-5.007	.000**
ด้านการดูแลสมอง	21.88	5.21	28.56	3.33	-5.744	.000**
ด้านสุขภาพช่องปาก	17.00	3.73	20.04	2.51	-3.084	.005*
ด้านความสุข	36.56	5.27	41.04	3.81	-3.549	.002*
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	22.84	2.56	25.68	1.55	-5.166	.000**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	146.32	15.59	173.60	12.44	-7.417	.000**

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

จากตาราง 1 พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01 และ p < .001) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test (n=50)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติ Independent t-test (n=50)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านการเคลื่อนไหว	17.32	2.55	13.36	4.32	3.949	.000***
ด้านโภชนาการ	40.96	3.88	36.32	5.79	3.325	.002**
ด้านการดูแลสมอง	28.56	3.33	24.60	3.29	4.229	.000***
ด้านสุขภาพช่องปาก	20.04	2.51	16.24	2.91	4.951	.000***
ด้านความสุข	41.04	3.81	38.04	4.06	2.694	.010*
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	25.68	1.55	22.84	3.02	4.181	.000***
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	173.60	12.44	151.40	15.81	5.517	.000***

*p < .05, **p < .01 ***p < .001

จากตาราง 2 พบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05, p < .01 และ p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมสมรรถนะในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในทุกด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การดูแลสมอง สุขภาพช่องปาก ความสุข และการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$ และ $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ[17] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.05$) และการศึกษาของ[18] พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-24.07$, $p=<.001$), ($t=17.96$, $p= .002$) ผลการวิจัยเป็นไปตามแนวคิดของแบนดูรา[10] ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้สัมผัสด้วยตนเอง ความสำเร็จที่เกิดขึ้นสามารถเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติ และสามารถรับรู้ได้ว่าตนเองมีศักยภาพที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งนั้น ๆ[11] โดยโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นนี้ จัดให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ความสำเร็จในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรือการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ[17] ที่พบว่า การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มเสี่ยงต้นแบบ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้สำเร็จ ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมทำให้มีระดับความดันโลหิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลได้รับการย้ำเตือนถึงความสำเร็จที่ตนเองเคยประสบมา สามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และลดความกลัวหรือความวิตกกังวลในการเริ่มต้นพฤติกรรมใหม่ ๆ ซึ่งความสำเร็จที่ผ่านมาเป็นแรงจูงใจภายในที่ผลักดันให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายใหม่และมุ่งมั่นดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น ตามแนวคิดของแบนดูรา เป็นการได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ จะช่วยเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11] ซึ่งในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนครั้งนี้ ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์โดยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้สังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวิดีทัศน์ ตัวแบบจริง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เห็นตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกอาหารที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการสร้างสุขภาวะทางจิตใจ การได้เห็นตัวอย่างดังกล่าวช่วยเสริมสร้างแนวคิดเชิงบวกว่า “ถ้าคนอื่นทำได้ ฉันก็ทำได้” ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน แนวทางการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ[17] รวมถึงของ[19] ที่พบว่า การได้เห็นแบบอย่างที่ดีจากบุคคลอื่นสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจมากขึ้น และปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

3. การใช้คำพูดชักจูง เป็นอีกหนึ่งวิธีในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเป็นการบอกหรือยืนยันว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยแบนดูราระบุว่าการใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จ ควรมีการเสริมสร้างประสบการณ์แห่งความสำเร็จด้วยตนเองร่วมด้วย[11] ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนครั้งนี้ ได้ออกแบบให้มีการเสริมแรงเชิงบวกอย่างต่อเนื่องทั้งจากเพื่อนร่วมกลุ่มและผู้วิจัยผ่านการชมเชย การสนับสนุนการติดตามพฤติกรรมผ่านกลุ่ม Line และการให้กำลังใจในรูปแบบที่เป็นรูปธรรม เช่น การบันทึกเป้าหมายรายวันและการบันทึกความสำเร็จส่วนตัว กิจกรรมเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการตอกย้ำความสามารถของผู้สูงอายุ และสร้างความมั่นใจที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่พบในงานวิจัยอื่น ๆ ที่พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของแบนดูรา กล่าวคือ หลังจากการทำกิจกรรม จะมีการกระตุ้นเตือนด้วยการกล่าว

ชมเชยและเสริมแรงผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การส่งข้อความหรือภาพผ่านกลุ่ม Line หรือไลน์ส่วนตัว เพื่อให้การเสริมแรงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง[12,17,19] ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้คำพูดชักจูงในรูปแบบที่เชื่อมโยงกับการย้ำความสำเร็จและเสริมสร้างกำลังใจ สามารถเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเฉพาะในสภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทาย ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นทางสรีรวิทยาในระดับสูง อาจทำให้บุคคลคาดหวังความล้มเหลวมากกว่าความสำเร็จ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง[11] ซึ่งหากบุคคลอยู่ในสภาวะที่สงบ ผ่อนคลาย และปลอดจากสิ่งกระตุ้นที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะลดลง และความคาดหวังต่อความสำเร็จจะเพิ่มขึ้น โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นรูปธรรม โดยออกแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการกระตุ้นสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ในเชิงบวก เช่น การให้นั่งสมาธิ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย และวัดสัญญาณชีพก่อนเริ่มกิจกรรมในแต่ละครั้ง เพื่อช่วยลดความเครียดและสร้างความพร้อมทั้งทางกายและจิตใจในการเปิดรับข้อมูลใหม่ ๆ และการสร้างประสบการณ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ ยังมีการติดตามพฤติกรรมผ่านกลุ่ม Line และการเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอและลดการละเลยในการดูแลสุขภาพ แนวทางการกระตุ้นทางอารมณ์ในโปรแกรมนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดของแบนดูรา โดยมีการกระตุ้นในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ทบทวนความรู้ การพูดเชิญชวน การสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่ม การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และการใช้ดนตรีเพื่อเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวก[12,19,20] ซึ่งการลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความผ่อนคลายก่อนการเรียนรู้ มีผลอย่างชัดเจนต่อการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน และเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาขึ้นนี้เน้นด้านการบูรณาการการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่อง ทั้งผ่านกิจกรรมกลุ่มและการติดตามรายวัน เช่น การใช้กลุ่ม Line เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความสำคัญกับการสร้างประสบการณ์ตรงเชิงบวกทุกครั้ง โดยมีการวัดสัญญาณชีพ นั่งสมาธิ และฟังเพลงผ่อนคลาย เพื่อปรับสภาพอารมณ์ก่อนการเรียนรู้ รวมถึงการใช้ตัวแบบที่ใกล้เคียงชีวิตจริงของผู้สูงอายุ และการเสริมแรงเชิงบวกอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมฯ ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กลวิธี คือ 1) การสร้างประสบการณ์ความสำเร็จผ่านการปฏิบัติจริงร่วมกับการใช้ตัวแบบ 2) การชักจูงด้วยคำพูดโดยการเสริมแรงเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอผ่านกลุ่ม Line และ 3) การให้คำปรึกษาเฉพาะรายทางโทรศัพท์ โปรแกรมนี้มีจุดแข็งที่สามารถต่อยอดได้ในอนาคต เช่น การพัฒนาคู่มือปฏิบัติงานและเทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามผล และขยายผลโปรแกรมสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ลำพัง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินผลและความยั่งยืนของโปรแกรม เพื่อยืนยันประสิทธิผลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและส่งเสริมการนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน

References

1. Population Reference Bureau. 2024 World Population Data Sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2024.
2. Department of Health, Ministry of Public Health. Summary of the elderly situation 2023. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
3. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand 2024 by province. Bangkok: National Statistical Office; 2024. (in Thai)

4. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. Healthy ageing handbook “Sufficient health, delayed ageing, prolonged life”. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
6. Department of Health, Ministry of Public Health. Surveillance report on desirable health behaviors of the elderly in Thailand, 2023. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
7. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2024. (in Thai)
8. Winthanyou B, Tamakorn A, Direk B, Kamontip K, & Prisana A. Factors predicting health-promoting behaviors in delaying health deterioration among the community-dwelling older people in Samut Prakan province. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2024;39(4):552-63.
9. Hudsadin L. Factors predicting self-care behaviors in hypertensive older adults in the outpatient department, Ranode Hospital. Journal of MCU Nakhondhat. 2020;7(7):374–86. (in Thai)
10. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
11. 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)
12. Nilnon P, Rodjarkpa Y. & Imamee N. Self-efficacy in food consumption and exercise of elderly club members, Bang Khla District, Chachoengsao Province. Journal of Rajanagarindra. 2017;1(2):93–100. (in Thai)
13. Wutuey R, & Takeaw T. Effects of a self-efficacy enhancement program on self-care behaviors among hypertensive patients in Mae Ing Sub-district, Phu Kam Yao District, Phayao Province. Journal of Health Education. 2021;44(1):102–14. (in Thai)
14. Buasom P, Promsirripaiboon Y, & Sonkasetrin A. Effects of a self-efficacy program on health behavior modification in elderly at risk of hypertension in Rommanee Sub-district, Kapong District, Phangnga Province. Journal of Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University. 2017;5(4):549–67. (in Thai)
15. Supasi S, Wangrat C, & Bunchiang W. Effects of a Health Promotion Program on Perceived Self-Efficacy and Outcome Expectations on Self-Care among Elderly with Hypertension, Chiang Rai Province, Thailand. Thai Journal of Public Health. 2021;51(1):33-42. (in Thai)
16. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Report on Ban Na Doem District data. Nonthaburi: Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
17. Kittiyawan J, & Sae-tia Y. Effect of self-efficacy and social support enhancement program on hypertension preventives among persons at risk hypertension in Kantharalak District, Sisaket Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):373–82. (in Thai)
18. Pangjaroon W, & Pongsathonviboon K. Effects of the self-efficacy enhancing program on diabetes control behaviors among the elderly with type 2 diabetes mellitus. Christian University Journal. 2023;29(4):51–66. (in Thai)
19. Pamulila S, Klinbua A, Moalasri C, Paprom W, & Wamaloon C. Effects of the self-efficacy enhancing program on self-care behaviors of patients with cholangiocarcinoma. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 320–28. (in Thai)
20. Doungchan N, Jeenkhowkhum D, Nilliaum R, Subprasert K, Ruamsook T, & Jitramontree N. The effect of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors for older persons. Royal Thai Navy Medical Journal. 2022;49(3):572–81. (in Thai)

ผลลัพธ์ของการดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

Outcome of Care and Factors Associated with Mortality in Neonates with Hypoglycemia in the Neonatal Intensive Care Unit, Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital

ชยาพร วงศ์ใหญ่* ฐิติพร บรรดาศักดิ์ เสาวลักษณ์ พระโสภา วาสนา ฬาวิน
Chayaporn Wongyai* Titiporn Bundasak Saowalak Prasopa Wasana Lavin
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, ประเทศไทย 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผู้ป่วยโดยผ่านการระบบการตรวจสอบข้อมูล 3 ระดับของโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ และฟิชเชอร์

ผลการศึกษาพบทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเฉลี่ย 31.79 ± 12.81 mg/dL เสียชีวิต 13 ราย (ร้อยละ 13) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) จำนวน 12 ปัจจัยประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านทารก 11 ปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด < 1,500 กรัม การประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) นาทีที่ 1 และ 5 < 7 คะแนน ภาวะหายใจลำบาก การใส่ท่อช่วยหายใจ ภาวะลมรั่วในปอด เลือดออกในช่องโพรงสมอง โรคหัวใจแต่กำเนิด ภาวะติดเชื้อ การได้รับเลือด และการได้รับการส่องไฟ 2)ปัจจัยด้านมารดา 1 ปัจจัย คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอัตราการตายและมีภาวะแทรกซ้อนสูง

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ของการดูแล ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม เวชระเบียน

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to investigate outcomes of care and factors associated with mortality in neonates with hypoglycemia in the neonatal intensive care unit. A purposive sampling of 100 newborns with hypoglycemia. Data were collected from electronic medical records through the hospital's three-level data verification system. Statistical analyses included descriptive statistics (percentages, means, and standard deviations) and association tests using Chi-squared and Fisher's exact tests.

*Corresponding author Email: chayaporn.won@mahidol.edu

วันที่รับ (Received) 22 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 11 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 23 ส.ค. 2568

The results showed that neonates had a mean blood glucose level of 31.79 ± 12.81 mg/dL, with 13 deaths (13% mortality rate). Twelve factors were significantly associated with neonatal mortality (P<.05), comprising: 1) eleven neonatal factors including birth weight <1,500 g, Apgar scores <7 at 1 and 5 minutes, respiratory distress syndrome, endotracheal intubation, pneumothorax, intraventricular hemorrhage, congenital heart disease, neonatal sepsis, blood transfusion, and phototherapy; and 2) one maternal factor: gestational diabetes mellitus. This research findings indicated that the neonates with hypoglycemia had a high mortality and complication rate.

Keywords: outcomes of care, neonatal hypoglycemia, NICU, patient document

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในทารกแรกเกิด เนื่องจากน้ำตาลกลูโคสเป็นแหล่งพลังงานสำคัญต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะสมอง เนื่องจากสมองของทารกมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดของร่างกายทำให้ใช้พลังงานจากกลูโคสมากขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[1] ในทั่วโลกพบอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่มทารกแรกเกิดร้อยละ 5-15[2] ข้อมูลจากวารสาร British medical Association ประเทศอังกฤษ ปีพ.ศ. 2567 พบทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงเปลี่ยนผ่านมีอาการรุนแรงประมาณร้อยละ 40[3] และในประเทศนิวซีแลนด์ปี พ.ศ. 2566 พบว่าทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสมอง ร้อยละ 26.30[4] ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดร้อยละ 20-35[5] ซึ่งแตกต่างในแต่ละพื้นที่จากความหลากหลายในการให้คำนิยามรวมทั้งนโยบาย ในการตรวจคัดกรอง ทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นเวลานาน หรือเกิดภาวะน้ำตาลต่ำซ้ำหลายครั้งในช่วงแรกเกิด[6] มีผลกับการทำงานของระบบประสาท สมองเกิดความเสียหาย และพัฒนาการในอนาคต เมื่อติดตามระยะเวลา 10 ปี พบว่าความสามารถในการเรียนรู้ทักษะทางภาษา การคิดคำนวณ ทักษะตามวัยและความบกพร่องทางสายตา ต่ำกว่าทารกกลุ่มที่ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[7]

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด มีปัจจัยเสี่ยงหลายด้าน ทั้งปัจจัยด้านมารดาและทารก[5,7] การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของมารดามีผลทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกระตุ้นให้ทารกในครรภ์ผลิตอินซูลินสูงตลอดเวลาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยหลังคลอดทารกไม่ได้รับน้ำตาลจากมารดาทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว[8,9] โดยพบในกลุ่มที่มารดาเป็นเบาหวาน[10,11] มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง มารดามีไข้ในระยะคลอด มารดาได้รับสารละลายกลูโคสก่อนคลอด มารดาได้รับยาขับปัสสาวะ การผ่าตัดทางหน้าท้อง[12] ส่วนปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกที่เกิดก่อนกำหนด (Preterm) ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัม เนื่องจากมีสะสมไกลโคเจนและไขมันน้อย[13] นอกจากนี้ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยยังมีสาเหตุจากทารกที่ต้องการปริมาณกลูโคสสูงหลังเกิด เช่น กลุ่มทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (Macrosomia) เมื่อทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth asphyxia) เป็นเวลานาน โดยมี Apgar score นาทีที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ร่างกายจะเปลี่ยนไปใช้พลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้ทารกเกิดภาวะหายใจลำบากตั้งแต่กำเนิด (Respiratory distress) กรณีทารกมีภาวะติดเชื้อหลังคลอดภายใน 3 วัน (Early onset sepsis) ทารกต้องใช้พลังงานมากขึ้น และทารกครรภ์แฝด (Multifetal pregnancy) มีการรบกวนการสร้าง และการเก็บสำรองของกลูโคส ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทารกเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ[14]

โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์เปิดทำการเมื่อ พ.ศ. 2560 พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2567 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 2.20, 3.50, 3.70, 3.30 และ 11.10 ตามลำดับ ซึ่งการดูแลภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ มีแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อให้บุคลากรผู้ดูแลทารกแรกเกิดยึดเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกระยะสั้น ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต ระยะ

เวลาที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อนำผลการรักษาที่ได้มาปรับปรุงคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านมารดาและทารกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Donabedian Model[15] สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิด

1. โครงสร้าง (Structure) คือ ปัจจัยพื้นฐานที่เตรียมไว้สำหรับการดูแลทารกแรกเกิด ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุมารดา ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การได้รับสเตียรอยด์ก่อนคลอด การตั้งครรภ์แฝด ภาวะติดเชื้อ

2. กระบวนการ (Process) คือ การดำเนินการดูแลทางการแพทย์ การป้องกันและเตรียมความพร้อม ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ การได้รับสเตียรอยด์ก่อนคลอด ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ การประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 และ 5 การได้รับนมภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิด การได้รับการส่องไฟ การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การได้รับเลือด การได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับทารกภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก มีภาวะลมรั่วในปอด มีเลือดออกในช่องโพรงสมอง ภาวะติดเชื้อ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 100 ราย เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย กำหนดให้เป็นผู้ป่วยทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 mg/dL หรือมีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dL ร่วมกับมีอาการทางคลินิก (clinical symptoms) ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะเขียวคล้ำ (Cyanosis) ภาวะสั่นกระตุก (Jitteriness) ภาวะไม่รู้สึกตัว (Coma) โดยทารกทุกคนต้องผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นทารกที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำ และเมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างงานวิจัย โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณจากสูตรเครซี่ และมอร์แกน[16]

$$n = X^2 N p (1 - p) / e^2 (N-1) + X^2 p (1- p)$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 79.5 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อย 80 ราย เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลวิจัยไม่ครบ ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2567 เลขที่โครงการ COA No. MURA2024/282 เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ ใช้รหัสแทนข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านเดียว ผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้การเก็บรักษาและทำลายข้อมูลวิจัยเมื่อทำการวิจัยเสร็จสิ้น การศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทารกกลุ่มเดียวกันในอนาคต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของ

ผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ด้านมารดา ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ข้อมูลส่วนบุคคลด้านทารก ได้แก่ อายุครรภ์ เพศ น้ำหนักแรกเกิด ข้อมูลการรักษาและผลลัพธ์ การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ ผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยพยาบาลประจำการเป็นผู้บันทึกหลัก ระบบการตรวจสอบข้อมูล (Data verification system) ระดับที่ 1 ตรวจสอบเบื้องต้นโดยพยาบาลระดับหัวหน้าเวร ระดับที่ 2 การตรวจสอบระดับหน่วยงานโดยหัวหน้าหน่วย ระดับที่ 3 การตรวจสอบระดับโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการเวชระเบียนของโรงพยาบาล ผู้รวบรวมทั้ง 3 คน ผ่านการอบรมการแก้ไขเวชระเบียน (Medical record editing training)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล สืบค้นข้อมูลย้อนหลังตามบัญชีจำแยกโรค (International statistical classify-cation of diseases and related health problems; ICD-10) บันทึกและตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง นำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป รวมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของทารกที่วินิจฉัยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในส่วนของข้อมูลนำเสนอเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน

2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพจะนำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ ใช้สถิติ Chi-squared และ Fisher's exact test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยเมื่อค่า expected value น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ ใช้ค่า p-value จาก Fisher's exact test และนำเสนอค่า Adjusted Odd Ratio ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในกลุ่มทารกที่วินิจฉัยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ทั้งหมด 100 ราย เพศหญิง ร้อยละ 42 เพศชาย ร้อยละ 58 อายุครรภ์จากการคาดคะเนเฉลี่ย 35.47 สัปดาห์ (SD=3.81) น้ำหนักเฉลี่ย 2,532.40 กรัม (SD=886.04) โดยส่วนใหญ่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 58 รองลงมาคือ คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 42 อายุเฉลี่ยของมารดา 31.99 ปี (SD=5.78) ผลลัพธ์การดูแลพบอัตราการเสียชีวิต 13 ราย (ร้อยละ 13) ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 10.82 วัน (SD=14.05) ทารกมีน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 31.79 ± 12.81 mg/dL โดยอัตราการเสียชีวิตในทารกพบมากที่สุดคือ ทารกที่มีภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ทารกที่มีภาวะลมรั่วในปอด ร้อยละ 71.43

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านทารกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ (n=100)

ปัจจัยด้านทารก	การเปรียบเทียบ		p-value	OR (95% CI)
	เสียชีวิต (%)	รอดชีวิต (%)		
อายุครรภ์				
< 37 สัปดาห์	8 (19.51)	33 (80.49)	.106	2.61 (0.79-8.67)
≥ 37 สัปดาห์	5 (8.47)	54 (91.53)		1
น้ำหนักแรกเกิด				
< 1500 กรัม	6 (40.00)	9 (60.00)	.001[b]	7.42 (2.04-26.99)
≥ 1500 กรัม	7 (8.26)	78 (91.74)		1

ตารางที่ 1 ปัจจัยด้านทารกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ (n=100) (ต่อ)

ปัจจัยด้านทารก	การเปรียบเทียบ		p-value	OR (95% CI)
	เสียชีวิต (%)	รอดชีวิต (%)		
มีภาวะติดเชื้อ				
ใช่	6 (100)	0 (0)	.000[a]	13.14 (6.44-26.78)
ไม่ใช่	7 (7.61)	85 (92.39)		1
ได้รับเลือด				
ได้รับ	10 (62.50)	6 (37.50)	.000[a]	0.02 (0.00-0.10)
ไม่ได้รับ	3 (3.57)	81 (96.43)		1
ได้รับการส่องไฟ				
ใช่	12 (23.53)	39 (76.47)	.001[a]	14.76 (1.83-118.61)
ไม่ใช่	1 (2.04)	48 (97.96)		1
มีภาวะหายใจลำบาก				
ใช่	12 (20.69)	46 (79.31)	.007[a]	10.69 (1.33-85.86)
ไม่ใช่	1 (2.38)	41 (97.62)		1
ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ				
ใช่	10 (50.00)	10 (50.00)	.000[a]	25.66 (6.02-109.27)
ไม่ใช่	3 (3.75)	77 (96.25)		1
มีภาวะลมรั่วในปอด				
ใช่	5 (71.43)	2 (28.57)	.000[a]	26.56 (4.42-159.55)
ไม่ใช่	8 (8.60)	85 (91.40)		1
มีเลือดออกในช่องโพรงสมอง				
ใช่	3 (50.00)	3 (50.00)	.028[a]	8.40 (1.49-47.35)
ไม่ใช่	10 (10.64)	84 (89.36)		1
โรคหัวใจแต่กำเนิด				
ใช่	6 (60.00)	4 (40.00)	.000[a]	17.78 (4.04-78.27)
ไม่ใช่	7 (7.78)	83 (92.22)		1
การประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1				
< 7 คะแนน	6 (37.50)	10 (62.50)	.001[b]	6.60 (1.84-23.59)
≥ 7 คะแนน	7 (8.33)	77 (91.67)		1
การประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 5				
< 7 คะแนน	3 (42.86)	4 (57.14)	.045[a]	6.22 (1.21-31.91)
≥ 7 คะแนน	10 (10.75)	83 (89.25)		1

* p <.05 a=Fish's exact test, b=Chi-squared test

จากตารางที่1 ปัจจัยด้านทารกพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) จำนวน 11 ปัจจัย ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด < 1,500 กรัม มีภาวะติดเชื้อ ทารกได้รับเลือด ได้รับการส่องไฟ มีภาวะหายใจลำบาก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะลมรั่วในปอด มีเลือดออกในช่องโพรงสมอง โรคหัวใจแต่กำเนิด การประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar) นาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 < 7 คะแนน

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ (n=100)

ปัจจัยด้านมารดา	การเปรียบเทียบ		p-value	OR (95% CI)
	เสียชีวิต (%)	รอดชีวิต (%)		
อายุมารดา				
< 35 ปี	2 (6.67)	28 (93.33)	.334	0.38 (0.08-1.84)
≥ 35 ปี	11 (15.71)	59 (84.29)		1
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์				
ใช่	2 (8.70)	21 (91.30)	.727	1.75 (0.35-8.53)
ไม่ใช่	11 (14.29)	66 (85.71)		1
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์				
ใช่	1 (9.09)	10 (90.91)	1.000	1.55 (0.18-13.29)
ไม่ใช่	12 (13.48)	77 (86.52)		1
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์				
ใช่	0 (0)	23 (100)	.036[a]	1.20 (1.08-1.33)
ไม่ใช่	13 (16.88)	64 (83.12)		1
ได้รับสเตียรอยด์ก่อนคลอด				
ใช่	4 (22.22)	14 (77.78)	.243	0.43 (0.117-1.59)
ไม่ใช่	9 (10.98)	73 (89.02)		1
มีภาวะติดเชื้อ				
ใช่	3 (25.00)	9 (75.00)	.187	0.38 (0.089-1.66)
ไม่ใช่	10 (11.36)	78 (88.64)		1

*p <.05 a=Fish's exact test, b=Chi-squared test

จากตารางที่ 2 ปัจจัยด้านมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) 1 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัย อายุมารดา ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การได้รับสเตียรอยด์ก่อนคลอด และมีภาวะติดเชื้อ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแล พบทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 100 ราย โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 31.79 ± 12.81 mg/dL ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่รุนแรง โดยพบอัตราการเสียชีวิต 13 ราย (ร้อยละ 13) สอดคล้องในทั่วโลกพบอัตราการเสียชีวิตค่าเฉลี่ย ร้อยละ 5-1517 และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 1-5 ของการเกิดมีชีพ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูง[18] พบการศึกษาระยะเวลาในการรักษา 10.82 วัน (SD=14.05) โดยอัตราการเสียชีวิตในทารกพบมากที่สุดคือ ทารกที่มีภาวะติดเชื้อ รองลงมาคือ ทารกที่มีภาวะลมรั่วในปอด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05) จำนวน 12 ปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านทารก 11 ปัจจัย ได้แก่

1. น้ำหนักแรกเกิด < 1,500 กรัม สอดคล้องกับการศึกษาของ Wodajo พบว่าทารกที่มีภาวะตัวเล็ก (small for gestational age) เมื่อเทียบกับน้ำหนักและอายุครรภ์ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[19] และการศึกษาของ Shafi ในประเทศเอธิโอเปีย พบว่าทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองทารกที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[20]

2. การประเมินสภาพทารกแรกเกิด (Apgar score) นาทีที่ 1 และ 5 < 7 คะแนน ภาวะหายใจลำบาก การใส่ท่อ

ช่วยหายใจ ภาวะลมรั่วในปอด จากข้อมูลการศึกษา พบว่า ผลกระทบของออกซิเจนต่อระบบเมตาบอลิซึมของทารกแรกเกิด กล่าวคือเมื่อแรกเกิดทารกมีภาวะขาดออกซิเจน การเพิ่มความต้องการพลังงาน ปริมาณพลังงานที่ต้องการมากขึ้นอาจนำไปสู่การเผาผลาญกลูโคสในเลือดที่สูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้หากร่างกายไม่สามารถผลิตกลูโคสได้เพียงพอ[21] การศึกษาของ Riyami โรงพยาบาลตติยภูมิในประเทศโอมาน ศึกษาความสัมพันธ์ของทารกที่มีภาวะหายใจลำบากกับการประเมินสภาพทารกแรกเกิดนาทีที่ 1 และนาทีที่ 5 ($p<0.001$)[22] และส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ยังคงให้ความสำคัญกับทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การขาดออกซิเจน ส่งผลต่อพัฒนาการทางสมองในระยะยาว[23]

3. การได้รับเลือด เลือดออกในช่องโพรงสมอง โรคหัวใจแต่กำเนิด เมื่อทารกมีการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อการทำงานของหลอดเลือด เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในโพรงสมอง[24] การเปลี่ยนแปลงความหนืดของเลือด เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบตัน และเมื่อทารกได้รับเลือดที่บริจาคมักมีการเติมสารกันเลือดแข็งตัว ซึ่งมีส่วนประกอบของน้ำตาลกลูโคส หรือส่งผลให้การหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหลังจากให้เลือด[25]

4. ภาวะติดเชื้อ โดยในขณะที่เกิดการติดเชื้อร่างกายจะเพิ่มการหลั่งฮอร์โมน เช่น คอร์ติซอล และอะดรีนาลีน มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[26,27] สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar ศึกษาในทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบมีภาวะติดเชื้อจากเชื้อแกรมลบแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[28]

5. การได้รับการส่องไฟ เมื่อทารกที่ได้รับการส่องไฟทำให้สูญเสียน้ำและพลังงานเพิ่มขึ้น ระบบเมแทบอลิซึมและการใช้พลังงานทำให้อุณหภูมิของทารกเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อน้ำหนักที่ลดลง กลไกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[29] สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิยา อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของภาวะตัวเหลืองที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[30]

2) ปัจจัยด้านมารดา 1 ปัจจัย คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เมื่อมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาจะสูงเกินกว่าปกติ เมื่อทารกคลอด การได้รับน้ำตาลจากมารดาจะหยุดลงทันที แต่ตับอ่อนของทารกยังคงผลิตอินซูลินในระดับสูง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดทารกลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[31,32] มีความสอดคล้องกับการศึกษา Rebecca พบว่าการที่มารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับทารกมีภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ[33] การที่มารดามีภาวะเบาหวานทำให้มีโอกาสที่ทารกจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในการศึกษานี้พบถึง 23 ราย ที่ทารกมีน้ำตาลในเลือดต่ำแต่ไม่พบการเสียชีวิต ในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ได้มีแนวทางป้องกันอันตรายในมารดากลุ่มนี้ โดยมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับก่อนคลอด และมีการประเมินเป็นระยะ เมื่อมารดาแนวโน้มคุมน้ำตาลได้ไม่ดี จะได้รับการติดตามต่อเนื่องทำให้ทารกไม่เกิดอันตรายเพิ่มเติมถึงขั้นในการเสียชีวิตในกลุ่มมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โดยสรุป ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การตรวจคัดกรอง การเฝ้าระวัง การดูแลที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการของทารก[7,34] สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นของ WHO ปี ค.ศ. 2022 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกเป็นประเด็นปัญหาสำคัญในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ต้องพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำใช้ในการพัฒนาคุณภาพกระบวนการพยาบาลเพื่อลดตราการตายและภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งถัดไป

จากผลการวิจัยนำมาขยายผลเป็นแนวทางการดูแลดังนี้ การปรับปรุงการดูแลพัฒนาระบบเตือนภัยอิเล็กทรอนิกส์สำหรับทารกกลุ่มเสี่ยง เช่น ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ แสดงสถานะกลุ่มเสี่ยงแบบทันท่วงที การติดตามผลระยะยาวติดตามพัฒนาการทางระบบประสาท และความสามารถทางสติปัญญา

References

1. Wu T, Huang YY, Song W, Redding SR, Huang WP, & Ouyang YQ. Development of a prediction model for neonatal hypoglycemia risk factors: a retrospective study. Frontiers in Endocrinology. 2023;14(1199628):1-10.
2. Giouleka S, Gkiouleka M, Tsakiridis I, Daniilidou A, Mamopoulos A, Athanasiadis A, et al. Diagnosis and management of neonatal hypoglycemia: A comprehensive review of guidelines. Children Journal. 2023;10(7):1-22.
3. Harding JE, Alsweiler JM, Edwards TE, & McKinlay CJ. Neonatal hypoglycaemia. British Medical Journal. 2024;3(1):1-15.
4. Diggikar S, Trif P, Mudura D, Prasath A, Mazela J, Ognean ML, et al. Neonatal Hypoglycemia and Neurodevelopmental Outcomes-An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Life Journal. 2024; 14(1618):1-20.
5. Detintaranarak J. Incidence and risk factor of neonatal hypoglycemia in high-risk infant, Nakhonpathom Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2018;35(3):268-76. (in Thai)
6. De Angelis LC, Brigati G, Polleri G, Malova M, Parodi A, Minghetti D, et al. Neonatal hypoglycemia and brain vulnerability. Frontiers in endocrinology. 2021;12:1-12.
7. Adamkin DH. Neonatal hypoglycemia. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine Journal. 2017; 22(1):36-41.
8. Sweeting A, Wong J, & Murphy HR, Ross GP. A clinical update on gestational Diabetes Mellitus. Endocrine Society Journal. 2023; 43(5):763-93.
9. Kumar M, & Mali KA. Study of maternal and fetal outcomes in obese women. Indian journal of public health. 2022;66(4):448-50.
10. Zakaria AMM, & Mostafa AMAG, Hameid OFA. Maternal and neonatal outcomes in pregnant women with gestational diabetes mellitus treated with diet, metformin or insulin. International Journal of Health Sciences. 2022; 6(S4), 2941–51.
11. Yokomichi H, Mochizuki M, Shinohara R, Kushima M, Horiuchi S, Kojima R, et al. Gestational age, birth weight, and perinatal complications in mothers with diabetes and impaired glucose tolerance: Japan Environment and Children's Study cohort. Public Library of Science journal. 2022;17(6): 1-12.
12. Turner D, Monthe-Dreze C, Cherkerzian S, Gregory K, & Sen S. Maternal obesity and cesarean section delivery: additional risk factors for neonatal hypoglycemia. Journal of perinatology. 2019;39(8):1057-64.
13. Edwards T, & Harding JE. Clinical aspects of neonatal hypoglycemia: A mini review. Frontiers in Pediatrics Journal. 2021;8(562251): 1-7.
14. Roeper M, Hoermann H, Kummer S, & Meissner T. Neonatal hypoglycemia:lack of evidence for a safe management. Frontiers in Endocrinology Journal.2023;14:1-15. DOI: 10.3389/fendo.2023.1179102
15. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly Journal. 1966;44(3):166-206.
16. Krejcie VR & Morgan WD. Determining sample size for research activity. Educ Psychol Meas 1970;30:607-10.
17. Chappe MK. Hypoglycemia-in-high-risk-infants-within-the-immediate-postnatal period. The Journal of Neonatal Nursing. 2020; 39(5):263-7.

18. Mitchell NA, Grimbly C, Rosolowsky ET, O'Reilly M, Yaskina M, Cheung PY, et al. Incidence and risk factors for hypoglycemia during fetal-to-neonatal transition in premature infants. Frontiers in Pediatrics Journal. 2020;8:1-6.
19. Wodajo DT, Gebretsadik W, Melketsedik ZA, Desalegn N, & Lencha FM. Determinants of neonatal hypoglycemia among neonates admitted to neonatal intensive care units of public hospitals in Wolaita Zone, Southern Ethiopia, 2023: An unmatched case–control study. Frontiers in Pediatrics Journal. 2024; 12(1429066):1-8.
20. Shafi I, Yisehak D, Ketema I, Mehadi A, Husen AM, Weyessa AD, et al. A hypoglycemia and associated factors among neonates admitted to neonatal intensive care unit in eastern ethiopia. East African Journal of Health and Biomedical Sciences. 2023;7(1):13-24.
21. Saha D, Ali MA, Haque MA, Ahmed MS, Sutradhar PK, Latif T, Sarkar D, et al. Association of hypoglycemia, hypocalcemia and hypomagnesemia in neonates with perinatal asphyxia. Mymensingh Medical Journal. 2015; 24(2):244-50.
22. Al Riyami N, Al Hadhrami A, Al Lawati T, Pillai S, Abdellatif M, & Jaju S. Respiratory distress syndrome in neonates delivered at term-gestation by elective cesarean section at tertiary care hospital in Oman. Oman Medical Journal. 2020;35(3:e133):1-6.
23. Rao RB. Neonatal hypoglycemia. Newborn Journal. 2022;1(1):151-7.
24. Ballabh P, & de Vries LS. White matter injury in infants with intraventricular haemorrhage: mechanisms and therapies. Nature Reviews Neurology Journal. 2021;17(4):199-214.
25. Basavarajegowda A, & Plakkal N. Transfusion reactions in neonates and pediatrics: How and why are they different?. Asian Journal of Transfusion Science. 2023;17(1):97-102.
26. Yadav P, & Yadav SK. Progress in diagnosis and treatment of neonatal sepsis: A review article. Journal of Nepal Medical Association. 2022; 60(247):318-24.
27. Wang J, Zhu CK, Yu JQ, Tan R, & Yang PL. Hypoglycemia and mortality in sepsis patients: A systematic review and meta-analysis. Heart and Lung Journal. 2021;50(6):933-40.
28. Kumar KR, Shah SJ, Fayyad RM, Turla TM, O'Sullivan LM, Wallace B, et al. Association between hypoglycemia and the occurrence of early onset sepsis in premature infants. The Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. 2023;12(2):28-36.
29. Wang Q, Meng X, Sun Y, Liu F, Xu C, Qiao Y, Yang J, Li G, & Wang Y. Hypoglycemia and jaundice in newborns with pituitary stalk interruption syndrome. Medicine Journal. 2021;100(19):e25843.
30. Puponpanish N. Percentage of body weight loss for predicting jaundice in term newborn infants. Thai Journal of Pediatrics. 2024;63(3): 12-28. (in Thai)
31. Peng S, Wang Q, Xiong G, Gopinath SCB, & Lei G. Biosensors and biomarkers for determining gestational diabetes mellitus and jaundice in children. Medical journal. 2022;69(4):1354-64.
32. Srisawat K, & Sikaow O. Management for gestational diabetes mellitus. Journal Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):50-9. (in Thai)
33. Karkia R, Giacchino T, Shah S, Gough A, Ramadan G, & Akolekar R. Gestational Diabetes Mellitus: Association with Maternal and Neonatal Complications. Medicina Journal . 2023;59(12): 1-15.
34. Sriyasak A, Sumkong T, Ket-in V, Arayathanitkul B, & Lamtrakul S. Nurses' role in newborn development focused on family centered-care in NICU. Journal Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):101-9. (in Thai)

การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Develop of Knowledge Transfer and Skill for Using Intellectual Health Promotion in The Elderly Innovation by Community Innovator Participation Approach to Elderly Caregiver

พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์* ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์ วรรัตน์ มากเทพพงษ์
Phatcharaphan Chaiyasung Maneerat Aiamanan* Yodrawin Jornburom Worarat Magteppong
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี จ.ปทุมธานี ประเทศไทย 12110
Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi Pathumthani Thailand 12110

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การพัฒนาการถ่ายทอดความรู้โดยการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน และระยะที่ 2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยโดยวางแผนการปฏิบัติร่วมกับนวัตกรชุมชน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมฯ 2) แบบประเมินความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรม และ 3) แบบประเมินทักษะการถ่ายทอดความรู้ของนวัตกรฯ วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้วยการทดสอบที ผลการวิจัยพบ 1) การพัฒนากิจกรรมประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การให้ความรู้ การฝึกอบรมให้ความรู้ และ ฝึกทักษะปฏิบัติ 2) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และการถ่ายทอดความรู้การใช้นวัตกรรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังนั้นการพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้อย่างมีส่วนร่วมจากประชาชนในชุมชน ควรทำตั้งแต่การค้นหาปัญหา การจัดรูปแบบของกิจกรรมจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และความสามัคคีกันในชุมชน

คำสำคัญ: นวัตกรรม, นวัตกร, ผู้ดูแล, และผู้สูงอายุ

Abstract

This research is research and development aimed at developing and evaluating knowledge transfer activities and skills in using innovations for promoting cognitive health among the elderly, with the participation of community leaders in transferring knowledge to caregivers of the elderly. The research is divided into two phases: Phase 1 involves the development of knowledge transfer methods through focus group discussions with community leaders, and Phase 2 involve the research process and procedures, including action planning in collaboration with community innovators. The tools used for data collection were 1) knowledge transfer

Corresponding Author: *E-mail: Maneerat.a@hotmail.com
ได้รับทุนวิจัยจากหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ประจำปีงบประมาณ 2566

วันที่รับ (received) 1 ต.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 29 ธ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 ม.ค. 2568

activities and innovation skill training 2) a knowledge and skills assessment form. 3) a community innovator knowledge transfer skills assessment form. Data were analyzed using mean, standard deviations, and paired t-tests.

The findings revealed that 1) The development of knowledge transfer activities consisted of three activities: knowledge dissemination, training sessions, and practical skills training. 2) After participating in knowledge transfer and skills training activities, the sample group demonstrated a significantly higher mean score in knowledge, skills and the ability to transfer knowledge related to the use of innovation compared to their score before the activities, with statistical significance ($p<.05$). Therefore, developing knowledge transfer activities with participation from people in the community should start from identifying the issues. The design of the activities will lead to continuity, sustainability, and unity within the community.

Keywords: innovation, innovator, caregivers, and elderly

บทนำ

การถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Transfer) มีความสำคัญยิ่งเพราะเป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ซึ่งถ่ายทอดระดับบุคคล กลุ่มหรือองค์กร กล่าวคือเป็นการถ่ายทอดความรู้จากผู้รู้ไปยังผู้ที่ต้องการความรู้ หรือการได้มาซึ่งความรู้ของผู้ที่ต้องการความรู้ เครื่องมือในการถ่ายทอดความรู้เพื่อให้ความรู้กระจายและถ่ายทอดไปอย่างรวดเร็วและเหมาะสมทั่วทั้งองค์กรมีความหลากหลาย ได้แก่ การสื่อสารภายในองค์กร เช่น สิ่งพิมพ์ เครื่องเสียง วีดิทัศน์ การเยี่ยมชมงาน ทัศนศึกษา การหมุนเวียนหน้าที่/ เปลี่ยนงาน ระบบพี่เลี้ยง การสื่อสารด้วยการเขียนเป็นการบันทึกรายงานประกาศข่าวสารการประชุม แต่ในปัจจุบันกระบวนการมีส่วนร่วมได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารสำหรับการให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์ การประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนไปยังกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงผู้สนใจทั่วไป[1]

การถ่ายทอดการใช้นวัตกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การจัดอบรมและฝึกทักษะเพื่อสอนการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น นวัตกรรมทางสุขภาพ โดยมีการสร้างคู่มือและสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้[2] นอกจากนี้ควรมีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนกัน การฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ การเปิดโอกาสให้ทดลองใช้นวัตกรรมในสถานที่จริงและจัดกิจกรรมที่กระตุ้นความสนใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและสามารถใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมได้อย่างเต็มที่[3] ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพและตอบโจทย์ความต้องการของผู้สูงอายุ

การพัฒนาโปรแกรมการกรอกตาตามแนวนอนเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุ[4] พบว่าช่วยกระตุ้นและฟื้นฟูการทำงานของสมอง โดยทดลองในชุมชนเคหะรังสิตคลองหก ผลการทดสอบแสดงให้เห็นว่าความจำของผู้สูงอายุที่มีความจำพร่องดีขึ้นภายใน 14 วัน การกรอกตาตามแนวนอนช่วยเพิ่มการเรียกคืนความจำและปรับปรุงคลื่นไฟฟ้าสมอง นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังสมองและเสริมสร้างเซลล์ประสาท นวัตกรรมนี้ถูกออกแบบให้ใช้งานง่ายด้วยฟังก์ชันอัตโนมัติ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้เอง แม้จะมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีในบ้าน ผลงานนี้เป็นการพัฒนาที่ตอบโจทย์การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 14.88 และเป็นส่วนหนึ่งในการลดต้นทุนการดูแลและชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นักวิจัยเล็งเห็นความสำคัญถึงการถ่ายทอดความรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมนับเป็นหัวใจของการพัฒนาจิตสำนึกเป็นแรงผลักให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่เกิดจากความกตัญญู วัฒนธรรม การศึกษาด้วยตนเอง และการดูงาน รวมทั้งเครือข่ายการเรียนรู้ที่เกิดจากการถ่ายทอดจากงานวิจัย เป็นการเรียนรู้ของผู้นำชุมชน ถ่ายทอดองค์ความรู้ และทักษะการใช้นวัตกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญานวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวแบบอัตโนมัติจากนักวิจัยสู่ผู้นำชุมชนทางด้านสุขภาพโดยพัฒนาให้เป็นนวัตกร สู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

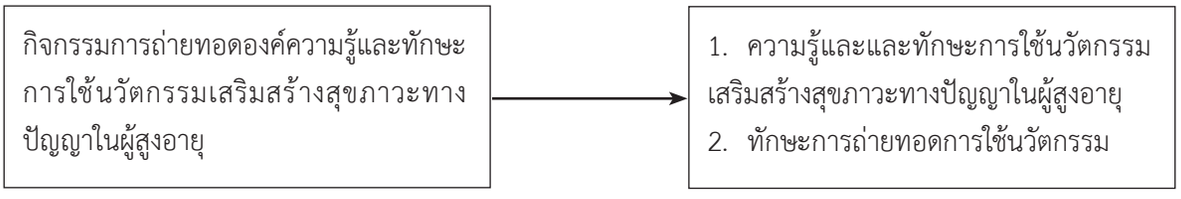
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและเป็นชุมชนนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุจากผู้นำชุมชนและสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่เกิดจาการเรียนรู้จากการถ่ายทอดจากงานวิจัยเป็นการเรียนรู้ของผู้นำชุมชน[5] และการถ่ายทอดองค์ความรู้[1] การเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาและการใช้นวัตกรรมจากกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ จากผู้นำชุมชนโดยพัฒนาให้เป็นนวัตกร และถ่ายทอดต่อสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและเป็นชุมชนนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาอย่างยังยืน โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) ขั้นตอนการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาการถ่ายทอดความรู้ มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชนหมู่ 9-14 ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสำรวจพื้นที่ เอกสารรายงานข้อมูลชุมชนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองหก และองค์การบริหารส่วนตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
2. การสนทนากลุ่มกับชุมชน ทำการรวบรวมปัญหาและความต้องการของชุมชน จำนวน 10 ราย เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและแนวทางการพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
3. การจัดเวทีเสวนากับนวัตกรชุมชน เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นทั้งสภาพปัญหา/ความต้องการ กิจกรรมการพัฒนาของชุมชน โดยการประชุมปรึกษากลุ่ม (Group discussion) จำนวน 61 คน

ระยะที่ 2 การดำเนินขั้นตอนการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์กิจกรรมร่วมกับนวัตกรชุมชนและนักวิจัย ใช้การสนทนากลุ่ม และสรุปผลการสนทนากลุ่ม
2. จัดกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการใช้นวัตกรรมในการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญา จากนักวิจัยสู่นวัตกรโดยมีนักวิจัยเป็นผู้ถ่ายทอด และผู้ดำเนินรายการ อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม กับนวัตกรชุมชน และใช้แบบทดสอบ (Test) เพื่อประเมินความรู้ ทักษะการใช้นวัตกรรมและทักษะการถ่ายทอดสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจากการทำกิจกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดย ใช้โปรแกรม G*Power กำหนด ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .40 การประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ[6] งานวิจัยนี้จัดกระทำกลุ่มตัวอย่างทั้งตำบล จึงเลือกขนาด Large ประเภท Difference between two mean และใช้ Statistical Methods เป็น t-test ความน่าจะเป็นความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่ หนึ่ง (α) เท่ากับ.05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.90 ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างกลุ่ม เท่ากับ 55 คน (df = 54) และเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลทำ ให้ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 61 คน ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions Criteria)

1. ยินดีสมัครใจ และเต็มใจในเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

2. ยินดีใช้นวัตกรรม “เครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติสำหรับผู้สูงอายุ” ครบต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลา 14 วัน

3. มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีปัญหาหรือได้รับบาดเจ็บที่สมองหรือการผ่าตัดสมอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusions Criteria)

1. มีปัญหาสุขภาพ หรืออาการเจ็บป่วย ที่ต้องรับการรักษา ระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย

2. ใช้นวัตกรรม “เครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติสำหรับผู้สูงอายุ” ไม่ครบ

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ และทักษะการใช้นวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติสำหรับผู้สูงอายุในเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุ ใช้แบบทดสอบ (Test) เพื่อประเมินความรู้ และทักษะจากการทำกิจกรรมในครั้งนี้ มีกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์หลังจากนักวิจัยให้ความรู้, สาธิต และสาธิตย้อนกลับ กับกลุ่มนวัตกร และมอบหมายให้นวัตกรฝึกทบทวนการปฏิบัติด้วยตนเองก่อนนำไปถ่ายทอดสู่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งโดยปกติ นวัตกร จะเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกเดือน โดยมีนักวิจัยเป็นพี่เลี้ยง และขอให้นวัตกรทบทวนประเด็นสำคัญก่อนไปใช้เครื่องนวัตกรรม และฝึกประสบการณ์ครั้งต่อไป รวม 6 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 จัดการให้ความรู้ เรื่องความสำคัญของนวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติในผู้สูงอายุ ฟื้นฟูการทำงานของสมองผู้สูงอายุได้โดยสามารถลดการเสื่อมถอยด้านเชาว์ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) 1 ชั่วโมง 1 ครั้ง มีกิจกรรมสันทนาการ

ครั้งที่ 2 จัดการฝึกอบรมให้ความรู้ ฟังก์ชั่นของนวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติในผู้สูงอายุ และวิธีการใช้งาน ฝึกการใช้งานของเครื่อง ฝึกวิธีการถ่ายทอดความรู้จาก นวัตกรสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2 ชั่วโมง 1 ครั้ง มีกิจกรรมสันทนาการ

ครั้งที่ 3 ฝึกปฏิบัติ นวัตกรออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ นำนวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติในผู้สูงอายุไปใช้กับผู้สูงอายุ และถ่ายทอดวิธีการใช้สู่ผู้ดูและผู้สูงอายุ รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ในการดูแลฟื้นฟูการทำงานของสมองผู้สูงอายุได้โดยสามารถลดการเสื่อมถอยด้านเชาว์ปัญญา (cognitive function) และทางด้านสติปัญญา (intellectual function) โดยมีนักวิจัยเป็นพี่เลี้ยง และมาสรุปปัญหาอุปสรรครวมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลนวัตกร ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพจำนวนผู้สูงอายุในการดูแล ผู้ดูแลหลัก

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการใช้นวัตกรรมในการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูก ได้ 1 ตอบผิดได้ 0

2.3 แบบประเมินทักษะการใช้นวัตกรรมในการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญา จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามการถ่ายทอดองค์ความรู้ การให้คะแนน 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปากกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด

2.4 แบบประเมินการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่เหมาะสมจากนวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาตามแนวนอนแบบอัตโนมัติสำหรับผู้สูงอายุผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการถ่ายทอดองค์ความรู้[7] ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามการถ่ายทอดองค์ความรู้ การให้คะแนน 5=มากที่สุด 4=มาก 3= ปากกลาง 2= น้อย 1= น้อยที่สุด

2.5 แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาความต้องการและแนวทางการพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจาก นวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ที่สร้างโดย ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และให้อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาชุมชน และการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา สื่อต่างๆ ที่ใช้ให้ความรู้ การพัฒนาทักษะการใช้นวัตกรรมที่ใช้ในการทำกิจกรรม

จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ให้เหมาะสมกับบริบทของนวัตกร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ร่วมวิจัย โดยกำหนดให้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยภายใต้หลักเกณฑ์ของจริยธรรมในการวิจัย ได้แก่ หลักการเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และก่อนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย (Certificate of Approval: COA) หมายเลข RMUTT_REC No.Exp 77/66 ให้การรับรองวันที่ 29 กันยายน 2566 วันหมดอายุใบรับรองวันที่ 28 กันยายน 2567 อีกทั้งผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยตลอดจนคุณสมบัติและขั้นตอนการใช้นวัตกรรมให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลฟังอย่างละเอียด เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำลายหลักฐานข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงบรรยาย หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุของนวัตกรก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ (n=61)

ตัวแปร/ ระยะ	M	SD	t	p-value
ด้านความรู้				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	6.41	1.79	-13.148	<.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	8.38	0.99		
ด้านทักษะการใช้นวัตกรรม				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	3.66	0.32	-5.188	<.001
หลังเข้ากิจกรรม	4.32	0.47		

*p-value <.05

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่านวัตกรมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการใช้นวัตกรรมสูงขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมพัฒนาการถ่ายทอดความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) จากการประเมินทักษะการถ่ายทอดความรู้ของนวัตกรเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ และการใช้นวัตกรรมเครื่องส่งเสริมการกรอกตาเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการถ่ายทอดความรู้ของนวัตกรก่อนและหลังเข้าร่วมการพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจาก นวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=61)

ตัวแปร/ ระยะ	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.62	0.45	-5.581	<.05
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.94	0.21		

*p-value <.05

จากตารางที่ 2 พบว่านวัตกรมีคะแนนเฉลี่ยในการถ่ายทอดความรู้สูงขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมพัฒนาการถ่ายทอดความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบความสำเร็จของกิจกรรมฯ ระหว่างการดำเนินกิจกรรมนวัตกร ผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่างให้ความร่วมมือและความสนใจเป็นอย่างดี ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ สามารถสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยค้นพบว่าความผูกพันในชุมชน หรือการที่นวัตกรบางส่วนเป็นผู้ใหญ่ที่คนในชุมชนนับถือเป็นปัจจัยสำคัญทำให้บรรยากาศการถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นไปอย่างธรรมชาติและเป็นกันเอง สอดคล้องกับการศึกษา[8] ที่กล่าวว่าปัจจัยความสำเร็จในการถ่ายทอดความรู้ คือ วัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ระหว่างบุคคล อีกทั้งการที่ผู้วิจัยมีเอกสาร คู่มือ ประกอบการถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[9] ที่กล่าวว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้สามารถรวบรวมถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือ เอกสารรายงาน คู่มือต่างๆ ที่คนสามารถเข้าถึงองค์ความรู้นั้นได้ง่ายและนำประยุกต์ใช้ได้อย่างรวดเร็ว และการศึกษา[10] ที่ให้ข้อเสนอว่าสำหรับผู้สูงอายุควรมีผู้ช่วยเหลือและให้ปฏิบัติตามคำแนะนำตามคู่มือของผู้วิจัยอย่างชัดเจน

ทั้งนี้การพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากนวัตกรชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้พบข้อจำกัดที่สามารถนำไปปรับปรุงได้ในอนาคต ดังนี้ การสนทนาเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้นวัตกรที่อยู่ในวัยสูงอายุอาจต้องใช้เวลามากกว่าวัยอื่นสอดคล้องกับการศึกษา[11] ที่กล่าวว่า หัวใจสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพคือความสามารถของพยาบาลที่จะตระหนักรู้ความสามารถในการรับรู้เข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และต้องติดตามความคิดความรู้สึกของตนเอง เช่น การมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุ และไม่ด่วนตัดสินใจ รวมถึงต้องมีความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุในชุมชนสอดคล้องกับการศึกษา[12] ที่ให้ข้อเสนอว่าบุคลากรทางการพยาบาลและวิชาชีพอื่นควรทำงานแบบบูรณาการให้ชุมชนด้วย อีกทั้งการใช้ภาษาเขียนที่ใช้ในเล่มคู่มือโปรแกรมต้องให้เข้าใจง่าย ภาพประกอบต้องช่วยให้เข้าใจเนื้อหาสาระ การใช้โทนสีสดใส และขนาดตัวอักษรต้องอ่านง่ายสบายตา สอดคล้องกับผลการวิจัย[13] ที่พบว่าโทนสีที่อ่านง่ายสบายตา ได้แก่ โทนสีสดใส และการใช้ขนาดตัวอักษรสำหรับทำสื่อให้ผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการใช้ตัวอักษรที่อ่านชัดเจนสบายตา แต่ไม่ใหญ่จนเกินไป ช่องว่างระหว่างตัวอักษรและช่วงว่างระหว่างบรรทัดไม่อัดแน่นเกินไป

2. ผลการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยในการถ่ายทอดความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากช่วงกิจกรรมฯ นักวิจัยได้จัดให้มีผู้ช่วยนักวิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ผู้วิจัยให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กับกลุ่มนวัตกร และมอบหมายให้นวัตกรฝึกทวบทวนการปฏิบัติด้วยตนเองก่อนนำไปปฏิบัติถ่ายทอดกับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผ่านกระบวนการและเทคนิคการถ่ายทอดนวัตกรรม เป็นการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนรู้เนื่องจากกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางปัญญาในผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมจากผู้นำชุมชนสู่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความคิดเห็นและความต้องการของคนในชุมชนเป็นหลักสอดคล้องกับการศึกษา[14] ที่พบว่าวิธีการหรือเทคนิคการถ่ายทอดมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การบอกเล่าเรื่องราว ถ่ายทอดเป็นลายลักษณ์อักษร การสาธิตและการปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1. สามารถพัฒนากิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมโดยความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การจัดรูปแบบของกิจกรรมส่งผลให้เกิดความยั่งยืนและความสามัคคีกันในชุมชน

2. การถ่ายทอดความรู้จากนวัตกรในชุมชนสู่ผู้ดูแลทำให้เกิดความผูกพันในชุมชน ความเคารพนับถือจนผู้ดูแลสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นกันเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. การนำกิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการใช้นวัตกรรมไปจัดกิจกรรมพัฒนาศัยภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรคอื่น ๆ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

2. ควรพัฒนาต่อยอดในส่วนของตัวนวัตกรรมในเชิงพานิชย์โดยปรับรูปแบบให้สวยงาม สะดวกต่อการใช้งานมากขึ้น

3. ควรพัฒนาการถ่ายทอดองค์ความรู้โดยเพิ่มจำนวนนวัตกรรมให้เพียงพอในการใช้งานต่อกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่

4. ควรพัฒนาตัวคู่มือโปรแกรมโดยปรับภาษาให้มีความเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

References

1. Thanakornkul W, Tarasawat S, Chaojindarach T, Ng-erninta K, & Raisri W. A Model of Critical Knowledge Transfer within and outside Golden Jubilee Medical Center thorough Exhibitions. Mahidol R2R e-Journal. 2018; 5(1): 17-29. (in Thai)
2. Chunthawangso P. Innovaation for improving the quality of life of the elderly. Journal of Buddhist Innovation and Management. 2024; 7(2): 219-30. (in Thai)
3. Ratchathawan R, Kaewkrajok T, Jongkatekit W, Phromkaew P, Sumdangsan D, & Thonglert D. The Community Participation Process in Well-being Development. Journal of Southern Technology. 2018; 11(1): 231-8. (in Thai)
4. Chaiyasung P, Jornburom Y, Kwanboonchan, U, Wises N., Magteppong W, Sridet R, et.al. Development of House Design to Enhance Intellectual Well - Being in The Elderly. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2021; 38(4): 482-90. (in Thai)
5. Owens TR, & Wang C. Community-based learning: A foundation for meaningful education reform. Omaha: University of Nebraska at Omaha; 1996.
6. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977
7. Srisuantaeng S, Tanphichai P, & Chanabun P. Development of knowledge transmission activities about rice from adults to youth at Don-Tao-It village Nakhon Pathom. Proceedings of the 9th Kasetsart University Kamphaeng Saen Campus Conference. Plants and Biotechnology, Animals and Veterinary, Education and Development Sciences. Nakhon Pathom (Thailand): Kasetsart University. Kamphaeng Saen Campus. 2012.
8. Boonprakong K., & Sarawanawong J. knowledge management for community in the king's royally initiated laem phak Bia environmental research and development project. Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University. 2019; 12(1): 1-13. (in Thai)
9. Nonaka I, & Toyama R. The knowledge-creating theory revisted: knowledge creation as a synthesizing process. Journal of Knowledge Management Research & Practice. 2003; (1): 2-10.
10. Robrujen S, & Thongkrun V. The Development of Exercise Innovation for Enhancing The Quality of Life Elderly with Knee Osteoarthritis Kumuang Sub-district Warinchamrab District Ubon Rathcathani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 442 -52. (in Thai)
11. Jack K, Ridley C, & Turner S. Effective communication with older people. Nursing Older People. 2019 May 29. doi: 10.7748/nop.2019.e1126. Epub ahead of print. PMID: 31468756.

12. Meebunmak Y, Khamthana P, Intana J, Thanabunpoung P, Boonmee L, & Voraroon S. Study of Age-Friendly City in Health Region 5th. Journal of The Royal Thai Army Nurses .2023; 24(2): 446 -55. (in Thai)
13. Chitrakorn A. A Development of Infographic Media Using Health Belief Model to Promote Health Awareness in Elderly through Line Application. Journal of Arts Management. 2021; 5(3): 877-94. (in Thai)
14. Suton L. Application of the Elderly Wisdom to support the programs of Senior Citizens Club: A Case Study in Senior Citizens Council of Thailand (SCCT). Master's dissertation. Bangkok: Thammasat University. 2008. (in Thai)

ผลของการจัดอบรมให้ความรู้สำหรับพยาบาล ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง

Outcomes of an Education Training for Nurses' Knowledge and Interpretation of Arterial Blood Gas

วรมน โมพีชาติ* ทิวาพร ดอนทอง พรทิพย์ อยู่ญาติมาก วาสนา ฬาวิน
Woramon Moreechat* Tiwaporn Donthong Porntip Yooyadmak Wasana Lavin
โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สมุทรปราการ, 10540
Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลในโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์โดยใช้แบบสอบถามสำหรับการวิจัย โดยมีเนื้อหาของแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป, ข้อคำถามเกี่ยวกับการแปลผลก๊าซในเลือดแดง ประกอบด้วย 1) ข้อบ่งชี้ในการเจาะก๊าซในเลือดแดง 2) การเก็บสิ่งส่งตรวจ 3) การอ่านค่าและแปลผล และข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโครงการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยแบ่งการทำแบบสอบถาม 2 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกัน

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการอบรมโดยใช้ Paired t-test ในผู้เข้าร่วมการวิจัย 55 ราย ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้ารับการอบรมคะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ 21 ราย (ร้อยละ 38.18) ระดับปานกลาง 19 ราย (ร้อยละ 34.55) และระดับสูง-สูงมาก 15 ราย (ร้อยละ 27.27) ภายหลังได้รับการอบรมพบว่า คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำลดลงเหลือ 3 ราย (ร้อยละ 5.45) ระดับปานกลาง 8 ราย (ร้อยละ 14.55) และระดับสูง-สูงมากเพิ่มขึ้น 44 ราย (ร้อยละ 80.00) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก๊าซในเลือดแดงหลังการทดสอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.000$, ($t = -13.561$) ประเมินคะแนนความพึงพอใจก่อนอบรมเฉลี่ย 3.870 คะแนน (S.D.± 0.840), และหลังอบรมเฉลี่ย 4.510 คะแนน (S.D.± 0.573) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติพบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการอบรมการให้ความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.000$ ($t = -7.618$) อย่างไรก็ตามการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยนี้ควรทำเป็นประจำ และมีการอบรมซ้ำต่อเนื่องเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้แก่พยาบาลและเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การแปลผลก๊าซในเลือดแดง, พยาบาล, การจัดอบรมให้ความรู้

Abstract

This research is quasi-experimental, aimed at studying the objective is to study the effects of providing education on the interpretation of arterial blood gases for nurses at Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital. using a research questionnaire. The questionnaire consists of three parts: demographic information, questions regarding the interpretation of arterial blood gases which include

Corresponding Author: * E-mail: woramon.mor@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 21 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 มี.ค. 2568

1) indications for arterial blood gas sampling, 2) specimen collection, 3) reading and interpreting, and questions about satisfaction with the program. A questionnaire was used to assess knowledge before and after training, with participants completing the same set of questions twice. The average scores for knowledge in interpreting arterial blood gases and satisfaction scores were compared before and after the training using a paired t-test among 55 research participants. The study found that before training, the knowledge scores for interpreting arterial blood gases were low in 21 participants (38.18%), moderate in 19 participants (34.55%), and high to very high in 15 participants (27.27%). Following the training, the number of participants with low knowledge scores decreased to 3 (5.45%), those with moderate scores decreased to 8 (14.55%), while those with high to very high scores increased to 44 (80.00%). Statistical testing showed a significant increase in the average knowledge scores after the test ($p < 0.000$, $t = -13.561$). When assessing satisfaction scores, the average before training was 3.870 (S.D. ± 0.840), and after training, it averaged 4.510 (S.D. ± 0.573). Statistical analysis revealed a significant increase in satisfaction regarding the arterial blood gas training ($p < 0.000$, $t = -7.618$). However, it is recommended that this training on patient care should be conducted regularly, and ongoing sessions should be provided to enhance nurses' competency and improve the quality of patient care.

Keywords: Interpretation of arterial blood gas, Nurse, Education program

บทนำ

การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas analysis) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาวะการหายใจ การทำงานของปอด การระบายอากาศ (ventilation) การแลกเปลี่ยนก๊าซ (gas exchange) ภาวะออกซิเจน (oxygenation) และภาวะกรด-ด่างในร่างกาย (acid-base status) มีความสำคัญมากในผู้ป่วยระยะวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว เสียสมดุลกรด-ด่างจากไตวายเรื้อรังหรือได้รับสารพิษ เป็นต้น[1-2]

การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงจะช่วยในการวินิจฉัยโรค เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลการรักษา อย่างต่อเนื่อง ช่วยในการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษาผู้ป่วย ในส่วนของพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจ และการแปลผลวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gases analysis) ด้วยเช่นกัน เมื่อพยาบาลสามารถวิเคราะห์และแปลผลก๊าซในเลือดแดงเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง จะทำให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[2] การพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้พร้อมบริการทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐานเชิงวิชาชีพ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลปลอดภัยแล้ว[3] การปรับพื้นฐานทางวิชาการ การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ ทำให้พยาบาลปรับตัวได้ดีขึ้น มั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานได้[2,4,5]

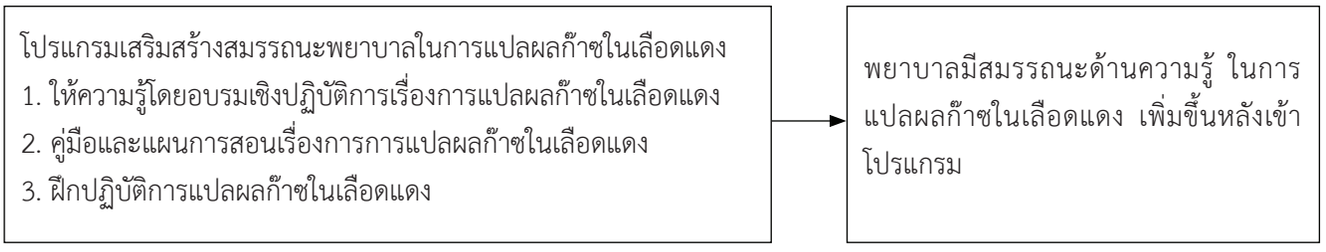
สำหรับงานการพยาบาลวิกฤต และฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ มีแนวทาง ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ก้าวไปข้างหน้า และเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการได้ไม่นาน เจ้าหน้าที่พยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุงานและประสบการณ์อยู่ในช่วงระหว่าง 0-5 ปี ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการเพิ่มพูนองค์ความรู้ของบุคลากรพยาบาลเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลดีต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยและการทำงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของการให้ความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์การศึกษา[6] และทฤษฎี[7] มาประยุกต์ใช้ในโปรมแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาล สนับสนุนความรู้ของพยาบาลด้านการแปลผลก๊าซในเลือดแดง โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อมุ่งเน้นให้พยาบาลมีความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต และโรคอื่นที่ต้องใช้การแปลผลก๊าซในเลือดแดง



สมมุติฐาน

พยาบาลที่เข้ารับการอบรมมีคะแนนความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และความพึงพอใจต่อการเข้ารับการอบรม ก่อนและหลังแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด One group pretest - post-test design เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังเข้ารับการอบรมในกลุ่มพยาบาลสังกัดงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA. No. MURA2023/618 วันที่รับรอง 12 สิงหาคม 2566 ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากล และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่จะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นพยาบาลวิชาชีพทุกแผนกที่เข้าร่วมโครงการอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดง การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ใช้กลุ่มตัวอย่าง 57 ราย มีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ พยาบาลหญิงหรือชายที่ทำงานสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ ในปีงบประมาณ 2566 มีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนด หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หรือแจ้งความจำนงขอออกจากการวิจัย ในการวิจัยนี้มีพยาบาลที่เข้าร่วมการอบรมถูกคัดออก 2 ราย เนื่องจากทำแบบทดสอบไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง คงเหลือ 55 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G-power เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง โดยวิเคราะห์ขนาดตัวอย่างโดยวัดค่า effect size .5 โดยใช้สูตร ($d= (\mu 1- \mu 2)/\sigma$)) คำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่างน้อยสุด 47 คน ในการอบรมมีผู้เข้าร่วมการอบรมประมาณ 55 คน ดังนั้นจึงเพียงพอต่อการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย เรื่องผลของการจัดอบรมให้ความรู้พยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง มีเนื้อหาของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการแปลผลก๊าซในเลือดแดง ประกอบด้วย 1) ข้อบ่งชี้ในการเจาะก๊าซในเลือดแดง จำนวน 2 ข้อ 2) การเก็บสิ่งส่งตรวจ จำนวน 5 ข้อ และ 3) การอ่านค่าและแปรผล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อโครงการโดยใช้เป็นแบบสอบถามประเมินออกมาเป็นคะแนน จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ 2) ความพึงพอใจก่อนและหลังเข้ารับการอบรม

มีค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (Index

of item objective congruence; IOC) ทั้งฉบับรวมเท่ากับ 0.93 จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบค่า Reliability ของแบบสอบถามทั้งฉบับด้วยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จำนวน 30 ราย จากพยาบาลอายุงาน 2 ปีขึ้นไป ในแต่ละหอผู้ป่วย เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย ผลของการจัดอบรมให้ความรู้พยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง สอบถามความต้องการเข้าร่วมวิจัยตามความสะดวก และเมื่อผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมแล้วนั้นจะให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยแบ่งการทำแบบสอบถาม 2 ครั้ง โดยแบบสอบถามชุดเดียวกัน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง การจัดอบรมนี้มีการสอนทางทฤษฎีด้วย power point และเอกสารการอบรม และในทางปฏิบัติการแปลผลก๊าซในเลือดแดงมีการใช้เกมส์ tic tac toe เข้ามาปรับใช้ โดยผู้สอนเป็นพยาบาลจากหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลารวมในการอบรม 3 ชั่วโมง ขั้นตอนในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ เพื่อเตรียมงบประมาณ อุปกรณ์ ในการอบรม วิทยากร อาหาร และเตรียมขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU) เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ประโยชน์สูงสุดจากการเข้าร่วมอบรม

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านทางฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ โดยผู้ร่วมวิจัยจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมอบรมโดยการแจ้งผ่านหัวหน้าหอผู้ป่วยล่วงหน้า 1 เดือน เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยจัดเวรให้เข้าร่วมอบรม และขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU)

3. ผู้วิจัยทดสอบความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดงก่อนและหลังเข้ารับการอบรม เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาตั้งแต่ ตุลาคม-พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความรู้ในการแปลความรู้พยาบาลในการแปลผลก๊าซในเลือดแดง วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ของคะแนนก่อนและหลังอบรมความรู้ก๊าซในเลือดแดง โดยทดสอบสมมติฐานผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมอบรมส่วนใหญ่ร้อยละ 96.55 เป็นเพศหญิง โดยสังกัดงานการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 45.46 รองลงมาได้แก่ งานการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ 18.18 อายุงานอยู่ระหว่าง 0-5 ปี ร้อยละ 85.45 โดยร้อยละ 89.09 ไม่เคยได้รับการอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่เข้าอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดง (n = 55)

ตัวแปร	n = 55
อายุ, mean ± SD	24.27 ± 3.05
เพศ	
หญิง	53 (96.55%)
ชาย	2 (3.45%)
สังกัดหน่วยงาน	
งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	25 (45.46%)
งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	10 (18.18%)
งานการพยาบาลวิสัญญี	3 (5.45%)
งานการพยาบาลผ่าตัดและห้องคลอด	3 (5.45%)
งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	14 (25.46%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่เข้าอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดง (n = 55) (ต่อ)

ตัวแปร	n = 55
อายุงาน (ปี)	
0-1 ปี	35 (63.64%)
>1-2 ปี	3 (5.45%)
>2-5 ปี	9 (16.36%)
>5-10 ปี	8 (14.55%)
การอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดง	
เคย	6 (10.91%)
ไม่เคย	49 (89.09%)
วิธีการรับความรู้	
อ่านหนังสือ /วารสารวิชาการ/ อินเทอร์เน็ต	28 (50.91)
ผู้ร่วมงาน	10 (18.18%)
ได้ทางช่องทางอื่น	11 (20.00%)
ไม่เคย	6 (10.91%)
คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดง ก่อน เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	11.14 ± 2.36
คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดง หลัง เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	14.51 ± 1.98
คะแนนความพึงพอใจ ก่อน เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	3.87 ± 0.84
คะแนนความพึงพอใจ หลัง เข้ารับการอบรม (mean ± SD)	4.51 ± 0.57

จากตารางที่ 1 ความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงก่อนเข้ารับการอบรมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=11.14, SD =2.36) ภายหลังเข้ารับการอบรมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=14.51, SD = 1.98) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนอบรม ($\overline{X}$=3.87, SD =0.84) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังอบรม ($\overline{X}$=4.51, SD =0.57)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาล ก่อนอบรม และ หลังอบรม (n = 55)

คะแนนความรู้ก๊าซในเลือดแดง	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	(จำนวน)	(ร้อยละ)	(จำนวน)	(ร้อยละ)
0-10 คะแนน (ระดับต่ำ)	21	(38.18)	3	(5.45)
11-12 คะแนน (ระดับปานกลาง)	19	(34.55)	8	(14.55)
≥13-14 คะแนน (ระดับสูง)	9	(16.36)	12	(21.82)
≥14 คะแนน (ระดับสูงมาก)	6	(10.91)	32	(58.18)

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลก่อนอบรมอยู่ในระดับต่ำ 21 ราย (ร้อยละ 38.18) ระดับปานกลาง 19 ราย (ร้อยละ 34.55) ระดับสูง 9 ราย (ร้อยละ 16.36) และระดับสูงมาก 6 ราย (ร้อยละ 10.91) เมื่อได้รับการอบรม พบว่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำลดลงเหลือ 3 ราย (ร้อยละ 5.45) ระดับปานกลาง 8 ราย (ร้อยละ 14.55) ระดับสูง 12 ราย (ร้อยละ 21.82) และระดับสูงมาก 32 ราย (ร้อยละ 58.18)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงก่อนอบรมและหลังอบรมของพยาบาล (n = 55)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนอบรม		หลังอบรม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
1. คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดง	11.14	2.36	14.51	1.98	-13.561	.000*
2. คะแนนความพึงพอใจต่อการอบรม	3.87	0.84	4.51	0.57	-7.618	.000*

p <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้การแปลผลก๊าซในเลือดแดงของพยาบาลก่อนอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ p=.000, (t = -13.561) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยในการเข้าอบรมของพยาบาลก่อนและหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p =.000), (t = -7.618)

การอภิปรายผลการวิจัย

การทำงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นหนึ่งในการพยาบาลเบื้องต้นที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรค เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง หากพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมีทักษะความชำนาญและมั่นใจในการปฏิบัติงาน จะมีผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว มีความปลอดภัยสูงสุด และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการ การศึกษานี้จึงศึกษาความรู้ในการแปลผลก๊าซในเลือดแดงในกลุ่มพยาบาลสังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ทุกแผนก จากการศึกษาพบว่า คะแนนความรู้ก่อนได้รับการอบรมพยาบาลสอบผ่านมีคะแนนความรู้ ≥ 11 คะแนน จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 61.82) และพยาบาลที่สอบไม่ผ่านมีคะแนนความรู้ 0-10 คะแนน จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 38.18) ภายหลังการอบรมมีจำนวนพยาบาลที่สอบผ่านเพิ่มขึ้นเป็น 52 ราย (ร้อยละ 94.55) และสอบไม่ผ่านเพียง 3 ราย (ร้อยละ 5.45) โดยการศึกษานี้สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของความรู้ในการแปลผลความรู้ก๊าซในเลือดแดงก่อนและหลังการทดสอบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับการอบรมสร้างเสริมความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ p < .001 (t = -13.561) คะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังได้รับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ[2,8,9] โดยพยาบาลที่เข้ารับการอบรมสามารถแปลผลก๊าซในเลือดแดงได้ตามขั้นตอนการปฏิบัติที่แนะนำได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างมีมาตรฐาน การอบรมพยาบาลวิชาชีพจบใหม่จะทำให้เพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และช่วยพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลได้โดยควรติดตามผล มีการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพิ่มการประเมินผลในระยะยาว[11,12]

2. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการอบรมการแปลผลก๊าซในเลือดแดงก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ p < .000 (t = -7.618) โดยก่อนการเข้ารับการอบรมเฉลี่ย 3.870 คะแนน (SD = .840) และหลังเข้ารับการอบรมคะแนนความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ย 4.510 คะแนน (SD = .573) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .000) คะแนนความพึงพอใจต่อการอบรมที่เพิ่มขึ้นนี้ ผู้เรียนมีความตั้งใจ กระตือรือร้นในการศึกษาหาความรู้ มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนความมั่นใจหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ[13,14] ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความถูกต้องมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษานี้พบว่าภายหลังการเข้าร่วมอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรขยายผลการอบรมต่อไปในลักษณะต่าง ๆ เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค และเฉพาะด้านเพิ่มมากขึ้น ควรมีการจัดการอบรมให้สม่ำเสมออย่างน้อยทุกปี มีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือให้สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาที่เป็นปัจจุบันและการพัฒนารูปแบบการอบรมให้มีความน่าสนใจ จดจำได้ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ เพื่อเป็นประโยชน์กับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเพิ่มเติมโดยการติดตามภายหลังการเข้าร่วมอบรม เช่น ในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน และ/หรือ 1 ปี ในระยะยาวขึ้นเพื่อประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะในกลุ่มตัวอย่าง

2. ในส่วนของความรู้ในการอบรมควรเพิ่มเติม เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาเพิ่มเติมให้กลุ่มตัวอย่าง และ/หรือ การนำเกมส์หรือกิจกรรมมาประยุกต์ใช้มากขึ้น เพื่อพัฒนาสมรรถนะ

References

1. Panthu K. Arterial Blood Gas Interpretation and Nursing Care of Patients with Acid-base Imbalance. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2021;32(2):257-66. (in Thai)
2. Elkader H, Shahin E, & El-Ata A. Effect of Applying Program Based Learning on Nurse's Performance and Self-efficacy Regarding Arterial Blood Puncture. American Journal of Nursing Research. 2020;8(2):192-8.
3. Younas M, Afzal M, Abdullahi KO, Gilani SA. Nurses' Knowledge Regarding Arterial Blood Gases Interpretation. Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences. 2022;10(2): 37-42.
4. Louhasuwanpanich S, Namthep J, & Simpattananont K. Analysis & Evaluation of Preceptor Training Program in Nursing Department Siriraj Hospital. Siriraj Nursing Journal. 2007;1(1):37-49. (in Thai)
5. Vahedian-Azimi A, Rahimi-Bashar F, Mohamad-Amin P, Salesi M, Shamsizadeh M, et al. Effect of the Specific Training Course for Competency in doing Arterial Blood Gas Sampling in the Intensive care unit: Developing a standardized learning curve according to the procedure's time and socioprofessional predictors. Hindawi BioMed Research International. 2021;1(1):1-10.
6. Supith S, Kaewsarn P, & Siritarungsri B. The Effect of a Competency Building Program on Knowledge Attitude and Belief of Professional Nurses in Patients care on Volume and Pressure controlled Ventilators at Sunpasitthiprasong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024,25(1):366-73. (in Thai)
7. Elahi M, Mansouri P, & Khademian Z. The Effect of Education Based on Human Care Theory on Caring Behaviors and Job Involvement of Nurses in Intensive care units. Iranian journal of nursing and midwifery research.2021;26(5): 425-9.
8. Pakkirisamy U. Effectiveness of Planned Teaching Programme on Knowledge Regarding Arterial Blood Gas Analysis among Nurses in a Selected Hospital, Gwalior. International Journal of Science and Research. 2020;10(7): 1080-5.
9. Adhikari D, & Thapa PP. Effectiveness of Structured Teaching Program on Knowledge Regarding Arterial Blood Gas Analysis among Nursing Students. Journal of Health Education Research & Development. 2019;8(1):1-5.
10. Mandal S. Effectiveness of Structured Teaching Programme on Knowledge Regarding ABG Analysis among Staff Nurses. Journal of Nursing and Health Science. 2020;9(2):1-6.
11. Surimuang M, & Assawapalanggool S. The Effectiveness of Practical Training Workshops on Knowledge and Competency in Critical care nursing among Novice Nurse, Mae sot hospital Tak province. Nursing Health and Public Health Journal. 2023;2(2):17-27. (in Thai)

12. Muldee S, & Srijakkot J. Development of a Program to Enhance Competency for Caring Hematological Cancer Patients Receiving Chemotherapy of Professional Nurses Who Have Worked for Less than 5 Years and Never Received Training in Nursing for Patients Receiving Cancer Chemotherapy, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2023;26(2):78-92. (in Thai)
13. Wiriyanupappong W. Effects of Using Simulation Game Based Learning to prepare Air Force Student Nurses before Pediatric and Adolescent Nursing Practice. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):433-41. (in Thai)
14. Injui R, Chiewsothorn S, Prasittivatechakool A, & Proyngern J. The Effects of Using Gamification Learning Activities on Learning Motivation and Satisfaction among The Royal Thai Army Nursing Students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):337-88. (in Thai)

ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี

The Effects of Using an Integrated Health Promotion Model to Prevent Dementia of Older People in Nonthaburi Province

สุขอรุณ วงษ์ทิม*[1] อภิสิทธิ์ เถายะบุตร[2]
Sukaroon Wongtim*[1] Apisit Thaoyabut[2]
[1]**คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10120**
[1]Faculty of Psychology, Saint Lious College, Bangkok, Thailand 10120
[2]**สำนักเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย 11120**
[2]Office of Educational Technology, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand 11120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 40 คนได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 3) แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 4) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ และ 5) แบบสอบถามการใช้ประโยชน์และการขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเปรียบเทียบ ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซันเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และการทดสอบแมนวิทนีย์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม แต่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ผู้สูงอายุกลุ่มมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ 4) ผู้สูงอายุได้นำความรู้และวิธีการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้กับตนเองและมีการแนะนำผู้อื่น

คำสำคัญ: ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ, ความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม, และผู้สูงอายุ

Corresponding Author: *E-mail : sukaroon.won@gmail.com

วันที่รับ (Received) 16 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 2 ม.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 10 ก.พ. 2569

Abstract

This was a Quasi-experimental study which aimed to study effect of using the integrated health promotion model to prevent dementia in older people at Nonthaburi Province. The sample was 40 elderly people obtained from purposive selection. They were divided into an experimental group and a control group with 20 people in each group.

The research instruments used in this study consisted of :1) an integrated health promotion model; 2) a questionnaire assessing knowledge related to dementia ; 3) an assessment tool measuring preventive practices aimed at reducing the risk of dementia 4) a questionnaire evaluating participants' opinions toward the model; and 5) a questionnaire assessing the utilization and potential for model dissemination. Data was analyzed by descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and content analysis. Comparative statistics were Wilcoxon test for comparison the scores of knowledge as well as practice to prevent dementia before and after experiment of the experimental group, and Mann-Whitney test for comparison the scores of knowledge as well as practice to prevent dementia after experiment of the experimental group and the control group.

The results revealed that 1) after using the integrated health promotion model, the elderly had increased knowledge as well as practice to prevent risks for dementia with statistical significance at .01 level, 2) after experiment, the experimental group had knowledge no difference significance with the control group, however, they had practice to prevent risks for dementia better than those of the control group with statistical significance at .01 level, 3) the experimental group had satisfaction opinion to the integrated health promotion model at the highest level, and 4) the experimental group would take the knowledge as well as practice to prevent risks for dementia in caring themselves and suggestion to other people.

Keywords: Integrated health promotion model, elderly, older people, and dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณเกือบ 10 ล้านรายต่อปี[1] สำหรับประเทศไทยนั้นโครงสร้างประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2523-2525 มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาระภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่ขยายตัวในประเทศตามจำนวนที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงวัย[2] โดยพบจำนวนปีละกว่าหนึ่งแสนคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด[3] ในผู้สูงวัยที่อายุ 80 ปีขึ้นไปจะพบมากขึ้นอีกถึงร้อยละ 50 และมีแนวโน้มจะสูงมากขึ้นอีกในอนาคตตามจำนวนประชากรของวัยผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่พบมีความซับซ้อนและรุนแรงกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองจนอาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิต

นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและเป็นภาระของสังคมและงบประมาณของประเทศชาติ และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก ทำให้เสียโอกาสในการให้การดูแล การฟื้นฟู และชะลออาการ[4]

ในส่วนของการรักษาภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นที่การใช้ยาเป็นหลักอย่างเดียว หากแต่ใช้แนวทางการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ผสมผสานกับการฟื้นฟูและชะลอความเสื่อมของสมองได้ตั้งแต่เนิ่นๆ[5]

แต่ยังขาดผู้เชี่ยวชาญด้านความจำ ด้านจิตเวช และด้านกายภาพบำบัดที่สามารถดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท รวมทั้งการสนับสนุนด้านสวัสดิการและการฝึกอบรมจากรัฐยังไม่ครอบคลุมและเพียงพอ[6] รัฐบาลเห็นความสำคัญจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์สมองเสื่อมประเทศไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 25697 ให้มีการเพิ่มความตระหนักรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและลดความเสี่ยงของ

ภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งให้มีการศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข สามารถชะลออาการของโรคไม่ให้เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมขั้นรุนแรงซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค[8] โดยที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับพื้นที่แล้วหลายแห่ง[7] แต่ส่วนใหญ่จะใช้บุคลากรทางสุขภาพและบุคลากรภาคสังคมในท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการเพื่อบูรณาการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งที่ต้องการศึกษาร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่แล้ว

จากการทบวรรณกรรมพบว่าการรณรงค์เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงเชิงสาธารณสุข เช่น การควบคุมความดันโลหิต เบาหวาน การออกกำลังกาย การศึกษาและพัฒนาสมองยังไม่ทั่วถึง ซึ่งหากมีการจัดการได้ดีจะลดความเสี่ยงได้[9] และยังไม่พบการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Model of Care) ที่ครอบคลุมในทุกมิติทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม เพื่อการดูแลหรือป้องกันและลดความเสี่ยงในผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม ที่มีการนำแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมาบูรณาการเป็นองค์ประกอบในการสร้างรูปแบบ โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้นำการฝึกอบรมเพื่อเสริมพลังทางบวก ในการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยปราศจากการพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาน้อยที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลและความต้องการของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุขาดการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคและการรักษา ในขณะที่ญาติและผู้ดูแลยังไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลเท่าที่ควร อีกทั้งการเข้าถึงการให้บริการปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพยังเป็นไปได้ยากและไม่ครอบคลุม โดยจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและขาดผู้ดูแลมีจำนวนเพิ่มขึ้นและยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเพิ่มศักยภาพการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของตนเองโดยใช้รูปแบบการฝึกอบรมที่สะดวก ใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุและสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังมีการระบาดของไวรัสโควิด-19 รวมทั้งมีเนื้อหาสาระที่ไม่ซับซ้อนและเข้าใจง่าย

การสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยแนวคิดการฝึกอบรมทางจิตวิทยา ร่วมกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม (Group Counseling Theory) และแนวคิดอื่นที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญและเหมาะสม เพราะเป็นวิธีการทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพ นอกจากจะสามารถใช้เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ครั้งละหลายคนในเวลาเดียวกัน ประหยัดเวลาและงบประมาณในการให้บริการ ยังช่วยเสริมพลังบวก เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุให้บรรลุวัตถุประสงค์ในทางเสริมสร้างสุขภาพที่ดีอย่างถาวร[10] สำหรับเป็นอีกทางเลือกในการเตรียมสังคมไทยให้มีความพร้อมรับมือกับภาวะสมองเสื่อมที่กำลังเป็นปัญหาและทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องขณะนี้

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในลักษณะการวิจัยและพัฒนาของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ โดยการวิจัยออกแบ่งเป็น 2 ระยะ โครงการระยะที่ 1 ได้แก่การสร้าง “รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี”[11] ซึ่งดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์แล้ว และนำมาสู่โครงการระยะที่ 2 เป็นการศึกษา“ผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี” ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นโอกาสให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบนี้ไปใช้ในทางวิชาการ หรือต่อยอดพัฒนาไปสู่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคอื่น อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ

2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการกับผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำ

สมมติฐาน

1) ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของ

ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

2) ผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการฝึกอบรมทางจิตวิทยา โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเป็นเครื่องมือ ที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดภาวะสมองเสื่อมและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสุขภาพ (Health Belief Model)[12] ร่วมกับการบูรณาการเทคนิคเฉพาะของทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Technical eclecticism)[13] ใน 6 ทฤษฎีร่วมกับวิธีการ ทักษะ กิจกรรมการเสริมสร้างและฝึกสมอง ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การฝึกอบรมในแต่ละครั้ง โดยทางด้านร่างกายใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยาด้านความคิดใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม เทคนิคของทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึกใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ ด้านพฤติกรรมใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง และเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ

ตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ ตัวแปรตาม คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม 2) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 3) การนำความรู้และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้ประโยชน์และการขยายผล และ 4) ความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่มีต่อรูปแบบฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ศึกษาในช่วงเดือน มีนาคมถึง เดือน กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2565

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ในจังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 271,111 คน[14]

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ในจังหวัดนนทบุรี ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 40 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง แล้วจับคู่ตามตัวแปร อายุ และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ[15] เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 2) มีอายุ ระหว่าง 60-65 ปี 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ยินดีให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็นรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 2) มีปัญหาทางการสื่อสารหรือการเข้าใจเนื้อหา 3) มีปัญหาทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 5/2565 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2565 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์เป็นภาพรวมและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และจะนำเสนอในภาพรวม

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้อายุ โดยเป็นโปรแกรมการฝึกอบรมทางจิตวิทยาทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวม 14 ครั้ง เนื้อหาสาระเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การปรับความคิดความเชื่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม 6 ทฤษฎี ร่วมกับวิธีการ กิจกรรม เทคนิคที่เกี่ยวข้อง

2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศชาย ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ (ตอบถูกได้ 1 คะแนน)

4) แบบประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ (ตอบปฏิบัติได้ 1 คะแนน)

5) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ (จริงที่สุด จริงมาก จริงบ้างไม่จริงบ้าง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด มีค่าคะแนน 5, 4,3, 2 และ 1 ตามลำดับ)

6) แบบสอบถามการใช้ประโยชน์และการขยายผล เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ และแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 1 ข้อใหญ่ รวมทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ

2. คุณภาพของเครื่องมือ

1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล ด้านละ 3 คน รวม 9 คน ผลการตรวจสอบคุณภาพมีค่าเฉลี่ย 4.5 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และปรับแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินการปฏิบัติตัว แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ แบบสอบถามการใช้ประโยชน์และการขยายผล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และ .85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1) เตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นเป็นการเตรียมการใช้สื่อออนไลน์แก่กลุ่มทดลอง ด้วยการสร้างแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม และจัดประชุมกลุ่มทดลอง เพื่อชี้แจงและให้คำแนะนำวิธีการใช้สื่อแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม ก่อนการทดลองใช้รูปแบบให้กลุ่มทดลอง (Pre test) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีปฏิบัติตนในผู้สูงอายุ

2) ดำเนินการทดลองโดยใช้รูปแบบที่สร้างขึ้นด้วยการฝึกอบรมทางจิตวิทยาแก่กลุ่มทดลอง 20 คน จำนวนทั้งหมด 14 ครั้ง ทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ ครั้งละ 120-180 นาที สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง รวม 5 สัปดาห์ โดยมีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้นำกลุ่มตามวัตถุประสงค์ กิจกรรม และวิธีการที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ในแต่ละครั้งดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น จะเป็นการกล่าวทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้ารับการฝึกอบรม ให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง ทบทวนการอบรมในครั้งที่ผ่านมาและการเตรียมความพร้อมสำหรับเข้าสู่ขั้นดำเนินการ ที่ใช้เทคนิค วิธีการตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ในแต่ละครั้ง และขั้นสุดท้าย คือ ขั้นยุติ เป็นการสรุปและแลกเปลี่ยนถึงสิ่งที่ได้รับจากการฝึกอบรมในครั้งนั้นๆ และมีการประเมินผลการฝึกอบรมในแต่ละครั้ง

การฝึกอบรมในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมีความตระหนัก ในความสำคัญของการป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้อย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง และนำความรู้และวิธีการปฏิบัติตนไปขยายผลถ่ายทอดแก่ผู้อื่นได้ ดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1-2 เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และการละลายพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกันรวมทั้งผู้วิจัย มีความพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะสมอง มีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในความสำคัญของการป้องกันโรค โดยใช้เทคนิคการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม การเห็นความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม คลิปวีดิทัศน์ภาวะสมองเสื่อม และวีดิโอคอลตอบข้อซักถาม

ครั้งที่ 3 เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อ การตระหนักรู้ในความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตน การอภิปรายกลุ่มและกรณีศึกษา

ครั้งที่ 4 เป็นการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความรู้สึกอย่างถูกต้อง ด้วยการใช้เทคนิคการอยู่กับความรู้สึก เทคนิคเก้าอี้

ว่าง การบรรยาย การหัวเราะบำบัดเพื่อคลายความเศร้า การฝึกสมาธิ การอภิปรายกลุ่ม และกรณีศึกษา

ครั้งที่ 5-6 เป็นการให้ความรู้และนำเสนอไฟล์เกี่ยวกับ สาเหตุ การป้องกัน การดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม การดูแลสมองและสุขภาพจิต อาหารบำรุงสมอง โดยใช้เทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยา วีดิโอคอล การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง และกรณีศึกษา

ครั้งที่ 7-12 เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและ การฝึกสมอง ได้แก่ การออกกำลังกายเพื่อฝึกสมองและป้องกันโรคร่วม การพัฒนาศักยภาพของสมอง ด้วยภาษา การร้องเพลง การวาดรูปและระบายสี การฝึกสมองด้วยกิจกรรมและงานประดิษฐ์ โดยใช้เทคนิค การให้การศึกษาเชิงจิตวิทยา นำเสนอไฟล์เนื้อหา ใช้หลักการของ WDEP เทคนิคการเสนอตัวแบบ การเสริมแรงในทางบวก การใช้ประโยคที่มีพลัง การให้กำลังใจ การฝึกสมาธิ การฝึกปฏิบัติ อภิปรายกลุ่ม และวีดิโอคอล

ครั้งที่ 13-14 เป็นการประยุกต์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการยุติกลุ่มตามลำดับ โดยใช้ทักษะการ สนับสนุน การเสริมแรงทางบวก และการยุติ เพื่อให้ผู้สูงอายุระบุแนวทางการประยุกต์ประสบการณ์สู่การปฏิบัติในชีวิตจริงและการขยายผล ให้แลกเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และประสบการณ์และยุติการอบรม

3) ทำแบบสอบถาม (Post Test) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีปฏิบัติตนอีกครั้ง ภายหลังการใช้รูปแบบ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบ และแบบสอบถามการใช้ประโยชน์และการขยายผล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

1. ก่อนการทดลองให้ตอบแบบสอบถาม (Pre test) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีปฏิบัติตนในผู้สูงอายุ
2. ระหว่างการทดลองได้รับคำแนะนำตามปกติจากทีมสุขภาพ
3. ภายหลังการทดลองให้ตอบแบบสอบถาม (Post Test) ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีปฏิบัติตนในผู้สูงอายุอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติเปรียบเทียบ ได้แก่ การวิเคราะห์เนื้อหา การทดสอบวิลคอกซันเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และการทดสอบแมนวิทนีย์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 60-65 ปี จำนวนกลุ่มละ 20 คนเท่ากัน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.0

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3) ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมระหว่างผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพฯ กับผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการกับผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ (n=20)

กลุ่มทดลอง	Mdn	Q.D.	Mann-Whitney U Test	p-value
ความรู้				
กลุ่มทดลอง	5.85	2.75		
กลุ่มควบคุม	6.10	1.75	0.590	.277
การปฏิบัติตัว				
กลุ่มทดลอง	8.20	3.85	4.455**	.000
กลุ่มควบคุม	6.25	1.79		

**p < .01

จากตารางพบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบ มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ แต่มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4) ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองต่อรูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อรูปแบบ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านวิทยากร รองลงมาเป็นด้านสื่อ เอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และด้านเนื้อหาสาระ ตามลำดับ และยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆ ให้กับผู้อื่นได้ สามารถจัดการกับอารมณ์และปล่อยวางได้มากขึ้น

5) การนำความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้กับตนเอง ภายหลังการฝึกอบรมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุมีการหลีกเลี่ยงจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดมากขึ้น และมีการกระตุ้นสมอง

6) การนำความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและวิธีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุไปแนะนำผู้อื่นต่อ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีการนำความรู้และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปแนะนำผู้อื่นต่อ คิดเป็นร้อยละ 75-100

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและ มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น อันเนื่องมาจากรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และมีกระบวนการที่หลากหลายวิธีร่วมกัน (Multidomain Intervention)[5] มีนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นผู้นำการฝึกอบรม ผ่านแนวคิดการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม 10 เพื่อเสริมพลังบวก แรงจูงใจ ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรมฝึกสมองในรูปแบบต่างๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาในแนวทางที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตเช่นกัน [16,17,18,19]

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ระหว่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมไม่แตกต่างกัน แต่สำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองทำได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อันเนื่องมาจากทั้งสองกลุ่มสามารถหาความรู้ได้จากช่องทางที่หลากหลาย แต่สำหรับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนั้น กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอบรมจากนักจิตวิทยาการปรึกษา และมีการสมัครใจเข้าร่วมฝึกอบรม จึงมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ สำหรับกลุ่มควบคุมนั้นได้รับเพียงคำแนะนำจากทีมบุคลากรสุขภาพตามปกติ จึงมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมดีมากกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาในแนวทางคล้ายกัน[20]

3. ผลการศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ฯ พบความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด อันเนื่องมาจากรูปแบบฯที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านสมองเสื่อม การส่งเสริมสุขภาพ การฝึกอบรมเชิงจิตวิทยาและการวัดประเมินผล และมีการทดลองใช้มาแล้วก่อนนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

4. ผลการศึกษาการนำความรู้และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้ ประโยชน์และขยายผลของผู้สูงอายุหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมนาน 1 เดือน โดยพบว่า ผู้สูงอายุยังคงนำความรู้และวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมไปใช้กับตนเองและแนะนำผู้อื่นที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมและต่อรูปแบบฯ จึงต้องการที่จะนำสิ่งที่ได้รับไปแนะนำผู้อื่นเพื่อให้เกิดผลเช่นเดียวกับตน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการนำรูปแบบนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล พยาบาลและ

บุคลากรด้านสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวและแบบประเมินการปฏิบัติตัว ใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างเหมาะสม

3. ข้อเสนอแนะด้านวิชาการ ผู้ที่ประสงค์จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ ควรศึกษาขั้นตอน วิธีดำเนินการ กิจกรรม ทักษะและเทคนิคของรูปแบบอย่างละเอียด โดยควรมีความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฝึกอบรมเชิงจิตวิทยา และการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม เพื่อให้การนำรูปแบบไปใช้เกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในกลุ่มประชาชนก่อนสูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันภาวะสมองเสื่อมก่อนจะถึงวัยสูงอายุ

2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุต่อไป

3. ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งต่อไป เนื่องจากการศึกษาข้อมูลด้านอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อภาวะสมองเสื่อม ที่ยังมีข้อมูลไม่ละเอียด ครอบคลุม และลึกซึ้งเพียงพอ

References

1. World Health Organization, Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. Geneva: WHO/ADI; 2021.
2. Prasakun P. Population aging and health: A case study of Thailand. Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2013.
3. Thai Research and Development Institute Foundation on Aging. Situation of the Thai elderly 2020. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited; 2021. (in Thai)
4. Zarit SH, & Reamy A, editors. Caregiving for Alzheimer's disease and related disorders: Research, practice, and policy. Springer; 2012.
5. Muangpaisan W. Dementia: prevention, assessment and care. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; 2016. (in Thai)
6. Stehman J. Handbook of Dementia Care. Springer Publishing; 2006.
7. Somdet Phra Sangharaja Yanasangwon Institute for Elderly Medicine, Department of Medical Services. Model and system of dementia patient care in the context of Thailand: Comprehensive care development project for dementia patients [Report/Manual]. Somdet Phra Sangharaja Yanasangwon Institute for Elderly Medicine, Department of Medical Services; 2018. (in Thai)
8. Alzheimer's Disease and Related Disorders Association of Thailand. Proceedings of the brainstorming meeting for the development of policies on prevention, treatment, and care of dementia patients in Thailand. Nonthaburi: The Graphico Systems; 2011. (in Thai)
9. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care. The Lancet. 2020;396(10248):413–46.
10. Corey G. Theory and practice of group counseling. 6th ed. Thomson Brooks; 2004.
11. Wongtim S, Noimuenwai P, Thongkhamrod R. Integrated health promotion model to decrease risks of dementia in older people at Nonthaburi Province, Thailand. Journal of The Police Nurses and Health Science.(in Thai)
12. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):354–86.
13. Corey G. An integrative perspective. In: Theory and practice of counseling and psychotherapy. 10th ed. Cengage Learning; 2017.

14. Department of Older Persons. Statistics of older persons in Thailand: 77 provinces as of December 31, 2022 (Report). Bangkok: Department of Older Person. (in Thai)
15. Wongtim S, Noimuenwai P, Thongkhamrod R, & Nilchantuk C. Prevalence of dementia, readiness, and guidelines for family caregiving of dementia patients in Nonthaburi Province. Journal of The Police Nurses and Health Science. 2024;16(1):91–101. (in Thai)
16. Jampanont P. Integrated group counseling model to develop spiritual intelligence of upper secondary students in demonstration schools in the Northeastern region [doctoral dissertation]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2018. (in Thai)
17. Anuphan P, Wannapruk P, & Densantikul J. Effects of a health education program to prevent dementia using the health belief model for older adults in Ban Nakham Community, Kham Yai Subdistrict, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. In: Proceedings of the 5th Ratchathani Academic Conference: Research to Make a CHANGE; 2020;Thailand. (in Thai)
18. Hawaong S, Tiengtham W, & Nuntamongkolchai S. The effect of a health promotion program for elderly people at risk of dementia in the community with family participation. Journal of Public Health Nursing. 2017;31(1):110–28. (in Thai)
19. Phutthawong P, Yaemmeesri W, Mongkholitthivej N, & Boonyapak P. Effect of the happiness program on the level of happiness among caregivers of elderly with dementia in Mae Lao District, Chiang Rai province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3): 214–22. (in Thai)
20. Thupseeruk S, Keawwiset Y, Thiemmuang S, Khukham W, Poonsiri N, & Sankosa R. The development of a health literacy promotion model for the elderly to prevent dementia in the area of Ban Nong Ra Wiang Subdistrict Health Promoting Hospital, Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province. Interdisciplinary Academic and Research Journal. 2025;5(3):647–60. (in Thai)

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of a Stroke Educational Application on Knowledge and Satisfaction Among At-Risk Groups in Ra-hang Community, Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province

ขวัญตา บุญวาศ[1] จิราภรณ์ จันทร์แก้ว[2] สุธีกาญจน์ ไชยลาภ*[1]
Kwanta Boonvas[1] Jiraporn Jankaew[2] Suteekarn Chaiyalap*[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ปทุมธานี
[1]Faculty of Nursing, Shinawatra University
[2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระแหง จังหวัดปทุมธานี
[2]Ra-hang Sub-district Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ถูกคัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เครื่องมือในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา ผลค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 แบบทดสอบความรู้มีผลค่า KR-20 = 0.85 แบบประเมินความพึงพอใจมีผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) = 0.92 การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองเท่ากับ 11.73 (SD = 1.53) หลังการทดลองเท่ากับ 13.07 (SD = 1.08) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าฉลี่ย เท่ากับ 4.44 (SD = 0.54) โดยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และด้านประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 (SD = 0.50) อยู่ในระดับมากที่สุด

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมีความน่าเชื่อถือและได้รับการตอบรับที่ดีด้านความพึงพอใจ จึงเป็นแนวทางในการให้ความรู้ที่ลดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการโรคในระยะยาวอย่างคุ้มค่า

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, แอปพลิเคชัน, ความรู้, ความพึงพอใจ

Corresponding author: *E-mail address: suteekarn.c@siu.ac.th

วันที่รับ (Received) 29 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 11 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 11 ก.พ. 2569

Abstract

This quasi-experimental study used a one-group pretest-posttest design to compare stroke knowledge and evaluate user satisfaction with a stroke educational application. A sample of 30 participants was selected through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Research instruments were validated with an Index of Item Objective Congruence (IOC) of 0.67–1.00. The knowledge assessment tool and satisfaction scale demonstrated reliability coefficients of KR-20 = 0.85 and Cronbach's alpha = 0.92, respectively. Participants engaged with the application for six weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test. The results revealed that the mean knowledge score significantly increased from 11.73 (SD = 1.53) to 13.07 (SD = 1.08) post-intervention (p = .05). Overall satisfaction was high (Mean = 4.44, SD = 0.54), with "Stroke Knowledge Content" and "Application Utility" receiving the highest ratings (Mean = 4.57, SD = 0.50).

In conclusion, the application is a reliable and well-accepted tool. It serves as an effective educational approach to reduce healthcare access barriers, promote primary prevention, and support cost-effective, long-term disease management and behavioral modification

Keywords: Stroke, Application, Knowledge, Satisfaction

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ระบุว่าโรคนี้ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเป็นภาวะทุพพลภาพหลักทั่วโลก จากข้อมูลพบว่า ทุก 1 นาที จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 30 คน โดยเฉลี่ยผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คน จะป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต[1]

สถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสมโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 363,688 คน รายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปีพ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองจำนวน 37,947 คน[2] โดยโรค หลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรง พบบ่อยและก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตสูง ดังนั้นการรักษาที่ดีที่สุดคือการป้องกันไม่ให้เกิดโรค แต่ถ้าเกิดโรคขึ้นแล้วต้องรีบเข้าสู่ระบบบริการ stroke Fast Track ให้เร็วที่สุด[2]

จากการรายงานวิจัยพบว่าในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ประชาชนยังขาดความรู้ในเรื่องปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และอาการเตือน (warning sign) ส่งผลให้ขาดการป้องกันเชิงรุกและไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการทางด่วน (Stroke Fast Track) ได้อย่างทันท่วงที ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต[1, 2] แม้ว่าการป้องกันโรคในระยะปฐมภูมิ (Primary Prevention) จะเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีความคุ้มค่าสูงสุด แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัดสำคัญในการเข้าถึงองค์ความรู้ที่ถูกต้อง รูปแบบการให้สุขศึกษาในชุมชนแบบดั้งเดิมมักประสบปัญหาเรื่องการเข้าถึงความต่อเนื่อง และความครอบคลุมของเนื้อหาที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีสุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) มาใช้ แต่แอปพลิเคชันส่วนใหญ่มักเน้นการให้ข้อมูลเชิงกว้าง ไม่ได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหรือขาดการบูรณาการมิติด้านจิตใจและการฝึกทักษะสมองที่ครบวงจร ทำให้ประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร

ในการแก้ปัญหาดังกล่าว การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) ผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งจากข้อมูลการใช้เทคโนโลยีสมาร์ทโฟน พบว่ามีผู้ใช้กว่า 1,400 ล้านคนทั่วโลก จึงเป็นโอกาสสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการโรคที่คุ้มค่า[4] เป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการเผยแพร่ความรู้ซึ่งแอปพลิเคชันสามารถส่งมอบข้อมูลที่สม่ำเสมอ ลดอุปสรรคด้านระยะทางและเวลา ช่วยให้ผู้ใช้เข้าถึงข้อมูลได้ตามความต้องการของตนเอง เน้นการเรียนรู้

แบบนำตนเอง (Self-Directed Learning) โดยการออกแบบการเรียนรู้ผ่านกรอบทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura[5] เน้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Modeling) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และการเสริมแรง (Reinforcement) เพื่อผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม พื้นฐานสำคัญของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันก็เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถวิเคราะห์ความต้องการด้านสุขภาพและตั้งเป้าหมายของตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพด้านร่างกายโดยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลด้านจิตใจโดยการฝึกกิจกรรมการผ่อนคลาย ลดความเครียด ความวิตกกังวล การดูแลสมองโดยการฝึกบริหารสมอง การเล่นเกมเพื่อกระตุ้นความจำและการทำงานของระบบประสาท โดยการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ซึ่งการเรียนรู้เกิดจากการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดความมั่นใจ พร้อมทั้งมีการชมเชย การให้คำปรึกษาแนะนำ จึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[3,4,5]

จากการศึกษาข้อมูลชุมชนระแหงพบว่ามีผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและกลุ่ม NCD โดยมารับยาไม่ต่อเนื่อง จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปีย้อนหลัง พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 จำนวน 3 ราย ปี 2566 จำนวน 4 ราย และปี 2567 จำนวน 4 ราย โดยเป็นผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 6 ราย ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าวจึงได้พัฒนาแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองที่บูรณาการเนื้อหา 5 โมดูลสำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลร่างกาย การดูแลสมอง การดูแลจิตใจ และการให้คำปรึกษาออนไลน์ เพื่อเป็นเครื่องมือเชิงนวัตกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง จังหวัดปทุมธานี โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองโดยการเปรียบเทียบระดับความรู้และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้คือนวัตกรรมแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเป็นเครื่องมือเสริมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพในระดับปฐมภูมิ อันจะเป็นประโยชน์แก่ประชาชนและบุคลากรสุขภาพ เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระบบบริการปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

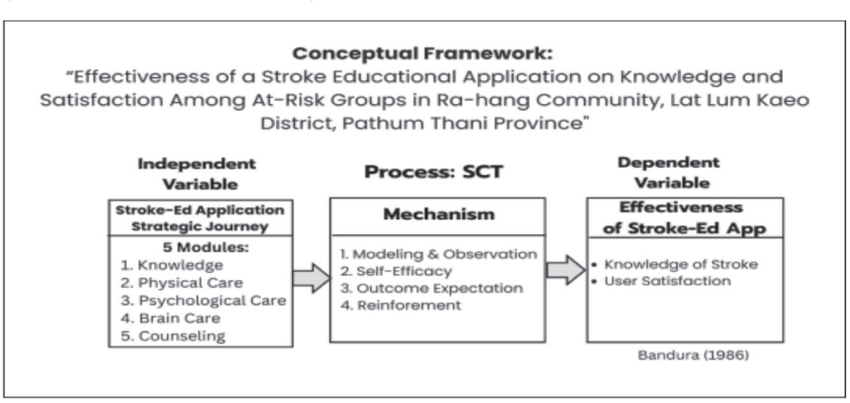
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันฯ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้งานแอปพลิเคชันฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงหลังการใช้แอปพลิเคชันฯสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันฯ
2. ความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้งานแอปพลิเคชันฯ อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura[5] เน้นการการเรียนรู้ผ่านตัวแบบโดยการสังเกต การปฏิบัติที่สร้างความมั่นใจ การคาดหวังผลลัพธ์ และการเสริมแรง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design)

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดโดยใช้โปรแกรม G*Power 36 ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) .95 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) .81 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % รวมเป็นจำนวน 30 คน

จากนั้นคัดเลือกโดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะเสี่ยงสูงโดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง อย่างใด อย่างหนึ่ง อย่างน้อย 5 ปี 3) สามารถใช้สมาร์ทโฟน และดาวน์โหลดแอปพลิเคชันบนมือถือได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลา ที่กำหนด

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือทดลอง: แอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดการออกแบบการเรียนรู้อย่างเป็นระบบด้วยแบบจำลอง ADDIE Model[7] ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้:

1) การวิเคราะห์ (Analysis): ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนระแหง พบว่ากลุ่มเป้าหมายต้องการความรู้ที่เข้าถึงง่ายและกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง

2) การออกแบบ (Design): กำหนดวัตถุประสงค์และโครงสร้างของแอปพลิเคชันบนระบบ LINE Official Account โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (SCT) ของ Bandura เพื่อสร้างกลไกการเรียนรู้ผ่านตัวแบบและการเสริมแรง

3) การพัฒนา (Development): สร้างเนื้อหาและสื่อประสม (Multimedia) แบ่งเป็น 5 โมดูล ได้แก่ ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (Infographic/E-book), การดูแลร่างกาย (วิดีโอ), การดูแลสมอง (เกม), การดูแลจิตใจ (เกม/วิดีโอ) และการให้คำปรึกษา (Chat)

4) การนำไปใช้ (Implementation): นำแอปพลิเคชันไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน เพื่อทดสอบระบบเบื้องต้นและปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

5) การประเมินผล (Evaluation): ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และเนื้อหา (Content Validity) และแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง Index of Item Objective Congruence (IOC) ทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล: เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย
เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และข้อมูลสุขภาพ

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบทดสอบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นแบบเลือกตอบถูก ผิด สองตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินโดยให้คะแนนแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ[8] ได้แก่ ระดับสูง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 80-100 (12- 15 คะแนน) ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 60-79 (9- 11 คะแนน) ระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0- 8 คะแนน) ซึ่งครอบคลุม ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษา อาการเตือน และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 คน โดยใช้สูตร KR-209 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นมาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันมากที่สุด (5) จนถึงน้อยที่สุด (1) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content

validity) และแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงจำนวน 20 คน โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 สัปดาห์ โดยเริ่มจากการชี้แจงและขอความยินยอม (Informed Consent) จากนั้นทำการประเมินความรู้ก่อนการใช้แอปพลิเคชัน (Pre-test) โดยในสัปดาห์ที่ 1 เริ่มจากการให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่างในการใช้แอปพลิเคชัน และหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมีการกำกับติดตามผ่านช่องทางไลน์เพื่อการกระตุ้นและเสริมแรงภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน ในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินความรู้หลังการใช้แอปพลิเคชัน (Post-test) และความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในระหว่างการใช้แอปพลิเคชันที่ประกอบด้วย 5 โมดูล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลร่างกาย การดูแลสมอง การดูแลจิตใจ และการให้คำปรึกษา กลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเวลาที่สะดวกในการเรียนรู้ และเรียนรู้ซ้ำได้ตามที่ตนเองต้องการ โดยภายใน 1 สัปดาห์ต้องเรียนรู้ให้ครบทั้ง 5 โมดูล และทุกวันจะมีการติดต่อสื่อสารโดยการส่งกำลังใจ การให้คำแนะนำ การเสริมแรงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความมั่นใจในการเรียนรู้จากผู้วิจัยผ่านช่องทางไลน์ในช่วงเวลา 18.00 น.-19.00 น. โดยข้อความในการสื่อสารที่ทุกคนได้รับจะเป็นข้อความมาตรฐานเดียวกัน และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการคำปรึกษาเฉพาะราย สามารถใช้ช่องทางโมดูลการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 2 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยชินวัตร โดยได้เลขที่อนุมัติ IRB 2025/53 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2568 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2568 เลขที่อนุมัติ PPHO-REC 2568/78 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยเป็นการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล พร้อมทั้งขอความยินยอมในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและความพึงพอใจ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Statistical Assumptions) โดยทดสอบการแจกแจงของข้อมูลความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ สถิติ Paired test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 เพศชาย ร้อยละ 30 มีอายุอยู่ระหว่าง 61 ถึง 70 ปี ร้อยละ 46.66 สถานภาพสมรส แต่งงาน และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.02 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76.66 ระยะเวลาเฉลี่ย 8.25 ปี โรคเบาหวาน ร้อยละ 50 ระยะเวลาเฉลี่ย 5.67 ปี ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 63.33 ระยะเวลาเฉลี่ย 7.05 ปี

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง (N=30)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน (Pre-Test)		คะแนนหลัง (Post-Test)		t test	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน	11.73	1.53	13.07	1.08	-4.536	< .05

*p < .05

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวม พบว่าก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 11.73 (SD = 1.53) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.07 (SD = 1.08) อยู่ในระดับสูง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ (t = 12.50, p < .05)

3. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (N=30)

รายการ	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	4.57	0.50	มากที่สุด
2. ประโยชน์ของแอปพลิเคชัน	4.57	0.50	มากที่สุด
3. ความถูกต้องของแอปพลิเคชัน	4.53	0.57	มากที่สุด
4. การรายงานผลของแอปพลิเคชัน	4.50	0.51	มากที่สุด
5. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	4.47	0.51	มาก
6. การดูแลร่างกายเพื่อป้องกันความเสี่ยง	4.45	0.51	มาก
7. รูปแบบ ลักษณะของแอปพลิเคชัน	4.43	0.50	มาก
8. การดูแลสมองเพื่อป้องกันความเสื่อม	4.40	0.56	มาก
9. การดูแลจิตใจพื่อการผ่อนคลาย	4.33	0.48	มาก
10. ความสะดวกในการเข้าถึงหรือการใช้งานของแอปพลิเคชัน	4.20	0.71	มาก
รวม	4.44	0.54	มาก

จากตาราง 2 ผลการประเมินความพึงพอใจโดยรวมต่อแอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 (SD = 0.54) อยู่ในระดับมาก โดยคะแนนความพึงพอใจสูงสุดเท่ากัน 2 ด้าน ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประโยชน์ของแอปพลิเคชัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 (S.D. = 0.50) อยู่ในระดับ มากที่สุด ส่วนด้านความสะดวกในการเข้าถึงหรือการใช้งานของแอปพลิเคชัน มีคะแนนความพึงพอใจต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD = 0.71) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงประสิทธิผลของ แอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในการเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) แสดงว่าแอปพลิเคชันการให้ความรู้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง[10] โดยแอปพลิเคชันสามารถช่วยลดช่องว่างใน

การเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งการนำสื่อหลายประเภทมาใช้ร่วมกันทั้งภาพ เสียง Infographic คลิปวิดีโอ เกมส์และการสื่อสารทางไลน์ การตอบคำถาม การให้คำปรึกษา และการโทรศัพท์ ซึ่งทั้งวัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้[11] เนื่องจากการให้บุคคลได้เห็นตัวแบบจริง และตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อ และได้ทดลองปฏิบัติจริงจะช่วยสร้างความมั่นใจว่าสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้และทำให้รับรู้ถึงผลดีจากการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้นเหมือนตัวแบบ การที่บุคคลมีการเรียนรู้และมีทักษะอย่างเพียงพอจะทำให้มีความพร้อมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย[12] ในเชิงทฤษฎี ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (Social Learning Theory) ซึ่งเน้นว่าการเรียนรู้เกิดจากการสังเกต การทำซ้ำและการเสริมแรง[5] ผลการวิจัยมีประเด็นที่น่าสนใจเชิงนัยทางคลินิก คือ ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำมากในเรื่องการหยุดยาควบคุมโรคประจำตัวด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และภายหลังมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนหลังการทดลองจึงอาจสะท้อนถึงผลการเรียนรู้อย่างมีความหมายสอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy ที่ชี้ว่าความรู้ที่ถูกต้องเป็นฐานสำคัญของการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม[13] ดังนั้นแอปพลิเคชันการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มเสี่ยงจึงเป็นเครื่องมือและกลยุทธ์ที่มีความสำคัญเพื่อการเพิ่มความคุ้มค่า คุ้มทุนและประสิทธิภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ต่อไป[14,15]

2. ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยจากการสังเกตและติดตามการใช้งานแอปพลิเคชันพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้แอปพลิเคชันได้ทุกเวลาที่สะดวก และเรียนรู้ซ้ำได้ตามที่ต้องการ การส่งกำลังใจ การติดตาม การให้คำแนะนำ การชื่นชมเป็นการเสริมแรงที่ทุกคนได้รับรู้พร้อมกัน ในขณะที่การใช้เวลาในการเรียนรู้ของแต่ละคนแตกต่างกัน แต่ทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ครบทั้ง 5 โมดูล ภายใน 6 สัปดาห์ จากการสัมภาษณ์ทุกคนมีความเห็นว่าแอปพลิเคชันเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันมากที่สุดในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และประโยชน์ของแอปพลิเคชัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับแอปพลิเคชันในฐานะเครื่องมือสนับสนุนการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ที่ระบุว่าการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งานเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับเทคโนโลยี[16] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลกระทบจากอิทธิพลภายนอก (Hawthorne Effect) ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันที่ปรากฏอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่ไม่อาจควบคุมได้ โดยไม่ได้เกิดจากประสิทธิภาพของตัวแอปพลิเคชันเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ความพึงพอใจในระยะสั้นอาจไม่ได้เป็นหลักประกันถึงการยอมรับเทคโนโลยีอย่างแท้จริง หากปราศจากการสนับสนุนให้มีการใช้แอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่องในอนาคต[17] ดังนั้นการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีศักยภาพในการเพิ่มระดับความรู้ ความตระหนัก และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำแอปพลิเคชันนี้ไปใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้แอปพลิเคชันไม่สามารถทดแทนการดูแลแบบเผชิญหน้าแต่ทำหน้าที่สนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (continuity of care) และเพิ่มพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย (empowerment) ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลสมัยใหม่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ระดับระบบสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลควรสนับสนุนการบูรณาการแอปพลิเคชันสุขภาพเข้าในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นสื่อการสอนมาตรฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล รวมทั้งพัฒนาแนวทางมาตรฐาน (guidelines) สำหรับการใช้ mHealth ในการให้ความรู้และติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

2. ระดับองค์กรบริการสุขภาพและนโยบาย ควรส่งเสริมบทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำด้าน digital health educator และการอบรมบุคลากรทางการพยาบาลให้สามารถใช้แอปพลิเคชันนี้เป็นเครื่องมือในการให้คำปรึกษาและเสริมพลังสุขภาพ (Health Empowerment) แก่ผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการลงทุนในนวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลที่มุ่งลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และเชื่อมโยงแอปพลิเคชันกับระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติในอนาคต โดยในทางปฏิบัติคำนึงถึงจริยธรรมและความปลอดภัยของข้อมูล (Data Privacy and Ethics) ตามกฎหมายที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครอง

ข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA มีการระบุวัตถุประสงค์ในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพอย่างชัดเจน และมีระบบทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการใช้งานที่กำหนด

3. ระดับผู้ปฏิบัติหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ การออกแบบแอปพลิเคชันควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ใช้งานโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly-Friendly) เช่น การใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ การใช้สีที่มีความต่าง (Contrast) สูง การใช้สัญลักษณ์ภาพที่สื่อความหมายได้ชัดเจน และการลดอุปสรรคในการใช้งาน (Digital Barrier Reduction) ส่วนกลุ่มที่มีทักษะดิจิทัลต่ำ (Low Digital Literacy) ควรเพิ่มฟังก์ชันการสั่งการด้วยเสียง (Voice Command) และจัดทำวิดีโอสาธิตการใช้งาน (Tutorial) สั้นๆ ที่เข้าใจง่ายบรรจุไว้ในแอปพลิเคชัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยต่อยอดโดยใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายใน และเปรียบเทียบประสิทธิผลของแอปพลิเคชันกับวิธีการให้ความรู้แบบเดิมหรือแบบอื่นๆ

2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (Long-term follow-up) เพื่อประเมินผลของแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ (เช่น ระดับความดันโลหิต, ระดับน้ำตาลในเลือด, อัตราการป่วยซ้ำ หรือการเข้ารักษาในโรงพยาบาล)

References

1. Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Lawrence WR, Ladekola VJ, Vos T, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022; 17(1): 18-29.
2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2024. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2024. (in Thai).
3. Lloyd-Jones DM, Allen NB, Anderson CA, Black T, Brewer LC, Foraker RE, et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. Circulation. 2022; 146(5): e18-43.
4. Feigin VL, Norrving B, & Mensah GA. Primary prevention of cardiovascular disease through population-wide motivational strategies: insights from using smartphones in stroke prevention. British Medical Journal Global Health. 2017; 2(2): e000306.
5. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
6. 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): 175-9.
7. Branch R M. Instructional Design: The ADDIE Approach. New York: Springer.2009
8. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Tiensawad S. Instrument development for nursing research. Chiang Mai: Siampimnana; 2019. (in Thai).
10. Tulu B, Rossetti S, Heitmueller S, Sarda S, Wang J, Thompson S, et al. A patient-centered mobile health application for self-management of chronic conditions: Randomized controlled trial and user experience study. Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth. 2020; 8(7): e18515.

11. Malithong K. Educational technology and innovation. Bangkok: Arun Kanphim; 2000. (in Thai).
12. Phangdee T, Sirisopon N, Kainaka P, Nititham A, & Chalaoykitti S. Effectiveness of an Exercise Behavior Promotion Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017 18(Suppl): 291-8. (in Thai).
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
14. Pearson-Stuttard J, Kypridemos C, Collins B, Mozaffarian D, Huang Y, Huffman MD, et al. Estimating the health and economic effects of the implementation of primary prevention strategies for cardiovascular disease: a modelling study. Lancet Public Health. 2020; 5(5): e272-81.
15. Waedoyee W, & Suwan K. Effect of Self-management Support Program on Self-Management Behavior to Prevent Diabetes in Diabetes Risk Group, Yaha District, Yala Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(3): 100-9. (in Thai).
16. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. Management Information Systems Quarterly. 1989; 13(3): 319-40.
17. Wongchaichinsri P, & Pornsakulvanich W. Influence of Augmented Reality on Virtual Experience Satisfaction and Beauty Product Intention on Applications. Journal of Innovative Media and Communication. 2025; 4(1): 89-98. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Health Literacy Self-care Behaviors and Clinical Outcomes among Hypertension Patients with Risk Chronic Kidney Disease

กฤศภณ เทพอินทร์[1] กันตวิชญ์ จูเปรมปรี*[1] เสน่ห์ ขุนแก้ว[2] รพีแพทย์ ประสิทธิ์นราพันธุ์[1] นารีรัตน์ จันทร์มณี[3]

Kritsapon Thepin[1] Kantawit Jooprempree*[1] Saneh Khunkaew[2] Raphiphaet Prasitnarapun[1] Nareerat Jhanmanee[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53000

[1]Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Uttaradit Province, Thailand 53000

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50180

[2]Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Chiang Mai Province, Thailand 50180

[3]โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53160

[3]Faktha Hospital, Uttaradit Province, Thailand 53160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ซึ่งถูกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 2) คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันและชะลอไตเสื่อม และ 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .87 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความดันโลหิต และระดับโปรตีนในปัสสาวะมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง

Corresponding Author*: E-mail: kantawit@unc.ac.th

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

The research funding from Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit and The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health.

วันที่รับ (Received) 4 ต.ค. 2568 แก้ไขเสร็จ (Revised) 30 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 13 ธ.ค. 2568

Abstract

This quasi-experimental research was a two-group pretest-posttest design. The purposes of the research were to study the effects of a health literacy enhancement program on health literacy self-care behaviors and clinical outcomes among hypertension patients with risk chronic kidney disease. The sample was selected by Simple random sampling experimental group and a comparative group with 30 persons each. Research instruments were 1) a health literacy enhancement program. The program was based on the concept of health literacy by the department of health, over a 12-week period. 2) a handbook of health literacy and the prevention and delay of kidney disease progression and 3) Questionnaires on health literacy and self-care behaviors. Cronbach's alpha coefficient of health literacy and self-care behaviors were .87 and .84, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and a t-test.

The result revealed as follows: after enrolling in the program, mean of health literacy self-care behaviors and creatinine of the experimental group were higher than before enrolling in the program and higher than the comparative group to a statistically significant degree at p-value < .05. Blood pressure and urine albuminuria of the experimental group were lower than before enrolling the program and lower than the comparative group at p-value <.05. These findings suggest that a health literacy enhancement program can enhance health literacy and help prevent chronic kidney disease among hypertension patients with risk chronic kidney disease.

Keywords: Health Literacy, Self-care Behaviors, Hypertension, and Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกพบว่ามีผู้ใหญ่อายุ 30–79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง[1] สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562–2566) เพิ่มขึ้นจาก 13,360 เป็น 15,110[2] และพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปี ผ่านมา (พ.ศ. 2560–2564) เพิ่มขึ้นจาก 25.37 เป็น 32.96[3] ภาวะดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคไตเรื้อรัง ทั้งยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและกระทบคุณภาพชีวิตทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทั้งภาครัฐและท้องถิ่นจึงร่วมดำเนินมาตรการป้องกัน ควบคุม และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาระโรคในประชาชน

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การทำงานของไตลดลงและอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในระยะยาว จากสถิติข้อมูลการเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไต พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30[4] การบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้องหรือฟอกเลือด มีค่าใช้จ่ายสูงเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายยาและค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับในบริบทของประเทศไทย หน่วยงานสาธารณสุขหลายระดับได้ดำเนินมาตรการตรวจคัดกรองความดันโลหิต ติดตามผู้ป่วย และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญคือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตัดสินใจ และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง รวมทั้งเสริมศักยภาพผู้ป่วยและลดภาระระบบสาธารณสุข[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ด้วยการจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและโรคไต ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา และกิจกรรมกลุ่ม การสร้างความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ การสนับสนุนให้กำลังใจ ร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น[6,7] นอกจากนี้ยังช่วยให้ระดับความดันโลหิตและระดับโปรตีนในปัสสาวะลดลง[6]

อำเภอฟากท่ามีผู้รับบริการที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการเป็นอันดับหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอก โดยในปีงบประมาณ 2564-2566 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 14,720, 20,950 และ 22,990 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น[8] พบภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง โดยในปีงบประมาณ 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 2,848, 3,488.04 และ 4,227.88 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[8] และจากรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูงเป็นอันดับ 3 ของเขตบริการสุขภาพที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง คิดเป็น ร้อยละ 56.40 ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไตเร็วขึ้น[9] และจากการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้มีการควบคุมการรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ร้อยละ 63.33 มีภาวะเครียด ร้อยละ 26.67 ลืมรับประทานยา ร้อยละ 16.67 ไม่มาตรวจรักษาตามนัด ร้อยละ 13.33 และการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการจัดระบบให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลฟากท่า พบว่ายังไม่ได้มีการจัดทำโปรแกรมให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะ มีเพียงแค่ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว แก่ผู้ป่วยขณะมารับบริการเท่านั้น

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังยังมีไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย[10] มาใช้เป็นแนวทาง ในการสร้างโปรแกรมเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิต การเพิ่มอัตราการกรองของไต และการลดระดับโปรตีนในปัสสาวะ รวมทั้งช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก (อัตราการกรองของไต) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก (ความดันโลหิต) และระดับโปรตีนในปัสสาวะของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย[10] เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การโต้ตอบ/ ซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) การบอกต่อ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไต และระดับโปรตีนในปัสสาวะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลฟากท่า อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 268 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.211 กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัย[7] โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 4.02 (SD=0.17) และ 3.35 (SD=0.31) ตามลำดับ ได้ Effect size = .84 Alpha =.05 Power = .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน อัตราการถอนตัวจากโครงการ (drop-out rate) ของงานวิจัยเชิงทดลอง พบประมาณร้อยละ 20 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวจากงานวิจัย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20[12] แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน เป็นกลุ่มละ 35 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จับคู่ (match pair) ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระดับความดันโลหิต และระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีโรคร่วมมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกไม่เกิน 180 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่เกิน 110 มิลลิเมตรปรอท 2) มีอัตราการกรองของไต (eGFR) น้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ในการตรวจครั้งแรก และ/ หรือมีโปรตีนในปัสสาวะ (microalbuminuria) มากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อกรัม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) มีระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรงจนแพทย์ต้องเปลี่ยนแผนการรักษา และ 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมของโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย[10] ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การโต้ตอบ/ซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) การบอกต่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะการทำงาน การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และความเครียดโดยมีลักษณะคำถาม แบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 4 ข้อ 20 คะแนน 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 20 คะแนน 3) ทักษะการโต้ตอบ/ซักถาม จำนวน 6 ข้อ 30 คะแนน 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ 45 คะแนน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ผู้วิจัยดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม[13] 5) ทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัย[14] มีจำนวน 8 ข้อ 8 คะแนน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด และ 6) ทักษะการบอกต่อ จำนวน 1 ข้อ 10 คะแนน ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เกณฑ์การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 4 ระดับ13 ดังนี้ ระดับคะแนน 0-78 (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) อยู่ในระดับไม่ดี ระดับคะแนน 79-93 (คะแนน ร้อยละ 60-69) อยู่ในระดับพอใช้ ระดับคะแนน 94-106 (คะแนนร้อยละ 70-79) อยู่ในระดับดี และระดับคะแนน 107-133 (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งสิ้น 21 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง[15] ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไต และระดับโปรตีนในปัสสาวะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีระยะเวลา

12 สัปดาห์ กิจกรรมมีดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ประเมินภาวะสุขภาพ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ตอบแบบสอบถาม กิจกรรม “รู้ตนเอง สรรสร้าง ความเข้าใจ” “ปรับมุม เปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง” “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สู้ภัยโรค” และฝึกทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 และ 6 การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทบทวนทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาทางเลือกและตัดสินใจแนวทางแก้ไขพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 4 และ 10 การติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามความตั้งใจและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในดูแลสุขภาพ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนการตัดสินใจทางสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังฝึกทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสารจากคู่มือและแผ่นพับ รวมถึงวิเคราะห์และปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลหลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินภาวะสุขภาพ เจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ ตอบแบบสอบถาม และได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และสัปดาห์ที่ 12 สรุปให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกับการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังสาธิตและฝึกทักษะ พร้อมประเมินผลหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงพิจารณาแล้วมีการปรับ ข้อคำถามตามที่ผู้ทรงให้ข้อเสนอแนะ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 และ 1.00 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านโคก จ.อุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .87 และ .84

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2568 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ BCNUT REC No. 001/2568 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงจะได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก และ อัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk test พบว่า มีการกระจายแบบปกติจึงใช้สถิติ Independent t-test ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับโปรตีนในปัสสาวะมีการกระจายแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อัตราการกรองของไต และระดับโปรตีนในปัสสาวะภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro–Wilk test พบว่ามีการกระจายแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 และ 53.33 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 51.90 ปี และ 51.97 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่ม

ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 และ 86.70 ตามลำดับ อาชีพ ส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 63.30 ลักษณะการใช้แรงงานในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ใช้แรงงานมาก ร้อยละ 90 และร้อยละ 80 ตามลำดับ และทั้ง 2 กลุ่ม มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี ร้อยละ 53.30 (เฉลี่ย 6.23 ปี) และ 56.70 (เฉลี่ย 6.45 ปี) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 60)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		ค่าสถิติ	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	103.57	5.63	78.13	9.70	12.422[a]	<.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	4.21	0.16	3.24	0.37	-6.620[b]	<.000*
ความดันโลหิตซิสโตลิก	126.27	6.87	137.97	47.97	-5.397[b]	<.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	79.00	6.05	83.90	8.41	-2.591[a]	.012*
อัตราการกรองของไต	95.40	11.36	89.16	14.34	2.041[a]	.047*
ระดับโปรตีนในปัสสาวะ	125.28	44.94	280.93	39.45	-6.375[b]	<.000*

* p-value < .05 , a = Independent t- test, b = Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระดับโปรตีนในปัสสาวะของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	76.53	10.04	103.57	5.63	-4.784	<.000*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.19	0.34	4.21	0.16	-4.786	<.000*
ความดันโลหิตซิสโตลิก	138.17	7.16	126.27	6.87	-4.786	<.000*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	84.17	8.99	79.00	6.05	-3.846	<.000*
อัตราการกรองของไต	90.22	14.73	95.40	11.36	-3.296	.001*
ระดับโปรตีนในปัสสาวะ	314.73	10.24	125.28	44.94	-4.783	<.000*

* p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อัตราการกรองของไตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระดับโปรตีนในปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (M = 103.57, SD. = 5.63) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 76.53, SD. = 10.04) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 78.13, SD. = 9.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.422$, $p < .05$) ซึ่งผลการวิจัยนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการดูแลตนเองผ่านกิจกรรม “รู้ตนเอง สรรสร้าง ความเข้าใจ” ซึ่งเน้นการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การใช้ข้อมูล การอ่านฉลากโภชนาการและยา การสื่อสาร และการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ กิจกรรมครอบคลุมตามแนวคิดของกรมอนามัย[10] นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตามมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัย[6,7,14] โดยพบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ[16] พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (M = 4.21, SD. = 0.16) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M = 3.19, SD. = 0.34) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 3.24, SD. = 0.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.786$, $p < .05$) ซึ่งผลการวิจัยอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกิจกรรม “ปรับมุม เปลี่ยนมอง ป้องกันตนเอง” ช่วยพัฒนาทักษะการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาอย่างเหมาะสม อีกทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านและการโทรศัพท์ติดตาม มีส่วนสำคัญในการเสริมแรงจูงใจและความตั้งใจของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์สอดคล้องกับงานวิจัย[6,7,14] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเสริมพลังใจและแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[17] การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำลดพฤติกรรมเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ[5,18] นอกจากนี้ ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (eGFR) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ส่งผลให้อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น การจัดการตนเองโดยเฉพาะการควบคุมความดันโลหิตและการเลือกรับประทานอาหารถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มอัตราการกรองของไต[19] โดยค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต เพิ่มขึ้น 5.18 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ภายใน 12 สัปดาห์ และการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาและไม่มีภาวะการป่วยร่วม ซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงเพิ่มความเข้าใจ แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและการป้องกันภาวะ ไตเรื้อรัง ดังนั้นจึงควรติดตามผลระยะยาวเพื่อความยั่งยืนของผลลัพธ์ต่อไปในอนาคต

2. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (M = 126.27, SD. = 6.87) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 137.97, SD. = 47.97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.397$, $p < .05$) และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (M = 79, SD. = 6.05) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 83.90, SD. = 8.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.591$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความตระหนักรู้ และทักษะการปฏิบัติตน ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกิจกรรมการฝึกทักษะด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา การใช้ข้อมูลสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยร่วมกับการแลกเปลี่ยนกับพยาบาลเวชปฏิบัติ และการติดตามผ่านทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[7,18,20] พบว่า ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 11.9 มิลลิเมตรปรอท และไดแอสโตลิกลดลง 5.17 มิลลิเมตรปรอท แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจปฏิบัติที่เหมาะสม[16] นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับโปรตีนในปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้สะท้อนถึงโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมความดันโลหิต การรับประทานอาหารตามแนวทางแดชไดเอท การออกกำลังกาย และการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดภาวะเครียดออกซิเดชั่น (oxidative stress) ลดการอักเสบ และลดความดันภายในโกลเมอรูลัส ส่งผลให้ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะและชะลอการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[21] ดังนั้น

การควบคุมความดันโลหิตและการลดโปรตีนในปัสสาวะเป็นเป้าหมายหลักในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง[22] และโปรแกรมดังกล่าวไม่เพียงพัฒนาความรู้และทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ แต่ยังส่งผลต่อการลดความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย มีดังนี้

1) ด้านนโยบาย ควรบูรณาการโปรแกรมนี้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเสริมประสิทธิผลของการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตในระดับชุมชน

2) ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษา ติดตามสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3) ด้านวิชาการ ควรนำโปรแกรมไปใช้พัฒนาการเรียนการสอน ตลอดจนต่อยอดการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน

References

1. Whelton PK, & Carey RM. Hypertension and cardiovascular disease. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, & Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.
2. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Hypertension situation report in Thailand 2019–2023. Bangkok: Department of Disease Control; 2024.
3. Information Technology and Epidemiology Group, Division of Non-Communicable Diseases. Number and mortality rates from 5 non-communicable disease (2017-2021). Bangkok: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
4. Wichitsunthornkul K. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures. Bangkok: M.P.T; 2022. (in Thai)
5. 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.
6. Punyathanachaikul K, Moolsart S, & Chailimpamontree W. The Effectiveness of a health Literacy Developmental Program in Hypertension Patients Risk to Chronic Kidney Disease. Nursing Public Health and Education Journal. 2020;21(1):41-54. (in Thai)
7. Thepin K, Khunkaew S, Jooprempree K, & Wongsawang P. The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Self-care Behaviors and Clinical Outcomes among Diabetes and Hypertension Patients with Chronic Kidney Disease Stage III, Faktha District Uttaradit Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):131-9. (in Thai)
8. Non communicable disease clinic of Faktha hospital. Patient with Chronic Kidney Disease report of Faktha hospital. Uttaradit: Faktha hospital; 2023. (in Thai)
9. Thanakitcharu P. Hypertension management in chronic kidney disease patients. Journal of the Department of Medical Services. 2015;2(5):36-48. (in Thai)

10. Department of Health. Principles of health-literate organization. Bangkok: Health Literacy Promotion Project, Department of Health 4.0; 2018. (in Thai)
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41(4): 1149-60.
12. Bhuduangdok J, Mangkarakeree N, & Tamdee D. Effect of Learning Experience Program on Knowledge and Care Practices in Patients with Uncontrolled Hypertension Among Village Health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;26(2):26-36. (in Thai)
13. Bureau of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health literacy and health behavior promotion and assessment, revised edition 2018. Bangkok: M.P.T; 2018. (in Thai)
14. Techaboonya R. The Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Patients with Type 2 Diabetes Risk of Chronic Kidney Disease [Master thesis]. Nonthaburi Sukhothai Thammathirat Open University. 2020. (in Thai).
15. Tnanachikhan N. 2012. Preliminary statistics for research. Bangkok: Wittayapat. (in Thai)
16. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, & Rothman RL. Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control. Journal of Health Communication. 2010;15(S2):146–58.
17. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, & Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. Journal of Health Communication. 2016;21(S2):54–60.
19. National Kidney Foundation. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. National Kidney Foundation; 2020.
20. Halladay JR, Donahue KE, Cene CW, Li Q, Cummings DM, Hinderliter AL, et al. The Association of Health Literacy and Blood Pressure Reduction in a Cohort of Patients with Hypertension: The Heart Healthy Lenoir Trial. Patient Education and Counseling. 2017; 100(3):542–9.
21. Jacobs DR Jr, Gross MD, Steffen L, Steff MW, Yu X, Svetkey LP, et al. The Effects of Dietary Patterns on Urinary Albumin Excretion: Results of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Trial. American Journal of Kidney Disease. 2009;53(4):638–46.
22. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. Kidney International. 2021;99(3S):S1–S87.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

The Effects of the Empowerment Program on Self-Protection Behavior Against $PM_{2.5}$ Exposure Among Older Adults in Chiang Mai Province Area

ปรารถนา พลากำแหง[1] ปรเมษฐ์ อินทร์สุข*[2] ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ[2]
Prattana Palakomhaeng[1] Poramate Insook*[2] Khanitta Wisitcharoen[2]
[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้า เชียงใหม่ ประเทศไทย 50120
[1]Nongha Sub-District Health Promoting Hospital, Chiang Mai, Thailand, 50120
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50290
[2]Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai, Thailand, 50290

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังและติดตามต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 68 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน เครื่องมือในการวิจัย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) ทั้งสองช่วงเวลา แสดงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงผลต่อเนื่อง จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีปัญหามลพิษทางอากาศ เพื่อลดความเสี่ยงต่อผลกระทบสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pre-test post-test and follow-up design aimed to examine the effects of an empowerment program on self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ exposure among older adults in Chiang Mai Province. The study sample comprised 68 purposively selected older adults, who

Corresponding Author: *E-Mail: poramate_is@mju.ac.th

วันที่รับ (Received) 28 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 พ.ย. 2568

were allocated into an experimental group (n = 34) and a control group (n = 34). The research instruments included: (1) the experimental instrument, which was an empowerment program for self-protection against $PM_{2.5}$ exposure, and (2) data collection instruments, consisting of a measurement scale assessing self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ exposure. The data collection instrument demonstrated a reliability coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures ANOVA.

The results indicated that self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ among elderly participants increased significantly immediately following program participation and at the 12th week compared with baseline ($p < .001$). Between-group comparisons further revealed that the experimental group exhibited significantly higher self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ than the control group ($p < .001$) at both post-intervention assessments. These findings suggest that the empowerment program is effective in enhancing and sustaining self-protective behaviors against $PM_{2.5}$ exposure among older adults. Accordingly, the program may be considered a viable strategy for health promotion in elderly populations residing in areas affected by air pollution, thereby reducing health risks associated with $PM_{2.5}$ exposure.

Keywords : Empowerment program, Self-Protection Behavior Against $PM_{2.5}$ Exposure, Older Adults

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (Particulate Matter 2.5/$PM_{2.5}$) ที่เกินค่ามาตรฐานเป็นมลพิษทางอากาศระดับประเทศที่คุกคามสุขภาพประชาชน โดยฝุ่น $PM_{2.5}$ เป็น อนุภาคที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2.5 ไมโครเมตร หรือมีขนาดประมาณ 1 ใน 25 ของเส้นผ่านศูนย์กลางเส้นผมมนุษย์[1-2] สาเหตุการเกิด $PM_{2.5}$ ในชุมชนเมืองมาจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงในภาคขนส่ง การผลิตไฟฟ้า และการปล่อยมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม ขณะที่ในพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่เกิด จากการเผาไหม้ชีวมวลทางการเกษตร[3] นอกจากนี้ยังสามารถเกิดขึ้นตามธรรมชาติจากไฟป่า การระเบิดของภูเขาไฟ และการกระเซิงของทราย[4]

สถานการณ์ฝุ่นละอองในภาคเหนือของประเทศไทยมีความรุนแรงเป็นพิเศษ โดยจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งตั้งอยู่ใกล้ชายแดนเมียนมาร์พบปริมาณ $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐาน 65 วันในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2567[5] ค่าเฉลี่ยรายปีในหลายพื้นที่เกินมาตรฐานองค์การอนามัยโลก (5 มคก./ลบม.) อย่างมีนัยสำคัญ เช่น พื้นที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (28 มคก./ลบม.) และเทศบาลตำบลสันป่าตอง (28 มคก./ลบม.)[6] การสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดเลือด[7-8] ในจังหวัดเชียงใหม่มีประชากรผู้สูงอายุกว่า 344,000 คน คิดเป็นร้อยละ 24.29 ของประชากรทั้งหมด[9] ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงจากผลกระทบทางสุขภาพของฝุ่น $PM_{2.5}$ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้การทำงานของปอดลดลงและภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง[10] ฝุ่น $PM_{2.5}$ กระตุ้นการอักเสบของทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการรุนแรงขึ้น เมื่อสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ เวลานานทำให้เนื้อเยื่อปอดถูกทำลาย และลดประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิด acute exacerbation ในผู้ป่วยอุดกั้นเรื้อรัง เกิดภาวะพร่องออกซิเจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[11] และจากการศึกษาการป้องกันตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน $PM_{2.5}$ ของประชาชนยังอยู่ในระดับปานกลาง[12]

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมความตระหนักและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยทำให้บุคคลมีความรู้ ความเชื่อมั่น อิสระในการตัดสินใจ และความสามารถในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งดึงศักยภาพภายในมาใช้ในการดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ กระบวนการนี้อ้างอิงกรอบแนวคิดของกิ๊บสัน (1995)[13] ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (holding on) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการ

เสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือปรับเปลี่ยนให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น เช่น สามารถป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง[14] สามารถเพิ่มพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน[15] เป็นต้น ผู้วิจัยจึงอาศัยกระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อลดผลกระทบทางสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เกินค่ามาตรฐาน ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจใช้แนวคิดของ Gibson เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันตนเองในสถานการณ์ฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินมาตรฐาน ยังมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ จากมลพิษทางอากาศ ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมและมีศักยภาพในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและป้องกันตนเองจากผลกระทบของฝุ่น $PM_{2.5}$ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12

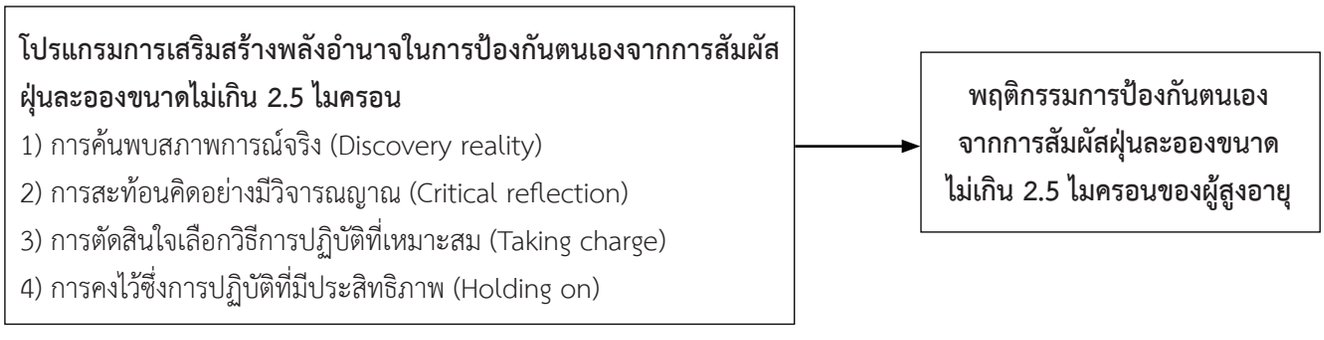
สมมติฐาน

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 12 แตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้อาศัยแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพด้วยตนเอง ของกิ๊บสัน (Gibson)[13] มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovery reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ซึ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุ มีความมั่นใจ มีพลังอำนาจ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองในเรียนรู้ปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้ โดยประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามผลต่อเนื่อง ประชากร คือ ผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยเลือกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอสันป่าตอง เนื่องจากเป็นพื้นที่กึ่งเมืองและกึ่งชนบท ซึ่งปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ มีสาเหตุทั้งจากการสันดาษของ

เครื่องยนต์ดีเซล โรงงานขนาดเล็กและการเผาเศษวัสดุทางการเกษตรร่วมด้วย และทำการสุ่มอย่างง่ายในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองห้า โดยกำหนดขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G power version 3.1.9.7 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ α = 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.9 และกำหนดค่าขนาดของผล effect size f เท่ากับ 0.2 ได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 56 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัย ร้อยละ 20[16] ดังนั้นการศึกษานี้กำหนดขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 34 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน ผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ มาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี (2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์[17] ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่[18] ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (3) สามารถอ่านเขียน ภาษาไทยได้ (4) ยินยอมให้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ได้รับการรักษาด้านจิตเวช หรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง เลขที่ SPT REC No. 017/2567 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการวิจัยต่อไป ในกรณีไม่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริงขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ รวมทั้ง 2) คู่มือและ 3) แผ่นพับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้เสนอโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ คู่มือการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนในผู้สูงอายุ และแผ่นพับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนในผู้สูงอายุผู้วิจัยได้นำเสนอ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุข 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความความเหมาะสมของเนื้อหา และได้นำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไขแล้ว

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด การประกอบอาชีพในปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยในครัวเรือนด้วยกัน การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น $PM_{2.5}$ การป้องกันตนเองของผู้สูงอายุสถานการณ์ที่มีปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ ในบรรยากาศมีค่าสูงจนถึงวิกฤตของค่ามาตรฐาน เป็นต้น และ 2) แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[1] จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบวัด Likert scale 5 ระดับ โดย 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ, 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยๆ 3 คะแนน หมายถึงปฏิบัติบ้าง บางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ ช่วงคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุข 1 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97 และได้นำแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละออง

ขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย[16] แล้วนำคะแนนไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตรวจสอบโดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient Reliability) เท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และทำแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ก่อนการทดลอง (T0)

2. กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำตามปกติในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนในผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 1 และประเมินติดตามวัดแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน ในสัปดาห์ที่ 4 (T1) และประเมินติดตามวัดแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน ในสัปดาห์ที่ 12 (T2) แล้วจึงให้ข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ตามคู่มือการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนในผู้สูงอายุเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ เริ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ฝุ่น $PM_{2.5}$ สาเหตุของการเกิดฝุ่น $PM_{2.5}$ ผลกระทบต่อสุขภาพของการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ระหว่างผู้สูงอายุและผู้วิจัย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น$PM_{2.5}$ ระหว่างผู้สูงอายุและผู้วิจัย

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองที่ผ่านมาในการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ และเปิดโอกาสผู้สูงอายุฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ อย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ และในสัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองที่ผ่านมาในวิธีการป้องกันการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ และอภิปรายวิธีการป้องกันการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ วิธีการเลือกและใช้หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดบ้าน การงดการเผาขยะ การล้างจมูก การปิดหน้าต่างให้มิดชิด เป็นต้น

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ ในสัปดาห์ที่ 4 จัดให้ผู้สูงอายุอภิปรายกับผู้วิจัยเรื่องทางเลือกการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ ในสัปดาห์ที่ 5-8 ผู้วิจัยติดตามวิธีการการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุบอกจุดแข็งของตนเองในพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง และพฤติกรรมของตนเองที่ควรปรับปรุง และในสัปดาห์ที่ 12 ติดตามการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุ และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ ติดตามหลังได้รับโปรแกรม (T2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความถี่ ค่าร้อยละค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยตรวจสอบการแจกแจงของคะแนนโดยใช้สถิติ Kolmogonov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measurement Analysis of Variance [ANOVA]) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง 20 คน ร้อยละ 58.82 เพศชาย จำนวน 14 คน ร้อยละ 41.18 อายุเฉลี่ย 67.52 ปี (SD. 4.48) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุจบการศึกษา

ระดับประถมศึกษา จำนวน 27 คน ร้อยละ 79.41 รองลงจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 5 คน ตามลำดับ ร้อยละ 14.71 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 23 คน ร้อยละ 67.65 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 4 คน ร้อยละ 11.76 ด้านรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3,000 บาท จำนวน 21 คน ร้อยละ 61.76 ข้อมูลด้านสุขภาพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 โดยมีโรคประจำตัวจำนวน 2 โรคขึ้นไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 57.69 มีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค จำนวน 11 คน ร้อยละ 42.31 โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 18, 15, 5, 3 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 69.23, 57.69, 19.23 และ 11.54 ตามลำดับ ลักษณะที่อยู่อาศัยบ้านครึ่งไม่ครึ่งปูน จำนวน 25 คน ร้อยละ 73.53 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่ชีวิต/คู่สมรส จำนวน 14 คน (ร้อยละ 41.18) ซึ่งการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น $PM_{2.5}$ ส่วนใหญ่จากโทรทัศน์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล) ร้อยละ 91.18, 91.18 และ 76.47 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุสถานการณ์ที่มีปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ ในบรรยากาศมีค่าสูงจนถึงวิกฤตของค่ามาตรฐานส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัย (surgical mask) ร้อยละ 100 ส่วนหน้ากากชนิด N95 ร้อยละ 11.76

กลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 25 คน ร้อยละ 73.53 อายุเฉลี่ย 68.53 ปี (SD. 4.28) สถานภาพสมรส จำนวน 26 คน ร้อยละ 76.47 ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษา จำนวน 29 คน ร้อยละ 85.29 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 14 คน ร้อยละ 41.18 ด้านรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่า 3,000 บาท จำนวน 19 คน ร้อยละ 55.88 ข้อมูลด้านสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 27 คน ร้อยละ 79.41 โดยมีโรคประจำตัวจำนวน 2 โรคขึ้นไป จำนวน 16 คน ร้อยละ 59.26 ส่วนใหญ่พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 77.78, 70.37 และ 33.33 ตามลำดับ ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว จำนวน 20 คน ร้อยละ 58.82 ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาและลูกหลานด้วยกัน จำนวน 23 คน ร้อยละ 67.65 ซึ่งการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับฝุ่น $PM_{2.5}$ ส่วนใหญ่จาก อสม. ร้อยละ 88.24 ส่วนการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุสถานการณ์ที่มีปริมาณฝุ่น $PM_{2.5}$ ในบรรยากาศมีค่าสูงจนถึงวิกฤตของค่ามาตรฐานส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 100 ส่วนหน้ากากชนิด N95 ร้อยละ 35.29

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมทันทีและติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value*	Partial η^2
ระยะเวลา	7.55	1.67	4.52	42.082	< .001	.389
ระยะเวลา x กลุ่มผู้เข้า	14.088	1.670	8.433	78.476	< .001	.543
ความคลาดเคลื่อน	11.848	110.251	0.107	-	-	-

หมายเหตุ : n กลุ่มละ 34, *p< .05, SS= Sum Square, df= degree of freedom, MS= Mean Square

เมื่อทดสอบ Mauchly's Test พบว่ามีการละเมิดสมมติฐาน จึงใช้ค่าปรับแบบ Greenhouse–Geisser ในการวิเคราะห์ผลสถิติ ANOVA พบว่าระยะเวลา (ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมทันทีและติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ $F(1.67, 110.25) = 42.08$, $p < .001$, Partial $\eta^2 = .389$ และยังพบผลความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา (ก่อน-หลังได้รับโปรแกรมทันทีและติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12) และกลุ่มผู้เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญ $F(1.67, 110.25) = 78.48$, $p < .001$, Partial $\eta^2 = .543$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุก่อน-หลังได้รับโปรแกรมทันทีและติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=34)

	M	SD	Mean difference (95% CI)		p-value*
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ					
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	3.71	0.51	Reference		
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	4.34	0.35	0.62	(0.37, 0.88)	<.001**
ติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 (T2)	4.71	0.16	1.00	(0.77, 1.23)	<.001**

*Bonferroni test, **Significant at p-value < .05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายคู่พบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม 0.62 คะแนน (95% CI: 0.37, 0.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) และสัปดาห์ที่ 12 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม 1.00 คะแนน (95% CI: 0.77, 1.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันทีและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 (n=68)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม (n=34)		กลุ่มทดลอง (n=34)		F	p-value*
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรม (T0)	3.58	0.69	3.71	0.51	37.17	<.001**
หลังได้รับโปรแกรมทันที (T1)	3.82	0.67	4.34	0.35		
ติดตามหลังได้รับโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 (T2)	3.32	0.52	4.71	0.16		

*Bonferroni test, **Significant at p-value < .05

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F=37.17, p-value <.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนของผู้สูงอายุ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 12 มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.001) เนื่องจากโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงปัญหา และความต้องการ

ของตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่มีปริมาณค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ เกินค่ามาตรฐานส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีความเข้าใจในสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศและค่าฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เกินค่ามาตรฐาน โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีกิจกรรมดังนี้ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้และสาเหตุของการเกิดฝุ่น $PM_{2.5}$ ผลกระทบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ เรื่องการป้องกันตนเองจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก สื่อวีดีทัศน์ และ infographic กรมอนามัย[19] 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ อภิปรายเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ เปิดโอกาสผู้สูงอายุวิเคราะห์พฤติกรรมตนเองที่ผ่านมาและให้ผู้สูงอายุฝึกวิเคราะห์สถานการณ์อย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยใช้คู่มือการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุ และจัดให้มีสถานการณ์จำลองเพื่อสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ และอภิปรายร่วมกันวิธีการป้องกันตนเองได้ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ได้จัดให้ผู้สูงอายุอภิปรายเรื่องทางเลือกการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่เหมาะสมกับตนเองได้สอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิ๊บสัน[13] 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยติดตามการป้องกันตนเองจากการสัมผัสจากฝุ่น $PM_{2.5}$ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถบอกจุดแข็งของตนเองในพฤติกรรมที่ปฏิบัติบ่อยครั้งและพฤติกรรมของตนเองที่ควรปรับปรุง และได้ติดตามการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุให้คงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในการอาศัยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง[14,15] และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$[20]

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมทันที และสัปดาห์ที่ 12 พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ กิจกรรมหลักคือการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การใช้ประสบการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมาสนับสนุนการตัดสินใจ[21] และการประยุกต์ใช้ข้อมูลในการเลือกวิธีป้องกันฝุ่น $PM_{2.5}$ รวมถึงการจัดสถานการณ์จำลอง โดยโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถระบุปัญหา วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งแนวทางป้องกันตนเอง เกิดความมั่นใจ ทัศนคติที่ดีและเกิดพลังอำนาจตามกรอบแนวคิด[13] เช่น การเลือกใช้หน้ากาก N95 เมื่อระดับฝุ่น $PM_{2.5}$ เกิน 91 มคก./ลบ.ม. (ระดับสีแดง) ซึ่งเป็นอันตรายโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางอย่างผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว ผลจากโปรแกรมช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผลกระทบจากฝุ่น $PM_{2.5}$ ต่อสุขภาพ เช่น การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เลือดกำเดาไหล ไซนัสอักเสบ ดังนั้นผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ของผู้สูงอายุจึงมีประสิทธิภาพต่อความมั่นใจและพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ที่ดีกว่าก่อนทดลอง และดีขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมทั้งหมดและติดตามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น $PM_{2.5}$ ด้วยตนเอง ดังนั้นควรมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแล รวมถึงชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อเกิดความยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในช่วงที่มีปริมาณฝุ่น **$PM_{2.5}$** เกินค่ามาตรฐาน เพื่อติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และศึกษาเพิ่มเติมในการนำโปรแกรมฯ เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสฝุ่น **$PM_{2.5}$** ของผู้สูงอายุในเขตเมืองกับชนบท

References

1. Inttarakamhang U. Health impacts from particulate matter less than 2.5 microns in size ($PM_{2.5}$) among village health volunteers in an ecoindustrial city area. 2020. (in Thai)

2. Hassan A, Ilyas SZ, Agathopoulos S, Hussain SM, Jalil A, Ahmed S, et al. Evaluation of adverse effects of particulate matter on human life. Heliyon. 2021;7(2):e05968.
3. Bae HR, Chandy M, Aguilera J, Smith EM, Nadeau KC, Wu JC, et al. Adverse effects of air pollution-derived fine particulate matter on cardiovascular homeostasis and disease. Trends Cardiovasc Med. 2022;32(8):487-98.
4. Calvo AI, Alves C, Castro A, Pont V, Vicente AM, & Fraile R. Research on aerosol sources and chemical composition: Past, current and emerging issues. Atmos Res. 2013;120:1-28.
5. Environmental and Pollution Control Office 1. Air pollution haze situation. Chiang Mai: Environmental and Pollution Control Office 1, 2024. (in Thai)
6. Research Institute for Health Sciences Chiang Mai University. Daily historical air quality data (24-hour average $PM_{2.5}$). Chiang Mai: Research Institute for Health Sciences Chiang Mai University, 2024. (in Thai)
7. Department of Pollution Control, Ministry of Public Health. Manual for surveillance, prevention, and control of diseases and health threats from particulate matter less than 2.5 microns ($PM_{2.5}$). Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021. (in Thai)
8. Hassanvand MS, Naddafi K, Malek M, Valojerdi AE, Mirzadeh M, Samavat T, et al. Effect of long-term exposure to ambient particulate matter on prevalence of type 2 diabetes and hypertension in Iranian adults: an ecologic study. Environmental science and pollution research. 2018; 25(2):1713-18.
9. Department of Health Service Support. Report on health screening results of the elderly in the community 2024.
10. Amnuaylojaroen T, & Parasin N. Pathogenesis of $PM_{2.5}$-Related Disorders in Different Age Groups: Children, Adults, and the Elderly. Epigenomes. 2024;8(2):1-13.
11. Kachai S, Kawai C, & Chuji W. The study of health effects from fine particulate matter ($PM_{2.5}$) in Lampang province, Thailand. Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2024; 14(1), 314–330. (in Thai)
12. Wiwattanapaisarn P. Knowledge, Attitude and $PM_{2.5}$ Preventive Behavior among People aged 18-60 in Bangkok. Academic Journal of Community Public Health. 2024; 10(2): 161-76. (in Thai)
13. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of advanced nursing. 1995;21(6):1201-10.
14. Jaemtim N, Yuenyong S, & Srisodsaluk P. Effect of the Empowerment Program on the Prevention of Hypertension Disease in the Population at Risk of Hypertension Disease of Tombon Chokchram, Umphor Bangplama, Suphanburi province. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2016; 22(1), 65-75. (in Thai)
15. Ucharattana P, Pansakd W, & Posre C. The effectiveness of the empowerment program on development of self-care competency in community dwelling elders. Journal Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2): 216-24. (in Thai)
16. Tato R. Nursing research: concepts to application. 7th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. (in Thai)
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society. 1975;23(10): 433-41.

18. Chiangmai Provincial Public Health Office. Health screening guide for the elderly health promotion. Chiang Mai: Chiangmai Provincial Public Health Office; 2018. (in Thai)
19. Department of Health, Ministry of Public Health. Health impact assessment, People's guide on how to keep $PM_{2.5}$ safe. 2020. (in Thai)
20. Makatuek N. The effects of an empowerment program on knowledge, prevention behaviorsfor peritoneal infection, and peritoneal infection in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis, Fang hospital, Chiang Mai Province. Journal of Nursing and Public Health Research. 2023;3(3): 32-47. (in Thai)
21. 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 Royal Thai Army Nurses. 2023;23(3):99-109. (in Thai)

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ

The Effect of Telemedicine Health Care Model for the Elderly person with Diabetes Mellitus on Blood Sugar Levels Control, Quality of Life and Program Participation Satisfaction

รุ่งนภา จันทรา[1] ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์[1] ธัญพร ชื่นกลิ่น*[2] ธิดา แสงมณี[3]

Rungnapa Chantra[1] Supalak Thanaroj[1] Thunyaporn Chuenklin*[2] Tida Sangmanee[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84000

[1]Boromarajonani College of Nursing Surat thani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institue, Surat thani Thailand 84000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, กรุงเทพฯ 10600

[2]Faculty of Nursing, Bansomdejchaopraya Rajabhat University, Bangkok Thailand 10600

[3]โรงพยาบาลเคียนซา, สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84260

[3]Khiensa Hospital, Surat thani, Thailand 84260

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นการวิจัยแบบ One group posttest design ประชากรเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อความพึงพอใจ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67 - 1 ค่าความเชื่อมั่น .78 และ .70 ตามลำดับ ใช้สถิติ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One Way Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 121-180 mg/dl เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโครงการที่เดือน 1, 2, 3 และ 4 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value > .05) หลังร่วมรูปแบบฯ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการโดยรวมอยู่ในระดับมาก การดูแลด้วยการแพทย์ทางไกลเป็นรูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถควบคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน การแพทย์ทางไกล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต

Corresponding author E-mail: thunya_po@hotmail.com หรือ thunyaporn.ch@bsru.ac.th

วันที่รับ (Received) 21 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 21 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 29 พ.ย. 2568

Abstract

This study aimed to examine the effect of telemedicine health care model for the elderly with diabetes mellitus on blood sugar levels control, quality of life and program participation satisfaction. The quasi-experimental research, one group posttest design was conducted. The population was elderly person with type II diabetes mellitus and 30 samples were selected using purposive sampling. Data were collected using blood sugar record form, quality of life questionnaire and satisfaction questionnaire with item objective congruence: IOC, 0.67-1, and α- Cronbach coefficient, .78 and .70 respectively. The statistics used were frequency distribution, percentage, average, standard deviation and one-way repeated measures ANOVA.

The findings showed that after participating in the telemedicine health care model for the elderly with diabetes mellitus, most of the participants had blood sugar levels between 121-180 mg/dl, the comparison of blood sugar levels at month 1, 2, 3 and 4 after the program showed no significant difference (p-value > .05). the quality of life after participating in the telemedicine health care model was found as high level and also the program participation satisfaction was good level. In conclusion, the telemedicine health care able to be an option to promote the ability of elder to control their blood sugar and provide good quality of life.

Keywords: Elderly, Diabetes Mellitus, Telemedicine, Blood sugar levels control, Quality of life

บทนำ

เบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญจัดอยู่ในลำดับต้นๆ ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 5,224.0 ต่อแสนประชาชน และในปี พ.ศ. 2567 จำนวนการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 8,104.2 ต่อแสนประชากร[1] การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ทั้งมีโอกาสก่อให้เกิดความพิการที่ยากจะหลีกเลี่ยง ซึ่งเป็นปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

เบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปี เป็นโรคเบาหวาน[2] โดยร้อยละ 90 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2[3] สำหรับประเทศไทยพบว่า ประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 19[4] เป้าหมายของการรักษาผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน[5] แต่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีความซับซ้อนในการจัดการสุขภาพของตัวเอง ร้อยละ 76.4 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[6] เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ จากภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ[2,7] ทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง[8] คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่หลังเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน[9] ในทางกลับกันหากสามารถควบคุมเบาหวานได้ จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี[10]

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องการความต่อเนื่องในการพบกับทีมสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ ปรับขนาดยา ปรับตัว รวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุของการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ระยะทาง[11] ขาดยา การดูแลด้วยการแพทย์ทางไกล (telemedicine) จึงเป็นทางเลือกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาสเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง ดังผลการศึกษาที่พบว่า ระบบแพทย์ทางไกลช่วยให้การดูแลผู้ป่วยนอกสูงอายุในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 เกิดความต่อเนื่อง[12] เพิ่มโอกาสการพบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แก้ปัญหาการเดินทาง เป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษาและการติดตามผลการรักษาหลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์

การออกแบบรูปแบบการบริการสุขภาพโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ประสบความสำเร็จ ต้องครอบคลุมการดำเนินการในด้านผู้ป่วย ให้

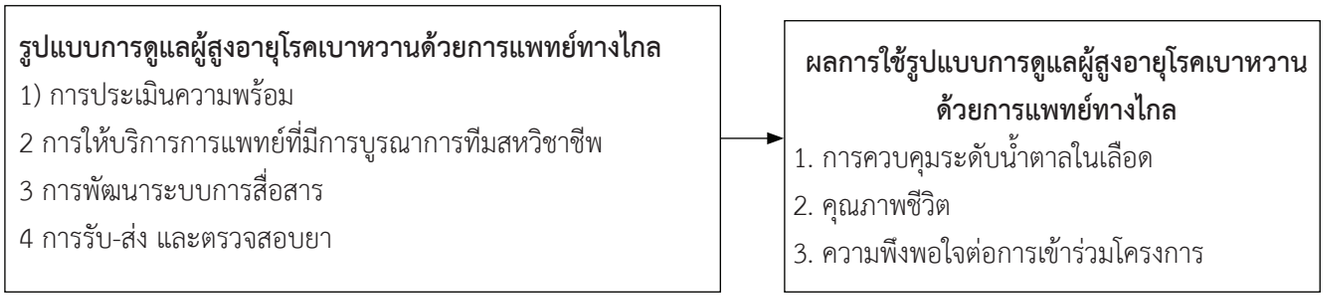
สามารถจัดการสุขภาพตนเองด้วยความกระตือรือร้นโดยได้รับการสนับสนุนความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ ด้านทีมผู้ดูแลสุขภาพต้องพร้อมทำงานเชิงรุก มีความชำนาญ มีข้อมูล เวลา และทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอจึงจะนำมาซึ่งผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริง[13] เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ โดยการดูแลต้องประกอบด้วย กระบวนการมาตรการดูแล การติดตามสถานะสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการให้บริการสุขภาพ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (the chronic care model)[14] ร่วมกับแนวคิดระบบสุขภาพ[15] ประกอบด้วย (1) การประเมินความพร้อมด้านผู้รับบริการ ด้านความต้องการ ด้านความคุ้มค่า และด้านเทคโนโลยี (2) การให้บริการการแพทย์ที่มีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (3) การพัฒนาระบบการสื่อสาร และ (4) การรับ-ส่ง และตรวจสอบยา การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลเมื่อครบเดือนที่ 1, 2, 3 และ 4
2. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล
3. ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ One group posttest design ซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากร เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเคียนซา อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 823 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเคียนซา อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย G* Power ที่กำหนดค่า effect size 0.5[16], alpha 0.05 และ power 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 27 คน รวมการชดเชยการสูญหาย คิดเป็น 30 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 3) อ่านออก เขียนได้ ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และแอปริเคชันได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดหรือตอบคำถามไม่ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ข้อมูลของงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลสำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีการดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครวิจัย ด้วยการบอกกล่าวถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนของการวิจัย มีการเจาะเลือดปลายนิ้ว อันเป็นความเสี่ยงต่ำไม่เกินความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีการป้องกันโดยใช้ผู้ที่มีความชำนาญในการเจาะเลือดและดูแลความปลอดภัยทุกครั้ง มีการแจ้งสิทธิ์การเข้าร่วมตามความสมัครใจ การรักษาข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครวิจัย ตามขั้นตอนที่ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เอกสาร

รับรองเลขที่ 06/2566 วันที่ 30 มีนาคม 2566

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

1. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยการบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องวัดน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วก่อนอาหาร จำนวน 4 ครั้ง หลังจากเข้าร่วมโครงการเมื่อครบเดือนที่ 1, 2, 3 และ 4

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI)[17] เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ และด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ รวม 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก 3.51-4.50 หมายถึง ระดับดี 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึงระดับต่ำ และต่ำกว่า 1.51 หมายถึงระดับต่ำมาก

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนรวม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึงระดับน้อย และต่ำกว่า 1.51 หมายถึงระดับน้อยมาก

เครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา (content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีดัชนีความสอดคล้องมีค่าระหว่าง 0.60 - 1 ส่วนค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดลองใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .78 และ .70 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ประกอบด้วย (1) การประเมินความพร้อมด้านผู้รับบริการ ด้านความต้องการ ด้านความคุ้มค่า และด้านเทคโนโลยี (2) การให้บริการการแพทย์ที่มีการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ (3) การพัฒนาระบบการสื่อสาร และ (4) การรับ-ส่งและตรวจสอบยา ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1. ลงทะเบียนผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน) ในระบบหมอพร้อมร่วมกับการใช้แอฟพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม ซึ่งในระบบหมอพร้อมและแอฟพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม มีบุคลากรประจำในระบบ ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนากร และนักวิชาการสาธารณสุข รวมทั้งให้เพิ่มผู้ดูแล (Care Giver) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าร่วมในแอฟพลิเคชั่นไลน์กลุ่ม

2. ทีมสหวิชาชีพจะให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ครอบคลุมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา โดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในการประเมินปัญหาสุขภาพ ให้ปรึกษา คำแนะนำ สอน สาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ และติดตามประเมินผล

3. กรณีที่ผู้รับบริการท่านใดมีข้อสงสัยหรือทางทีมสหวิชาชีพเห็นว่าต้องให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล จะประสานเป็นรายบุคคลทั้งในรูปแบบข้อความ รูปแบบเสียงและแบบวิดิโอเพื่อการรวบรวมข้อมูลประเมินปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว สามารถทำ Home BP/Monitor DTX ส่งมา และแพทย์สามารถปรับ/ลดยาได้ตามความเหมาะสม กระตุ้นให้ผู้ป่วยท่านอื่นในกลุ่มเกิดการเรียนรู้และเป็นแรงบันดาลใจในการปรับลดยาหรือหยุดยาด้วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับสถานบริการสุขภาพ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์รายละเอียดในการทำวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และการขอความยินยอมตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล

4. บันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) ก่อนอาหาร โดยการงดอาหารและน้ำก่อนนอนในคืนวันก่อนตรวจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และเจาะเลือดที่ปลายนิ้วก่อนรับประทานอาหารเช้า โดยผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาที่ตรวจเมื่อเข้าร่วมโครงการครบเดือนที่ 1, 2, 3 และ 4 เพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

5. รวบรวมข้อมูลตามแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบสอบถามความพึงพอใจ เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการด้วยสถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติอ้างอิง คือ One Way Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัย

ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล พบดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เข้ารับบริการตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-65 ปี เฉลี่ย 67.2 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพเกษตรกร

ตารางที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ณ เดือน 1, 2, 3 และ 4 (n = 30)

รายการ	เดือน 1 (คน/ร้อยละ)	เดือน 2 (คน/ร้อยละ)	เดือน 3 (คน/ร้อยละ)	เดือน 4 (คน/ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลในเลือด				
- ≤ 100 mg/dl	5/16.67	5/16.67	7/23.33	5/16.67
- 101- 120 mg/dl	6/20.00	5/16.67	2/6.67	4/13.33
- 121-180 mg/dl	15/50.00	18/60.00	17/56.67	17/56.67
- ≥ 181 mg/dl	4/13.33	2/6.67	4/13.33	4/13.33

จากตารางที่ 1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ระหว่าง 121-180 mg/dl

ตารางที่ 2 ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของระดับน้ำตาลในเลือด หลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ณ เดือน 1, 2, 3 และ 4 (n = 30)

ตัวแปร	เดือน 1 $\bar{X}$ (SD)	เดือน 2 $\bar{X}$ (SD)	เดือน 3 $\bar{X}$ (SD)	เดือน 4 $\bar{X}$ (SD)	SS	df	MS	F	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)	132.90 (32.41)	149.87 (77.12)	142.57 (42.18)	136.93 (34.03)	4874.06	1.57	3096.37	.94	.38*

* p-value > .05 (Greenhouse-Geisser), SS=Sum of Square, df= Degree of Freedom, MS= Mean Square

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละช่วงเวลาหลังร่วมรูปแบบเป็นเวลา 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และ 4 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด (p-value > .05)

ตาราง 3 คุณภาพชีวิตหลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล (n = 30)

รายการ	คุณภาพชีวิต	
	ค่าเฉลี่ย±SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	3.40±0.84	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3.75±1.00	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.84±0.54	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.88±0.69	ดี
ด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	3.50±0.50	ปานกลาง
รวม	3.69±0.81	ดี

จากตารางที่ 3 คุณภาพชีวิต พบว่า หลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (3.69±0.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม (3.88±0.69) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (อยู่ในระดับปานกลาง) คือ ด้านสุขภาพกาย (3.40±0.84)

ตาราง 4 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล (n = 30)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ	
	Mean± SD	ระดับ
1. ท่านได้รับการทราบความรู้และประโยชน์ของการแพทย์ทางไกล	5.00±.00	มากที่สุด
2. การได้รับคำอธิบายความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล	4.53±.49	มาก
3. การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการขั้นตอนการแพทย์ทางไกล	5.00±.00	มากที่สุด
4. การได้รับคำอธิบายที่ชัดเจน เป็นลำดับขั้น เกี่ยวกับการแพทย์ทางไกล	4.27±.45	มาก
5. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับบริการโดยใช้การแพทย์ทางไกล	4.60±.62	มากที่สุด
6. ท่านใช้ข้อมูลจากการใช้การแพทย์ทางไกลในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	3.77±.94	มาก
7. เมื่อท่านถามหรือมีข้อสงสัย เจ้าหน้าที่จะอธิบายจนท่านเข้าใจ	4.13±.86	มาก
8. ระยะเวลาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางไกลไม่นานเกินไป	4.57±.50	มากที่สุด
9. มีการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางไกล	4.33±.48	มาก
10. ความพึงพอใจในภาพรวมเกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยใช้การแพทย์ทางไกล	4.63±.56	มากที่สุด
รวม	4.48±.31	มาก

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก (4.48±.31) เมื่อพิจารณาในรายหัวข้อย่อย พบว่า หัวข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การทราบความรู้และประโยชน์ของการแพทย์ทางไกล และได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการขั้นตอนการแพทย์ทางไกล (5.00±.00) ส่วนหัวข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ใช้ข้อมูลจากการใช้การแพทย์ทางไกลในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (3.77±.94)

การอภิปรายผลการวิจัย

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย[18] ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มีความซับซ้อนระดับปานกลาง คือมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วยควรมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารเท่ากับ 90–150 mg/dl ส่วนผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมาก ได้แก่ มีภาวะพึ่งพิง ระยะท้าย ฯลฯ ควรมีระดับน้ำตาลใน

เลือดขณะอดอาหารเท่ากับ 100–180 mg/dl ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังร่วมโครงการตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล ส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 121-180 mg/dl เมื่อติดตามในระยะ 4 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโครงการควบคุมระดับน้ำตาลได้คงที่ อยู่ในระดับเป้าหมายที่ยอมรับได้ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย[18] การดำเนินงานตามรูปแบบการแพทย์ทางไกล มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาล กล่าวคือมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความรู้ในการดูแลตนเอง และได้รับยาอย่างเหมาะสม จึงเกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษา[19] ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การรับประทานยา ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและความเข้าใจ

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากได้รับการดูแลให้สามารถจัดการตนเอง ปรับตัว และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี รวมทั้งการแพทย์ทางไกลทำให้รู้สึกว่าเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ถูกทอดทิ้ง ลดภาระที่ต้องเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุระดับคุณภาพชีวิตที่ดี[9] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี[10] คุณภาพชีวิตและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กันทางลบ ผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วกว่าปกติ[20] เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง[21]

เมื่อพิจารณาคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุรายด้าน พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมเป็นด้านที่มีคะแนนสูงกว่าด้านอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการสามารถได้รับการดูแลได้จากที่บ้านที่ตนเองคุ้นเคยและปลอดภัย ไม่จำเป็นต้องเดินไปโรงพยาบาล ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เกิดจากสภาพการเจ็บป่วยและการเป็นผู้สูงอายุอาจมีความเสื่อมตามวัย ต้องปรับตัวและปรับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าคนในวัยอื่น ๆ จึงพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนสูงกว่าด้านสุขภาพ[22]

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล พบว่าอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่คณะผู้วิจัยได้เตรียมทำความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมโครงการ มีการอธิบายขั้นตอน เปิดให้ซักถามและการดำเนินการตามขั้นตอนของรูปแบบ อีกทั้งได้รับการส่งเสริมให้มีสามารถในการจัดการกับโรค ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จึงทำให้สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาการให้บริการพยาบาลทางไกลอื่นๆ ที่พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด[23,24]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกลไปใช้ ควรเน้นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้รับบริการ และผู้ให้บริการการสื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจที่ตรงกัน

2. การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พยาบาลควรเน้นการให้คำปรึกษาและความรู้ที่ตอบสนองความต้องการรายบุคคล พัฒนาความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหรือสื่อความรู้ต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการควบคุมน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) หรือค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดรายเดือน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังร่วมรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ทางไกล

2. ศึกษาการใช้ระบบทางแพทย์ทางไกล หรือพยาบาลทางไกล โดยเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง และใช้การวิจัยแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

References

1. Department 0f Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2024. Bangkok: Aksorn Graphic & Design; 2024. (in Thai)
2. American Diabetes Association. 12. Older adults: standards of medical care in diabetes-2020. Diabetes care. 2020; 43(Suppl 1):S152-62.

3. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas (8thed.) Online version of IDF Diabetes Atlas; 2017.
4. Health System Research Institute. Situation of the Thai Elderly. Bangkok: Derntalakanpim; 2017. (in Thai)
5. Yakaryılmaz D, & Öztürk A. Treatment of type 2 diabetes mellitus in the elderly. World Journal of Diabetes. 2017;8(6):278-85.
6. Viengthong P, & Bunloet A. Prevalence and associated factors of poor glycemic control among type 2 diabetes elderly patients in a community hospital, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal. 2020;35(4): 467-483. (in Thai)
7. Amaral MG, Reijneveld SA, Almansa J, Navis G & Winter AF. Do uncontrolled hypertension, diabetes, dyslipidemia, and obesity mediate the relationship between health literacy and chronic kidney disease complications? International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):5235.
8. Trikkalinou A, Papazafiropoulou A, & Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. World Journal of Diabetes. 2017;8(4):120–29.
9. Suwannasing N, & Assana S. Quality of life of elderly with diabetes mellitus under the responsibility of Tambol Phet Charoen Health Promoting Hospital, Phet Charoen sub-district, Muang Loei district, Loei province. Journal of Health Science and Community Public Health. 2018;1(1):54–69. (in Thai)
10. Boontan W. Lived experiences of diabetic older persons with good quality of life. (Thesis and Dissertations). Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
11. Chuedchai A, Wongkhanchan L, Ronsuek O, Wangkhoklang C, Thongjumroon T, & Phayuphat P. Factors associated with access to elderly health services in the responsible area of Srisa Laleung Sub-district Health Promotion Hospital, Muang district, Nakhon Ratchasima province. Pathumthani University Academic Journal. 2021;13(1):228-36. (in Thai)
12. Donsamak S, Leelahavarong P, Ponragdee K, Angkab P, Hadnorntun P, Prawjaeng J, et al. Telemedicine for elderly outpatient care during COVID-19 pandemic: qualitative study. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2024;20(1):13-27. (in Thai)
13. Jiamjarasrangsi W. Type 2 Diabetes Mellitus: Prevention and Self-Management Support. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2018. (in Thai)
14. Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, & Austin BA. Survey of leading chronic disease management programs, are they consistence with the literature? Managed Care Quarterly. 1999;7(3):56-66.
15. Ross J, Stevenson F, Lau R, & Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). Implementation Science. 2016; 11(146):1-12.
16. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Mahatnirankul S, Tantipiwattanasakul W, Pumpisalchai W, Wongsuwon K & Pornmanajirangkul R. Definition of quality of life: Comparison of quality-of-life assessment tool of World Health Organization, 100 and 26 indicators. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. (in Thai)

18. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. (1st edition). Srimuang Pubication; 2023. (in Thai)
19. Phajan T, Suwannaphant K, Anarat B, & Thalakorn N. Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1): 285-98. (in Thai)
20. Thungtong S. Delayed progression diabetic nephropathy in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18 (Supplement):17-24. (in Thai)
21. Sroisong S, Rueankon A, Fuongtong P, & Kaewtankham K. Quality of life and level of hemoglobin A1C among patients with type 2 diabetes mellitus. Eastern Asia University Heritage Journal Science and Technology (Online), 2020;14(1):71–84. (in Thai)
22. Vlahovic B, Jha V, Stojanovic V, Vojinovic T, Dutta A, Dutta P, et al. Enhancing patient-centered care: evaluating quality of life in type 2 diabetes management. PLoS ONE. 2025; 20(3): 1-11.
23. Jamroonrat J. The results of consultation and follow-up for hernia patients via telenursing, Lamphun Hospital. Thai Journal of Public Health and Health Education. 2024; 4(1):1-14. (in Thai)
24. Panichdee N. Development of telemedicine service system for specialized clinic in Kalasin Hospital. Academic Journal of Nursing and Health Sciences. 2023;3(2):127-42. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ ประเทศไทย

Factors Predicting Suicidal Risk Among Adolescents in a Northern Province of Thailand

วิชุดา ปาวิน สมบัติ สกุลพรรณ์* ชาลินี สุวรรณยศ
Wichuda Pawin Sombat Skulphan* Chalinee Suvanayos
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 52000
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand, 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจำนวน 173 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ด้วยเทคนิค stepwise โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 45.70 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.20 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 22.80 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นได้ ส่วนภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ร้อยละ 37.40 ($p < .01$) พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ร้อยละ 5.5 ($p < .01$) และภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต สามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ร้อยละ 42.90 ($p < .01$) ผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องที่ทำงานด้านสุขภาพจิตโดยสามารถนำผลที่ได้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นโดยเน้นการจัดการหรือลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตในวัยรุ่น

คำสำคัญ : ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์, พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต, วัยรุ่น

Abstract

This predictive correlational study aimed to assess the risk of suicide in adolescents and identify predictive factors, including depression, cyberbullying behavior, and internet addiction behavior. The study sample comprised 173 male and female in a northern province of Thailand. Data was analyzed using correlation statistics and multiple linear regression analysis, with stepwise method, statistical significance at a level of .05.

Corresponding author: *Email: Sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 26 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 4 พ.ย. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 พ.ย. 2567

The research findings were as, among the sample, 45.70% exhibited a risk of suicide, with the majority of those at risk (58.2%) displaying a low level of risk, followed by 22.80% displaying a high level. Cyberbullying behavior was not a predictor of suicide risk in adolescents. Depression significantly predicted suicide risk in adolescents, accounting for 37.40% of the variance ($p < .01$). Internet addiction behavior was a significant predictor of suicide risk in adolescents, explaining 5.50% of the variance ($p < .01$). Depression and internet addiction behavior were joint significant predictors of suicide risk, accounting for 42.90% ($p < .01$). These findings have significant implications for psychiatric nursing and mental health professionals. The results provide valuable insights for developing targeted nursing interventions to mitigate suicide risk among adolescents, with a particular focus on addressing and reducing depression and internet addiction behaviors within this vulnerable population.

Keywords: Suicide risk, Depression, Cyberbullying behavior, Internet addiction behavior, adolescents

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาของการฆ่าตัวตาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในยี่สิบอันดับแรกของประชากรโลก โดยพบว่ามีการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนทุกปี ในแต่ละปีจะมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรทั่วโลกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าในทุก 40 วินาที จะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย ฉะนั้นจึงมีคนทั่วโลกได้เสียชีวิต ร้อยละ 1.4 จำนวน 800,000-1,000,000 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 9.2 ต่อแสนประชากร และเพิ่มเป็น 1.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2565[1] มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 20 เท่าตัว และพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่สองของการตายในวัยรุ่นที่มีอายุ 15-29 ปี สำหรับประเทศไทย พบว่าในเขตภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ติด 1 ใน 5 อันดับ คือ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน พะเยา ตาก และเชียงราย และพบว่าวัยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ วัยรุ่นช่วงอายุ 15-19 ปี โดยสาเหตุกมาจากปัญหาด้านความรัก ด้านการเรียน โรคซึมเศร้า มีอาการทางจิต ทัศนคติที่ไม่ตรงกับครอบครัว น้อยใจเพื่อน และปัญหาเรื่องส่วนตัว[2] นอกจากนี้วัยรุ่นได้เข้าถึงรูปแบบวิธีการฆ่าตัวตายได้มากกว่าวัยเด็ก[3] เมื่อเปรียบเทียบวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่นั้น วัยรุ่นมีอารมณ์หุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรอง ขาดความอดทนต่อสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ต่างๆ การพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเกิดบ่อยกว่าวัยผู้ใหญ่[4]

การดำเนินการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่ามีสองปัจจัยหลักคือ ปัจจัยปกป้อง (protective factors) และปัจจัยเสี่ยง (risk factors) สำหรับปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีความหมายในการดำรงชีวิต มีการสนับสนุนทางสังคม มีความเข้มแข็งทางจิตใจ และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวเคมี (Biological) มีการลดลงของระดับซีโรโทนิน 2) ปัจจัยจากกรรมพันธุ์ (Gene)[5] 3) ปัจจัยจิตสังคม (Psycho-social) โดยพบว่ายังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตสังคมหลายปัจจัย เช่น กลุ่มเพื่อนและโรงเรียน การเห็นเพื่อนฆ่าตัวตาย การถูกรังแกทางโลกออนไลน์ และปัจจุบันนี้ได้มีการนำเสนอการฉายภาพซ้ำเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ทำให้วัยรุ่นได้รับรู้และเรียนรู้ในทางที่ไม่เหมาะสม รวมถึงภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกหดหู่ท้อแท้สิ้นหวัง[5] พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ จากการถูกต่อว่า ดูถูก ล้อเลียน ข่มขู่ กลั่นแกล้ง จนเหยื่อได้รับความเสียหาย รู้สึกอับอาย รู้สึกเครียด เจ็บปวด ซึมเศร้า สูญเสียตัวตนในโลกออนไลน์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต[8,9,25] เมื่อไม่ได้เล่นอินเทอร์เน็ต จะมีอารมณ์เศร้า สูญเสียการควบคุม ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8]

จากการทบกวนวรรณกรรม ได้มีการจัดการปัญหาหรือช่วยเหลือแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับนานาชาติและระดับประเทศ แต่อัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นยังมีอัตราสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยปัจจัยหรือตัวแปรที่สามารถจัดการได้ (modified variable) ทั้งหมด 3 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและอาจจะสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ คือ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และ

พฤติกรรมการติดอินเตอร์เน็ต[7,8,9] ซึ่งหากทั้ง 3 ปัจจัยสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ผลการวิจัยที่ได้ จะไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

คำถามวิจัย

1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต สามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวปฏิบัติการลดปัจจัยเสี่ยงใช้แนวปฏิบัติการลดปัจจัยเสี่ยง ของสมาคมป้องกันการฆ่าตัวตายสากล องค์การอนามัยโลก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศนิวซีแลนด์[10] ซึ่งกล่าวว่า การลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถจัดการได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ในระดับปานกลางถึงระดับสูง[6,7,8,9] ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต ดังนั้น ปัจจัยทำนายทั้ง 3 อาจจะสามารถทำนายหรือร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต

ประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนในสถานศึกษามัธยมศึกษาโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 34 (เชียงใหม่) ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ซึ่งมีจำนวน 34 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง

คือวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ขนาดใหญ่ และขนาดใหญ่พิเศษแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของธอร์นไดค์[11] และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling)[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 173 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ชั้นเรียน สถานภาพครอบครัว อาชีพผู้ปกครอง ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I)[13,18] โดยหัวข้อที่ประเมินประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ[18] ในช่วงระเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 ถึง10 คะแนน นำมารวมกัน 0 ถึง 52 คะแนน 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความเสี่ยง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D)[14,19] ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีข้อคำถาม 20 ข้อ มี 4 ระดับ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูงกว่า 22 ถือว่าอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของวัยรุ่น ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการรังแกผ่านโลกไซเบอร์การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์[15] โดยมีการปรับข้อคำถามในทุกข้อจากผู้กลั่นแกล้งเป็นผู้ถูกกลั่นแกล้ง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาดัดแปลงใดๆ คำถามมี 24 ข้อ มี 5 ระดับ ระดับ 1 คือไม่เคยมี ระดับ 2 (น้อยกว่า 6 ครั้ง) ระดับ 3 มี (6-10 ครั้ง) ระดับ 4 (11-15 ครั้ง) และระดับ 5 (16 ครั้งขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น (Internet Addiction Test: IAT)[16] ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ตัวเลือกเกี่ยวกับการติดอินเทอร์เน็ตมี 6 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 แปลผลคะแนน ดังนี้คือ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่ติดอินเทอร์เน็ต 0-30 คะแนน ติดระดับเล็กน้อย 31-49 คะแนน ติดระดับปานกลาง 50-79 คะแนน และติดระดับรุนแรง 80-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

1. แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย module C. ส่วนของ Suicidality[13,18] มีค่าความตรง .86 ค่าความไว = .96 ค่าความจำเพาะ = .91 แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงมาแล้ว ทางผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาค่าความตรงเนื้อหาซ้ำ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale: CES-D)[13,14,18,19] แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือมาแล้ว

3. แบบประเมินการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ของวัยรุ่น[15,17] โดยนำแบบสอบถามที่สร้างได้ใช้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และเพื่อตรวจสอบความคลอบคลุมขององค์ประกอบ จำนวน 5 คน นำผลการตรวจสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยข้อคำถามอยู่ระหว่าง .60 - 1.00 และ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามและความชัดเจนของภาษา แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าความ เที่ยงตรงเชิงโครงสร้างและความเหมาะสม อยู่ระหว่าง .984 - .539 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยไม่ได้นำดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ และไม่ได้มาหาค่าความตรงของเนื้อหาซ้ำ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่น (Internet Addiction Test: IAT)[15,17] แบบสอบถามนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบเพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ได้ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ มากกว่า .95 การตรวจสอบความตรงของโมเดล ค่ารากของค่าเฉลี่ยยกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ ได้น้อยกว่า .06 แสดงได้ว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องตามโครงสร้าง แบบทดสอบการติดอินเทอร์เน็ตฉบับภาษาไทย ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหามาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่นำไปหาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้นำไปศึกษากับวัยรุ่นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่งในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) เขต 34 ที่ไม่ใช่โรงเรียนที่ทำการศึกษาจำนวน 10 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 .92 และ .84 ตามลำดับ (มีค่ามากกว่า .80)[20,21]

สำหรับแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมการใช้ Mini International Neuropsychiatric Structure Interview: (M.I.N.I.) กับจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ นำคะแนนที่ประเมินได้ไปหาค่า interrater reliability กับผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ค่าคะแนนตรงกันร้อยละ 100[18]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 073/2566 อนุมัติ ณ วันที่ 11 กรกฎาคม 2566 รหัสโครงการ 2566-FULL004 และทำหนังสือและโครงร่างการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่จะเก็บกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ และได้ทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยผู้วิจัยได้เตรียมเอกสารบรรจุลงในซองปิดผนึก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) เขต 34 เข้าพบครูประจำชั้นเพื่อนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอมและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมิน 5 ส่วน มี 64 ข้อในห้องเรียนใช้เวลา 35 นาที ให้พัก 10 นาที แล้วเริ่มแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 5 นาที ต่อ 1 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูล และเก็บเอกสารไว้ในตู้ที่ล็อคได้ เก็บไว้ที่กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และทำลายเอกสารทิ้งภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูล เพศ ชั้นเรียน อายุ สถานภาพครอบครัว อาชีพผู้ปกครอง ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ละระดับ

3) ข้อมูลปัจจัยทำนาย ของภาวะซึมเศร้า การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์และการติดอินเทอร์เน็ต กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นำตัวแปรที่ศึกษาไปทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ ระดับการวัดข้อมูล Interval มีการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ค่าความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) และความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระเท่ากัน (Homoscedasticity) จึงเลือกใช้สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression) ด้วยเทคนิค stepwise โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าเป็นเพศหญิงจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 64.7 มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 (SD=1.085) และมีอายุ 16 ปี มากที่สุดจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 มากที่สุด ร้อยละ 50.9 จำนวนชั่วโมงของการเล่นอินเทอร์เน็ตในแต่ละวัน 6-10 ชั่วโมงต่อวัน สถานภาพครอบครัวอยู่กับบิดาและมารดามากที่สุดร้อยละ 60.1 อาชีพผู้ปกครองเป็นพนักงานบริษัทหรือรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดมากที่สุดร้อยละ 96.0 ส่วนประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัวพบว่าไม่มีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 99.4 อีกทั้งไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 83.2 รวมถึงไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต คิดเป็นร้อยละ 96.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.3 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 45.7 โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อยจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.6 และเมื่อจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ พบว่าส่วนใหญ่ 70.9 เป็นเพศหญิง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ และการติดอินเทอร์เน็ตกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับปานกลาง (r=.661) กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับปานกลาง (r=.382) กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลอำนาจการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของ การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ การติดอินเทอร์เน็ต และภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการติดอินเทอร์เน็ตและภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 42.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยตัวแรกที่ทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 37.4 การติดอินเตอร์เน็ตเป็น

ปัจจัยตัวที่สองที่ทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.5 เป็นร้อยละ 42.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-1

ตารางที่ 1-1 การเพิ่มค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R2) เมื่อเพิ่มปัจจัยทำนายเข้าทีละปัจจัย ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทำนาย	R	R2	Change	SEE	F
ภาวะซึมเศร้า	.661	.374	.374	7.969	45.947***
พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต	.004	.055	.055	.313	34.527***
ภาวะซึมเศร้าพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ต	.655	.429	.055	7.656	26.601***

***P<.001

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนมาตรฐาน (B) เท่ากับ .530 และ .550 รองลงมาการติดอินเทอร์เน็ตสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนมาตรฐาน (B) เท่ากับ .176 และ .244 โดยมีค่าคงที่ในการทำนายเท่ากับ - 13.250 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1-2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (b) คะแนนมาตรฐาน (B) และค่าคงที่ในการทำนาย ของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนดิบ (b)	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณในรูปคะแนนมาตรฐาน (B)	ค่า t
ภาวะซึมเศร้า	.530	.550	6.778***
พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ท	.176	.244	2.724**
	ค่าคงที่ = -13.250		

**P<.01 ***P<.001

ถ้าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น .530 คะแนน ร้อยละ 37.4 (R^2=.374 , P<.001) และถ้าคะแนนพฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น .176 คะแนน ร้อยละ 5.5 (R^2 เพิ่มขึ้น .55, P<.01) หากเพิ่มคะแนนของทั้งสองตัวแปรพร้อมกันตัวแปรละ 1 คะแนน จะสามารถทำให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น .530+.176 = .706 ร้อยละ 42.9 (R^2=.429)

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45.7 โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเยาวชนที่พบว่ามีความเสี่ยงถึงร้อยละ 39.50[7] จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.9) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในปี 2021 ที่ระบุว่าวัยรุ่นหญิงเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินจากการ

พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นชาย[22] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความเสี่ยงในเพศหญิงจะสูงกว่า แต่ยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มวัยรุ่นชายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยทำนาย พบว่าพฤติกรรมการถูกรังแกผ่านโลกไซเบอร์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = .072$, $p = .264$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่พบความสัมพันธ์ในเชิงบวกในระดับปานกลาง[23] ความแตกต่างนี้อาจมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากที่สุด โดยมีอำนาจทำนายถึงร้อยละ 37.4 ($p < .001$)[8,9,25] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นที่ระบุว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น[24,25] นอกจากนี้ พฤติกรรมการติดอินเทอร์เน็ตยังสามารถทำนายความเสี่ยงได้อีกร้อยละ 5.5 ($p < .01$)[8,24] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตมากเกินไปในวัยรุ่นสามารถทำนายความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้[25]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลจากการวิจัยทำครั้งนี้สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังให้การช่วยเหลือในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา โดยการวางแผนส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน พัฒนารูปแบบกิจกรรมลดซึมเศร้าและพฤติกรรมติดอินเตอร์เน็ต ป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การฝึกทักษะการจัดการกับความคิดอัตโนมัติทางลบที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดอินเตอร์เน็ต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากมีตัวแปรบางตัวที่ไม่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ควรมีศึกษาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อาจทำนายหรือร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้

2. ควรมีการศึกษาในส่วนของปัจจัยปกป้องต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง มีการสนับสนุนทางสังคม มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ที่อาจเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

References

1. World Health Organization. Suicide data [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Charoensin W, Supinna W, Sukoim J, & Nathongchai S. The students' suicide and adaptation of family, university, and state: a study using reported cases in Thai newspapers. Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences. 2019;11(21):135–47. (in Thai).
3. Kennebeck S, & Bonin L. Suicidal behavior in children and adolescents: epidemiology and risk factors. Pediatric in Review. 2019;45(3): 123–35.
4. Hataiyusuk S, & Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: incidence, causes and prevention. Siriraj Medical Bulletin. 2020; 13(1):40–7. (in Thai).
5. Iranzo B, Buelga S, Cava MJ, & Ortega-Barón J. Cyberbullying, psychosocial adjustment, and suicidal ideation in adolescence. Psychosocial Intervention. 2019;28(2):75–81.
6. Bjorkenstam C, Kosidou K, & Bjorkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of adolescents and young adults in Sweden. The British Medical Journal. 2017; 357:(j1334).
7. Chainwong P, Skulphan S, & Thapinta D. Being cyberbullied and suicide risk among youths. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019;34(3):133–51. (in Thai).
8. Sirisuk S, Skulphan S, & Thapinta D. Internet addiction and suicide risk among adolescents. Chiang Mai University; 2019. (in Thai).

9. Robkob W, Skulphan S, & Hunsa P. Depression, alcohol drinking behaviors, and suicidal risks of adolescents. Nursing Journal. 2021;45(4): 245–60.
10. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2021.
11. Thorndike EL. Connectionism theory [Dissertation]. London: University of London; 1874.
12. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: You & I Inter Media; 2010.
13. Kittirattanapaiboon P, & Khamwongpin M. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), Thai version 5.0.0-Revised 2007. (in Thai).
14. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, & Havanond P. Using CES-D for depression screening in adolescents. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1997;42(1):2–13.
15. Tudkuea T, & Sabaiying M. Patterns, effects, and coping with cyberbullying among students of a college in the southern part of Thailand. Journal of Behavioral Science and Development. 2017;2228(9453):221–36. (in Thai).
16. Young KS. Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons; 1998.
17. Neelapaijit A, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Kuntawong P, Wongpakaran N, & Wongpakaran T. Psychometric properties of a Thai version of the Internet Addiction Test. BioMed Central Research Notes. 2018;11(1):303–7.
18. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, & Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of Clinical Psychiatry. 1998; 59(1):22–33.
19. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1(3):385-401.
20. Nunnally JC. Psychometric Theory. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
21. Pasunon P. Reliability of questionnaire in quantitative research. Parichart Journal. 2015;27(1): 144-63.
22. Surat P. Causes and effects related to cyberbullying: a case of cyber-victimized Thai youths. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology: Humanities and Social Sciences. 2018;4(1):260–73.(in Thai).
23. Harris EC, & Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. British Journal of Psychiatry. 1997;170(3):205-28.
24. Kwon M, Sun K, & Wi-Young S. Factors associated with adolescents' Internet use duration by suicidal ideation. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(2):433–43.
25. Yujaiyen M, Rukmethavee R, Pittaksarasit K, & Mahammad S. The effect of social problem solving therapy program on depression among late adolescents. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2020;21(3):284-93. (in Thai).

ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of Simulation Base Learning Model on Knowledge, Clinical Judgement, and Self-confidence in Nursing Care during Intrapartum Care of Nursing students

วรภรณ์ บุญจีม* พัชราภรณ์ อนุพันธ์ ณัฐธิดา ปัญญาธนคุณ ประภัสสร จันดี ณิศรา สืบสำราญ
Woraporn Boonjeem Patcharaporn Anuphan Nattida Panyatanakun Prapatsorn Jandee Nisara Suebsamran
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย 34190
Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, Ubonratchathani, Thailand 34190

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่เรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ถูกเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 ราย รวมเป็น 64 ราย ดำเนินการสอนกลุ่มทดลองโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2 สถานการณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมสอนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามการตัดสินทางคลินิกและแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .944, .939 และ .942 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ pair t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.91$, $p < .01$; $t = -1.06$, $p < .01$ และ $t = -1.39$, $p < .01$ ตามลำดับ) และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.73$, $p < .01$; $t = -4.14$, $p < .01$ และ $t = -2.98$, $p < .01$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ สนับสนุนให้ผู้สอนใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปใช้ เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, ความรู้, การตัดสินทางคลินิก, ความมั่นใจในตนเอง, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

A quasi-experimental study was conducted to investigate the effects of the Simulation-Based Learning (SBL) on knowledge, clinical judgment, and self-confidence in nursing care during intrapartum care among nursing students. The sample included fourth-year nursing students enrolled in the Maternal-Newborn

*Corresponding Author: Email: woraporn.b@ubu.ac.th

วันที่รับ (Received) 27 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 พ.ย. 2568

Nursing and Midwifery Practicum I Course. Participants were chosen by simple random sampling, resulting in 32 nursing students in the experimental group and 32 nursing students in the control group, totaling 64 nursing students. The experimental group received instruction through two simulation scenarios, while the control group received traditional teaching. The research instruments consisted of a knowledge test, a clinical judgment questionnaire, and a self-confidence in nursing practice questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for these instruments were 0.944, 0.939, and 0.942, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results demonstrated that, after the intervention, the experimental group that received SBL exhibited significantly higher mean scores in knowledge, clinical judgement, and self-confidence in nursing practice compared to the control group ($t = -1.91$, $p < .01$; $t = -1.06$, $p < .01$; and $t = -1.39$, $p < .01$, respectively). Furthermore, these scores were significantly higher than those recorded before the experiment ($t = -5.73$, $p < .01$; $t = -4.14$, $p < .01$; and $t = -2.98$, $p < .01$, respectively). These findings support integrating SBL methods in nursing education to enhance students' knowledge, clinical judgement, and self-confidence in their nursing practice.

Keyword: Simulation Base Learning, Knowledge, Clinical Judgement, Self-confidence, Nursing students

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สังคมและเศรษฐกิจมีการปรับเปลี่ยนเพื่อเร่งการพัฒนาให้มีความพร้อมกับนานาประเทศ เช่นเดียวกับการศึกษาที่มีความจำเป็นจะต้องมุ่งสร้างคนที่มีคุณภาพ ศักยภาพ และมีความสามารถตามคุณลักษณะของวิชาชีพที่พึงประสงค์ ซึ่งทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่นักศึกษาระดับอุดมศึกษาพึงมีและต้องบรรลุตามเป้าประสงค์ของการเรียนการสอน ประกอบด้วย 3Rs และ 7Cs โดย 3Rs[1] ผู้เรียนจึงต้องมีทักษะเหล่านี้ เพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มีปรัชญาของหลักสูตรที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การจัดการเรียนการสอนแบบ active learning ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และเรียนรู้ด้วยประสบการณ์และการกระทำ ให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเองและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความมุ่งเน้นให้ผู้สอนได้จัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการปฏิบัติ[2] ผู้สอนจึงควรออกแบบการเรียนการสอนที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานการเรียนรู้ตามหลักสูตรทั้ง 6 ด้าน คือ 1) คุณธรรมจริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ[3]

รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 พบว่ารูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการบูรณาการและเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ กระบวนการเรียนรู้เป็นการเรียนผ่านการปฏิบัติ หรือลงมือทำ โดยผู้สอนเป็นเพียงผู้สนับสนุน (supporter) และเป็นแหล่งความรู้ (resource person) ของผู้เรียน การเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation base learning) เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยการสร้างสถานการณ์ที่เลียนแบบสถานการณ์จริงในคลินิกบางส่วน หรือเกือบทั้งหมดที่มีความเสมือนจริงแตกต่างกันไปตั้งแต่ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง เพื่อให้ผู้เรียนมีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาล[4] ขั้นตอนของการเรียนรู้จะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นนำ (pre debrief) เป็นกระบวนการที่ผู้สอนชี้แจงเป้าหมาย มอบหมายบทบาทผู้เรียน แนะนำสถานที่ อุปกรณ์ แนะนำผู้ช่วย กติกาของการเรียนการสอน และชี้แจงโจทย์สถานการณ์ 2) ขั้นการดำเนินการตามสถานการณ์ (run scenario) ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยมีผู้สอนเป็นเพียงผู้ควบคุมสถานการณ์ 3) ขั้นตอนการสรุปผลการ

เรียนรู้ (debrief) เป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้สอนและผู้เรียนต้องสรุปผลจากการเรียนรู้[5] จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และผู้สอนควรแนะนำแนวทางเพื่อให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นเมื่อต้องพบเหตุการณ์คล้ายกันเมื่อปฏิบัติงาน

หลายสถาบันทางการศึกษาทางการพยาบาลได้มีการศึกษาและจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยพบว่าการจัดการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ทำให้นักศึกษามีความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลและมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น[6] เช่นเดียวกับการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ทำให้นักศึกษามีการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากขึ้น[7] และรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ก็ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ ความมั่นใจ และสามารถใช้กระบวนการทางการพยาบาลดูแลมารดาและทารกได้ดีเช่นกัน[8]

จากการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่านักศึกษายังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับกรณีศึกษาได้ โดยจากการประเมินและสอบถามพบว่า นักศึกษาที่ขาดความรู้และไม่ได้เตรียมตัวก่อนฝึกปฏิบัติงาน จะทำให้นักศึกษาไม่มีความกล้าต่อการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ถือเป็นวิชาแรกที่นักศึกษาได้ปฏิบัติงานจริงกับสตรีในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งรูปแบบการดูแลให้การพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล และการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่มีความซับซ้อน อาจทำให้นักศึกษาขาดทักษะดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติงานและการนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้จะทำให้นักศึกษาบรรลุวัตถุประสงค์รายวิชาและหลักสูตรได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

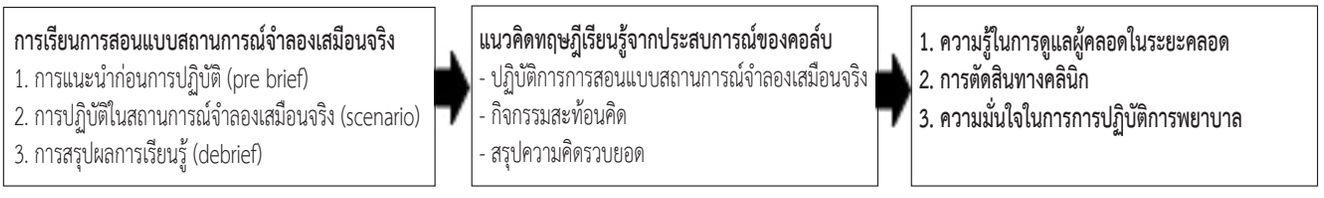
สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติหลังเรียนไม่แตกต่างกันกับก่อนเรียน

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าการเรียนการสอนตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การวิจัยนี้พัฒนาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ[9] (Kolb's Experiential Learning Theory) และทฤษฎีสถานการณ์จำลองของเจฟฟรีส์[5] (NLN Jeffries Simulation Theory) แนวคิดทฤษฎีเรียนรู้จากประสบการณ์[9] อธิบายได้ว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน โดยผู้สอนจัดประสบการณ์ที่ต้องการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนก่อน จากนั้นผู้เรียนต้องย้อนกลับไปทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นความคิดรวบยอดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ โดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การสร้างประสบการณ์ (concrete experience) เป็นการจัดประสบการณ์ใหม่ ให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำจริง 2) การสะท้อนการเรียนรู้โดยการสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflection observation) ภายหลังจากที่ได้รับประสบการณ์ใหม่ 3) การสรุปองค์ความรู้เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) จากการบูรณาการข้อสังเกตผ่านประสบการณ์หรือลงมือกระทำจนเกิดความคิดรวบยอด และ 4) การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) ซึ่งตามขั้นตอนดังกล่าว จะทำให้ผู้เรียนมีประสบการณ์เพื่อนำไปต่อยอดในการเรียนรู้และปฏิบัติตามสถานการณ์ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร

ประชากรเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2566 ชั้นปีที่ 4 รวมทั้งสิ้น 117 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยใกล้เคียงกัน ซึ่งมีขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .63[8] โดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1[10] สำหรับสถิติ t-test ประเภท Means: Difference between two independent means (two group) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) โดยการทดสอบแบบทางเดียวกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) .80 ได้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 32 คน รวมทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่าง 32 คน ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากเลือกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 2) ยินดีเข้าเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คู่มือการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เรื่องการพยาบาลมารดาที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด และการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในห้องปฏิบัติการสูติศาสตร์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2. แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด และการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ เป็นข้อสอบถูกผิด เกี่ยวกับอาการอาการแสดง การวินิจฉัย และการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ ทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน เป็นข้อสอบ 2 ชุดแบบคู่ขนาน ทำข้อสอบก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน

3. แบบสอบถามการตัดสินทางคลินิก แบบสอบถามสร้างโดยผู้วิจัย จากการศึกษาเอกสารและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งตามขั้นตอนของการตัดสินทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน แสดงถึงระดับของการตัดสินทางคลินิกของนักศึกษาที่ประเมินตนเอง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ การตัดสินทางคลินิกได้น้อยที่สุด การตัดสินทางคลินิกได้น้อย การตัดสินทางคลินิกได้ปานกลาง การตัดสินทางคลินิกได้มาก และการตัดสินทางคลินิกได้มากที่สุด

4. แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามสร้างโดยผู้วิจัย จากการศึกษา

เอกสารและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ สำหรับเกณฑ์การให้คะแนน แสดงถึงระดับของความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาที่ประเมินตนเอง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ความมั่นใจน้อยที่สุด ความมั่นใจน้อย ความมั่นใจปานกลาง ความมั่นใจมาก และความมั่นใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 4 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 1 ท่าน นำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้มีความสมบูรณ์ โดยนำแบบประเมินความรู้แบบสอบถามการตัดสินทางคลินิกและแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล หาค่าความเที่ยงตรงของการวัด (Reliability) และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cranach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .944, .939 และ .942 ตามลำดับ โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน (เป็นนักศึกษาต่างสถาบันที่เรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับนักศึกษาที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 จำนวน 32 คน มอบหมายโจทย์ก่อนการเรียนล่วงหน้า 1 วัน

2. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยแบ่งนักศึกษาจาก 32 คน เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติสถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด และกลุ่มที่ 2 ปฏิบัติสถานการณ์จำลองเรื่องการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ โดยมีขั้นตอนในการเรียนรู้ ดังนี้

2.1 การแนะนำก่อนการปฏิบัติ (pre-brief) ผู้วิจัยมอบหมายนักศึกษาจำนวน 16 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-6 คน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลและแสดงบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาในระยะคลอด นักศึกษากลุ่มย่อยทั้ง 3 กลุ่ม จะได้ปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทุกกลุ่ม โดยกลุ่มหลังจะไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ขณะอีกกลุ่มปฏิบัติการพยาบาล ส่วนนักศึกษาอีกกลุ่ม จำนวน 16 คน เป็นผู้สังเกตการณ์ ซึ่งขั้นตอนนี้จะอธิบายวัตถุประสงค์การเรียนการสอน วิธีการสอน แจ้งโจทย์สถานการณ์ แนะนำอุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมสมรรถนะของหุ่นมนุษย์จำลองในห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ในสถานการณ์ แจ้งบทบาทผู้เรียน ชี้แจงกฎระเบียบในการเรียน และการเคารพกฎจรรยาบรรณและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2.2 การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) ผู้เรียนกลุ่มที่ 1 ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จำลองที่จัดสภาพแวดล้อมให้มีความเสมือนหอผู้ป่วยจริง นักศึกษา 5-6 คน (3 กลุ่มย่อย) แสดงบทบาทเป็นพยาบาล โดยกำหนดให้มีหัวหน้าทีมและวางแผนการทำงานร่วมกันในการให้ดูแลและช่วยเหลือมารดาจากสถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด ใช้ระยะเวลา 20 นาที เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมของกลุ่มที่ 1 เปลี่ยนให้กลุ่มที่ 2 ได้ลงมือปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองเรื่องการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ โดยใช้ระยะเวลา 20 นาที เช่นกัน โดยนักศึกษาที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามสถานการณ์

2.3 การสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยให้นักศึกษาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลตามสถานการณ์ และให้นักศึกษาสรุปความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับและวางแผนการพัฒนาตนเองในการที่จะนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติจริงตามบทบาทของพยาบาลและสามารถเชื่อมโยงการปฏิบัตินั้นไปหาเนื้อหาวิชาที่เรียน โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกช่วยเหลือในกระบวนการเรียนรู้และเสริมแรงและให้กำลังใจผู้เรียน

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1. เมื่อนักศึกษาเริ่มเข้าฝึกวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ให้ทำแบบสอบถามก่อนการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด และการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ แบบสอบถามการตัดสินทางคลินิก และแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

2. นักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกประสบการณ์รายวิชาตามปกติ โดยทบทวนการบันทึกทางการพยาบาล และให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับรายวิชา

3. นักศึกษาทำแบบสอบถามหลังการวิจัยภายหลังการจัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อม ได้แก่ แบบประเมินความรู้เรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะน้ำเดินขณะรอคลอด และการช่วยคลอดทารกที่มีสายสะดือพันคอ 2 รอบ แบบสอบถามการตัดสินทางคลินิก และแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาได้รับการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทุกคน

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง UBU – REC – 78/2566 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงเกณฑ์การเข้าร่วมและการถอนตัวจากงานวิจัย ให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผลงานวิจัยจำนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และเก็บข้อมูลของรายบุคคลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งหากถอนตัวจากงานวิจัยจะไม่มีผลต่อการเรียนการสอนแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังการเรียนการสอนภายในกลุ่ม โดยการใช้สถิติ pair t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยการใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีอายุไม่แตกต่างกันโดยกลุ่มควบคุม ร้อยละ 53.1 อายุ 21 ปี และ ร้อยละ 46.9 อายุ 22 ปี ($\overline{X}$= 21.47, S.D. = .51) และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 46.9 อายุ 21 ปี และ ร้อยละ 53.1 อายุ 22 ปี ($\overline{X}$= 21.53, S.D.= .51) ส่วนเกรดเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3.51 - 4.00 ร้อยละ 43.8 ส่วนน้อยเกรดเฉลี่ย 2.51 - 3.00 ร้อยละ 18.8 ($\overline{X}$ = 3.18, S.D. = .32) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ย 3.01 - 3.50 ร้อยละ 62.5 ส่วนน้อยเกรดเฉลี่ย 2.00 - 2.50 ร้อยละ 3.1 ($\overline{X}$= 3.38, S.D.= .33)

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังเรียนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย	ก่อนเรียน (n = 32)		หลังเรียน (n = 32)		t-test	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ความรู้						
กลุ่มควบคุม (n=32)	6.06	1.54	6.69	1.18	-2.04	.05
กลุ่มทดลอง (n=32)	6.69	1.03	8.19	1.18	-5.73	.000
การตัดสินทางคลินิกก่อนการเรียน						
กลุ่มควบคุม (n=32)	61.03	11.46	65.13	10.31	-1.84	.76
กลุ่มทดลอง (n=32)	64.59	15.15	77.84	11.26	-4.14	.000
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล						
กลุ่มควบคุม (n=32)	29.16	5.94	30.91	4.81	-1.54	0.13
กลุ่มทดลอง (n=32)	31.47	7.30	36.00	5.19	-2.98	.001

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดภายในกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนปกติ พบว่าไม่แตกต่างกันในก่อนเรียนและหลังเรียน ($p > .05$) และกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลังเรียน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย	กลุ่มควบคุม (n=32)		กลุ่มทดลอง (n=32)		t-test	p-value
	mean	SD	mean	SD		
ความรู้						
ก่อนการเรียน	6.06	1.54	6.69	1.03	-1.91	.61
หลังการเรียน	6.69	1.18	8.19	1.18	-5.10	.01*
การตัดสินทางคลินิกก่อนการเรียน						
ก่อนการเรียน	61.03	11.46	64.59	15.15	-1.06	.29
หลังการเรียน	65.13	10.31	77.84	11.26	-4.71	.01*
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล						
ก่อนการเรียน	29.16	5.94	31.47	7.30	-1.39	.17
หลังการเรียน	30.91	4.81	36.00	5.19	-4.07	.01*

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการเรียนไม่มีความแตกต่างกัน ($p < .05$) และหลังการเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนและสูงกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พบว่าการเรียนการสอนทำให้นักศึกษามีความรู้เชิงวิชาชีพสูงขึ้น[11] และการศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)[12]

นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้คะแนนเฉลี่ยการตัดสินทางคลินิกและคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาการฝึกปฏิบัติซ้ำต่อเนื่องกันในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้คะแนนการตัดสินทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)[13] การศึกษาการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในสถานการณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย นักศึกษาในกลุ่มทดลองมีคะแนนการตัดสินทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มควบคุม[14] และการศึกษาการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะวิกฤต ทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนการตัดสินทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มควบคุม[15] และค่าคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6]

ผลการศึกษาดังกล่าวเมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีเรียนรู้จากประสบการณ์ของคอล์บ[9] จะเห็นว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในตัวผู้เรียน โดยผู้สอนจัดประสบการณ์ที่ต้องการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนก่อน จากนั้นผู้เรียนต้องย้อนกลับไปทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นความคิดรวบยอดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้ และทฤษฎีสถานการณ์จำลองของเจฟฟรีส์[5] เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่จัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามสถานการณ์ จะเป็นการสร้างประสบการณ์ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ ความมั่นใจและสามารถตัดสินใจให้การพยาบาลเหมาะสมเมื่อเจอสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอที่ได้จากการทำวิจัย

สามารถนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติของนักศึกษาโดยนำสถานการณ์ผู้คลอดและกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อยในการปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ การตัดสินทางคลินิก และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสามารถนำสถานการณ์ตัวอย่างไปปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และใช้ออกแบบสถานการณ์ให้มีความซับซ้อนมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความน่าเชื่อถือและเป็นตัวแทนของประชากรได้ดีขึ้น และควรใช้แบบสังเกตพฤติกรรมจริงของนักศึกษาขณะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเสริมข้อมูลเชิงปริมาณให้สมบูรณ์

References

1. Trilling B, & Fadel C. 21st century skills: Learning for life in our times. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2009.
2. Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. Bachelor of Nursing Science Program: Revised curriculum B.E. 2562 (2019). Ubon Ratchathani: Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University; 2019. (in Thai).
3. Saraketrin A, Rongmuang D, & Chantra R. Nursing education in the 21st century: Competencies and roles of nurse educators. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):12–20. (in Thai).
4. Suwancharoen J, Sornkasarin A, & Malai C. Instructional model promoting 21st-century skills for undergraduate nursing students. Nursing Journal. 2017;44(4):177–88. (in Thai).
5. Jeffries PR, editor. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation. 2nd ed. New York: National League for Nursing; 2012.
6. Jamjang S, Atthamatakul W, Nilliaum R, & Wongyara N. Effects of virtual simulation-based learning on nursing students' problem-solving abilities and confidence in caring for patients with health problems. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2021;4(3):178–94. (in Thai).
7. Yeepaloh M, Rueangroengkulrit P, Thongchan J, Suwan K, & Chaliewsak K. Effects of Simulation Based Learning to Enhance Critical Thinking of Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Yala. Journal of Nursing and Public Health Research. 2017;18(3):128–34.(in Thai).
8. Chubkhuntod P, Thasanor-Eltor P, Kaewkhuntorn N, & Pochana R. Effects of simulation based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying. Journal of Health Science. 2020;29(6):1062-72. (in Thai).
9. Kolb AY, & Kolb DA. Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. Acad Manag Learn Educ. 2005;4(2):193–212.
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. Lee BO, Liang HF, Chu TP, & Hung CC. Effects of simulation-based learning on nursing student competences and clinical performance. Journal of Nursing Education and Practice. 2019;41. doi:10.1016/j.nepr.2019.102646.
12. Thangkratok P, Phlacheeva N, Thongtham A, Dechakul M, Kaewprasong A, & Matsong C. Effectiveness of fidelity simulation-based learning in primary medical care practicum course among nursing students. Thai Journal of Nursing. 2022;71(2):64–71. (in Thai)
13. Konthiang K, Samerchuea W, Niramon P, & Chaichana J. The effects of repeated practice in high fidelity patient simulation on self confidence and clinical judgment among nursing students. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2023;5(2):1–16. (in Thai)
14. Jeong KI, & Choi JY. Effect of debriefing based on the clinical judgment model on simulation-based learning outcomes of end-of-life care for nursing students: A non-randomized controlled trial. Journal of Korean Academy of Nursing. 2017;47(6):842–53.
15. Seesanea S, Kunoy J, Karuncharoenphanit S, & Rupngam S. Effects of simulation-based earning on knowledge, clinical judgment, and nursing skills in caring for critical patients with acute myocardial infarction: a case study. Journal of Nursing and Health Research. 2022;23(1):123–33. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน บนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์

The Effectiveness of The Self-efficacy Promotion Program on The FACEBOOK Application for Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Surin Province

ฟ้าใส แสนดี ธิดารัตน์ คณึงเพียร* นพรัตน์ ภูศรี พัตรา เจริญยิ่ง พันธิตา จันทราสา
Fasai Saendee Thidarat Kanungpiarn* Nopparat Phusri Phattara Jaroenying Pantita jantrasa
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000
Boromrajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Surin province, Thailand 32000

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชั่น FACEBOOK ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 60 คน สุ่มแบบจับฉลากไม่คืนที่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง แบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ และโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชั่น FACEBOOK ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ตัวแบบหรือสัญลักษณ์ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นอารมณ์ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ แบบสอบถามและโปแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า cvi = 1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ได้ค่า 0.89, 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบผลการศึกษาโดยใช้สถิติคู่และทีอิสระ

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะและความพร้อมสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: โปรแกรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความพร้อมนักศึกษาพยาบาล

Abstract

This is a quasi-experimental study with a two-group pretest-posttest design aim to study the effectiveness of a self-efficacy enhancement program in nursing education in conjunction with the FACEBOOK application among nursing students. The sample consists of 60 first-year nursing students for the academic year

*Corresponding author E-mail address: thidarat@bcnsurin.ac.th

วันที่รับ (received) 14 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 1 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 15 ก.พ. 2568

2024, who meet the specified criteria. They are divided into an experimental group of 30 and a control group of 30. The research instruments include a general information questionnaire, a self-efficacy assessment, a readiness assessment for studying nursing, and a program to enhance self-efficacy in nursing studies, which incorporates the FACEBOOK application. This program includes successful experience, models or symbols, persuasive language, and emotional stimulation. All activities are conducted over 3 weeks. The questionnaires and program have been validated for content validity with a CVI of 1. The reliability of the assessment tools was found to be 0.89 and 0.90. Data analysis includes frequency, percentage, mean, standard deviation, and comparison of study results using paired t-tests and independent t-tests.

It was found that the average scores of self-efficacy and readiness to study in the nursing field after participating in the program were significantly higher than before joining the program at a level of $p < .001$. Furthermore, after the experiment, the average scores of self-efficacy and readiness to study in the nursing field in the experimental group were significantly higher than those in the control group at a level of $p < .05$. This program can be applied to enhance the awareness of competencies and readiness for nursing students.
Keywords: Program, Self-efficacy, Nursing students' readiness.

บทนำ

นักศึกษาพยาบาลเป็นช่วงวัยที่คาบเกี่ยวกันระหว่างวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่ต้องพบกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เมื่อเข้ามาเรียนในมหาวิทยาลัย นักศึกษาต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมใหม่ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น นอกเหนือจากการต้องเผชิญกับปัญหาตามวัยและต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแล้วนั้นลักษณะการเรียนการสอนที่มีทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยลักษณะของงานที่ต้องรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาเกิดความตึงเครียดได้ง่าย[1] โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่เข้าเรียนในชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่จะมีอายุประมาณ 18-19 ปี การศึกษาในวิชาชีพพยาบาลนักศึกษาต้องมีการปรับตัวต่อช่วงวัยที่เปลี่ยนแปลงและการดำเนินชีวิตในวิทยาลัย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยของการเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงของการเรียนรู้หลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านวิชาการ กระบวนการทำงานและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น และในลักษณะของสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับเป็นสภาวการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันมากขึ้น หากนักศึกษาไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติในชีวิตให้ผ่านได้ ซึ่งการใช้ชีวิตในวิทยาลัยพยาบาล ต่างจากการใช้ชีวิตในโรงเรียน นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจมากมาย ซึ่งล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งสิ้น[1,2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พบสถานการณ์การลาออกเพิ่มขึ้นของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในปีการศึกษา 2566 อัตราการคงอยู่ร้อยละ 97.09 (ลาออก 4 คน) และ ในปีการศึกษา 2567 ร้อยละ 97.20 (ลาออก 5 คน)[3]

จากที่กล่าวมาข้างต้น การที่นักศึกษาต้องเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ นักศึกษาแต่ละคนจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคที่แตกต่างกัน การเริ่มเข้าสู่ช่วงชีวิตที่ต้องประสบกับประสบการณ์ชีวิตที่มีความเปลี่ยนแปลงหลากหลายและแปลกใหม่เป็นสิ่งที่ท้าทายในการปรับตัว วัยรุ่นจึงพยายามใช้ศักยภาพของตนเองในการปรับตัวเข้าสู่บทบาทใหม่ และร่วมกิจกรรมใหม่ ๆ ในสังคม[4] ซึ่งหากมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ หรือพฤติกรรมที่ต้องการจนประสบความสำเร็จจะประสบความสามารถสนับสนุนให้ก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5]

จากที่กล่าวมาข้างต้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการ ให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยผันแปร ไปตามมิติต่าง ๆ ใน 3 ด้าน ได้แก่ (1) ขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (magnitude

or level) (2) ความเข้มแข็ง หรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติ กิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (strength) และ (3) ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำสำเร็จมาใช้กับกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ (generality)[6] มีผลต่อการกระทำกิจกรรมที่ยุ่งยาก ซับซ้อนว่าจะกระทำได้สำเร็จหรือไม่ เนื่องจากความมั่นใจว่าตนมีความสามารถเพียงใดจะเป็นตัวชี้ว่าบุคคลจะมีความพยายามทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนไม่มีความสามารถที่จะกระทำ กิจกรรมให้สำเร็จได้ ก็จะเกิดความกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีความมั่นใจว่าสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ จะทำให้บุคคลเกิดความเพียรพยายามไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ยิ่งมีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมาก จะยิ่งมีความพยายามและกระตือรือร้นในการกระทำกิจกรรมนั้นมากขึ้น การที่บุคคลพยาบาลกระทำกิจกรรมในสถานการณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อนได้สำเร็จ และได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้จะเป็นแรงเสริมต่อการรับรู้สมรรถนะในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในหลากหลายกลุ่มประชากรทั่วไปดังเช่น การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี[7] โดยนำแอพพลิเคชั่นไลน์มาใช้ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเรียนที่ส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน[8-9] อย่างไรก็ตาม นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เพิ่งก้าวเข้าสู่การเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์นั้น ต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงจากการเรียนในระดับมัธยมมาสู่การเรียนวิชาชีพ ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่งในการก้าวข้ามเพื่อไปสู่การเรียนให้สำเร็จ หากมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[5] ในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ได้ ภายใต้แนวคิดนี้ที่เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง และนอกจากนี้ด้วยในสังคมปัจจุบัน นักศึกษาพยาบาลมักใช้การสื่อสารติดต่อกันผ่านโซเชียลมีเดียเป็นส่วนมาก ดังนั้นหากมีการนำสื่อโซเชียลมาเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะเป็นอีกกลไกสำคัญที่สนับสนุนนักศึกษาในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้[10]

ดังนั้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์และเป็นการสร้างความพร้อมก่อนเรียน การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชัน FACEBOOK ของนักศึกษาพยาบาล จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 สามารถก้าวสู่การเรียนรู้ทั้งวิชาการและวิชาชีวิตในวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชัน FACEBOOK ของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังทดลอง

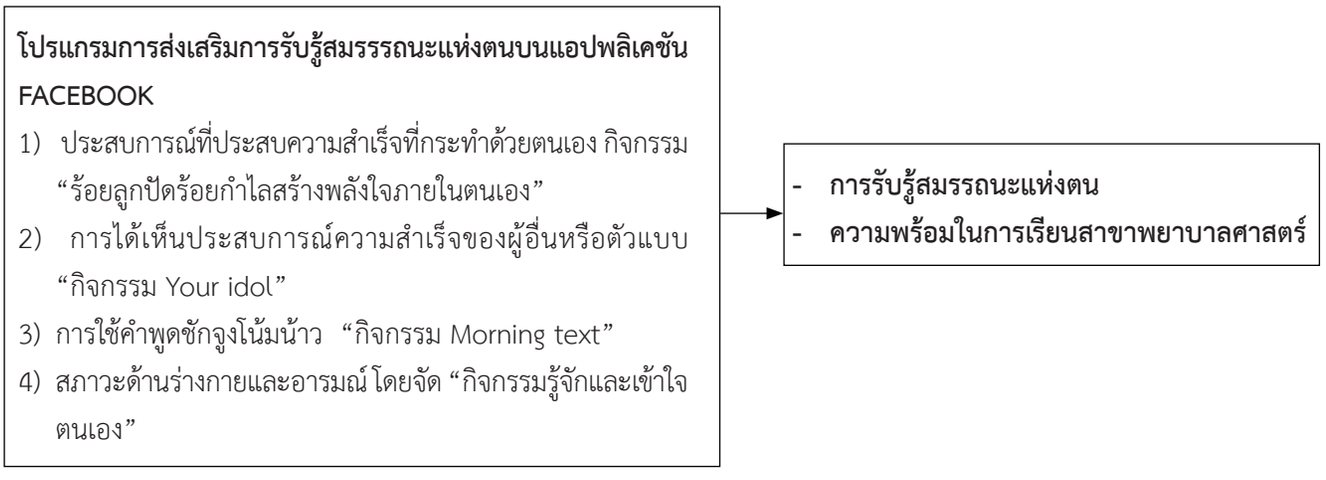
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังการทดลองการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้คือแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา[5] ที่อธิบายว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการกระทำพฤติกรรมใด ๆ จะมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามที่ตนเองคาดหวังไว้แหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่กระทำด้วยตนเอง กิจกรรม “ร้อยลูกปัดร้อยกำไลสร้างพลังใจภายในตนเอง” โดยมีการจัดกิจกรรม ร้อยกำไลลูกปัด เพื่อสร้างความรู้สึกภูมิใจในผลงานที่สร้างขึ้นด้วยตนเอง

และให้ผ่อนคลายความเครียดจากการเรียน เล่าถึงสิ่งที่ตนเองได้ทำได้ดีในชีวิตที่ผ่านมาซึ่งเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกภาคภูมิใจ สื่อสารผ่านการเล่าเรื่องในระหว่างทำกิจกรรมร้อยกำไลลูกปัด 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ กิจกรรม กิจกรรม “Your idol” เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียน การใช้ชีวิตในวิทยาลัยและเพื่อให้ได้รับประสบการณ์ความสำเร็จจากตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว “กิจกรรม Morning text” – ส่งข้อความเชิงบวกผ่านช่องบรอดแคสต์เพื่อให้กำลังใจในการเรียนและการใช้ชีวิตในวิทยาลัย และกิจกรรม เพื่อให้คำปรึกษาและรายบุคคล ผ่านช่องทางเฟซบุ๊ค และ 4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ “กิจกรรมรู้จักและเข้าใจตนเอง” โดยจัดกิจกรรมเขียนระบายความรู้สึกผ่านกระดาษ เพื่อพัฒนาความสามารถในการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง โดยกระบวนการนี้จะนำไปสู่การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชัน Facebook

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์จำนวน 133 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 60 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

เกณฑ์คัดเข้า

1) นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในสาขาพยาบาลศาสตร์

2) มีสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้

3) มีคะแนนประเมินสมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนอยู่ในระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะโรคทางกาย หรือจิต ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G* Power 3.1 การกำหนดอำนาจทดสอบ (β)=.80 ความเชื่อ มั่น (α)= .05 และการกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) ด้านเท่ากับ .60 ซึ่งได้มาจากงานวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการลดน้ำหนักผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 ราย[12] ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทั้งในได้จับคู่ (match pair) เพศเดียวกัน อายุเท่ากัน เกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใกล้เคียงกัน จากนั้นทำการสุ่มจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม โดยกำหนดให้กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส PE-02-08-67 วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการดำเนินการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและสิทธิในการเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียน รวมถึงแจ้งกับกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตลอดจนนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้นผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นอย่างดี และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยเรียบร้อยแล้ว

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการทดลอง และ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการเรียนสาขาการพยาบาลศาสตรบัณฑิตร่วมกับแอปพลิเคชั่นเฟซบุ๊ค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา[5] ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ตัวแบบหรือสัญลักษณ์ (Vicarious experience: Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) โดย กิจกรรมประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK ได้แก่

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่กระทำด้วยตนเอง กิจกรรม “ร้อยลูกปัดร้อยกำไลสร้างพลังใจภายในตนเอง”

2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ “กิจกรรม Your idol”

3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว “กิจกรรม Morning text”

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์โดยจัด “กิจกรรมรู้จักและเข้าใจตนเอง”

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยมัธยมศึกษาตอนปลาย

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รวม ทั้งหมด 10 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 50 คะแนน

3. แบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รวมทั้งหมด 10 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 50 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ และโปรแกรมส่งเสริมสรรถนะแห่งตนการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ร่วมกับแอปพลิเคชันของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เสนอขอรับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา สำนวนภาษาและความเหมาะสมของโปรแกรม ความเหมาะสมระยะเวลาและกิจกรรม ความสอดคล้องกับการวัดตัวแปร โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างของวิทยาลัยพยาบาบรมราชชนนี ในสถาบันการศึกษาอื่น จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า 0.89 และแบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ ได้ค่า 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ภายหลังจากได้รับอนุมัติในการดำเนินการวิจัยจาก

คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ขอดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และประสานงานกับอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ขั้นก่อนทดลอง เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นัดพบนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและขั้นตอนการวิจัยหลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอม

3.2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1 การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องเรียน ดำเนินการดังนี้

1) แนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการวิจัย

2) ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนพยาบาลศาสตรบัณฑิต และทำการนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4

3.2.2 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 3 ครั้ง ณ ห้องเรียน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียด

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา

2) ประเมินการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในการเรียนพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเข้าร่วมเพจ Facebook ดำเนินการตามกระบวนการของโปรแกรม

1) “กิจกรรมรู้จักและเข้าใจตนเอง” โดยจัดกิจกรรมเขียนระบายความรู้สึกผ่านกระดาษ เพื่อพัฒนาความสามารถในการรู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 2-3 เข้าทำกิจกรรมในเพจ Facebook มีรายละเอียด ดังนี้. 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่กระทำด้วยตนเอง กิจกรรม “ร้อยลูกปัดร้อยกำไลสร้างพลังใจภายในตนเอง” 2) การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบ “กิจกรรม Your idol” 3) การใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าว “กิจกรรม Morning text”

สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) เป็นกิจกรรมประเมินผล ดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาและสถานที่ที่นัดหมาย กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

2) แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าถึงระยะสิ้นสุดการวิจัย และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบตอบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบประเมินความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Independent -test โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 เกรดเฉลี่ยมัธยมศึกษาตอนปลายของกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกรด 3.76–4.00 ร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ 3.51–3.75 ร้อยละ 23.33 และ 3.25–3.50 ร้อยละ 10 และเกรดเฉลี่ยมัธยมศึกษาตอนปลายของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อยู่ที่ระดับ

เกรด 3.76–4.00 ร้อยละ 56.67 รองลงมาคือ 3.51–3.75 ร้อยละ 26.67 และ 3.25–3.50 ร้อยละ 16.67 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่พบปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความชอบในวิชาชีพพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 96.7

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบน แอปพลิเคชัน FACEBOOK (n=30)

ตัวแปรตาม	M	SD	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนการทดลอง	31.13	4.57	-7.900	.000*
หลังการทดลอง	41.13	6.16		
ความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์				
ก่อนการทดลอง	38.33	4.99	-4.895	.000*
หลังการทดลอง	44.90	4.92		

*P<.001

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการทดลอง (M = 41.13 , SD = 6.16) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (M = 31.13 , SD = 4.57) และ คะแนนความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์หลังการทดลอง (M = 44.90 , SD = 4.92) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (M = 38.33 , SD = 4.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .001

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK (n=30)

ตัวแปรตาม	M	SD	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
กลุ่มควบคุม	38.27	6.31	1.780	0.040*
กลุ่มทดลอง	41.13	6.16		
ความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์				
กลุ่มควบคุม	42.63	5.20	1.736	0.044*
กลุ่มทดลอง	44.90	4.92		

*P<.05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (กลุ่มทดลอง M = 41.13, SD = 6.16; กลุ่มควบคุม M= 38.27 S.D= 6.31) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง M= 44.90, S.D= 4.92; กลุ่มควบคุม M= 42.63, S.D= 50.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของ แบนดูรา[5] สามารถส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ อธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาตามกระบวนการภายใต้การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) ตัวแบบหรือสัญลักษณ์ (Vicarious experience: Modeling) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) โดย กิจกรรมประกอบด้วย การจัดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่กระทำด้วยตนเอง โดยการนำกิจกรรมร้อยกำไลลูกปัด มาเป็นสื่อกลางเพื่อสร้างความรู้สึกภูมิใจในผลงานที่สร้างขึ้นด้วยตนเอง พร้อมการเปิดเพลงฟังผ่อนคลายเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพลงตามใจชอบและให้เล่าถึงสิ่งที่ตนเองได้ทำได้ดีในชีวิตที่ผ่านมาซึ่งเป็นประสบการณ์ที่รู้สึกภาคภูมิใจ สื่อสารผ่านการเขียนเล่าเรื่องในระหว่างทำกิจกรรมร้อยกำไลลูกปัด นอกจากนี้การได้เห็นประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่นหรือตัวแบบจากกิจกรรม Your idol อีกทั้งยังมีการใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวผ่านกิจกรรม Morning text เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียนและการใช้ชีวิต ในวิทยาลัยฯ โดยส่งข้อความเชิงบวกผ่านช่องบรอดแคสต์ โดยเป็นเนื้อหาข้อความสั้น ๆ เพลง หรือโพสต์ต่าง ๆ วันละ 1 ครั้ง เพื่อให้กำลังใจในการเรียน การใช้ชีวิตภายในรั้ววิทยาลัย เพื่อสร้างพลังบวก ส่งเสริมให้มีในการเริ่มวันใหม่ได้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์[13] ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาผลของการใช้โมบายแอปพลิเคชันเพื่อการจัดการการดูแลเด็กโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และบิดามารดากลุ่มทดลอง มีความพึงพอใจการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด[14]

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนบนแอปพลิเคชัน FACEBOOK สามารถส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความพร้อมในการเรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ สอดคล้องกับวิถีช่วงวัยและเป็นกลไกในการช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคระหว่างการเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

นำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่1 ในปีการศึกษาต่อไป หรือขยายผลสู่นักศึกษากลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลในระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาว

References

1. Kaewsakulthong S. Factors predicting stress among nursing students under the Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health Journal of Health Research and Innovation. 2019; 2(1): 2-11 (in Thai).
2. Sihanwong S, Fungdee N, Yaarom N, Noinang N, Anai, N, Bunchern T. et al. Factors causing to stress of nursing students, Ubon Ratchathani University. Journal of Health Science Research. 2018; 21 (42): 93-105. (in Thai).
3. Student Welfare Work. Report on the retention and dropout rates of nursing students. Student Affairs Department, Boromrajonani College of Nursing Surin; 2024. (in Thai)
4. Steinberg L, & Morris AS. Adolescent development. Annual review of psychology. 2001; 52(1): 83-110.
5. Bandura A, & Wessels S. Self-efficacy (pp. 4-6). Cambridge: Cambridge University Press;1997.
6. Iamsupasit, S. Theories and techniques of behavior modification. (Print for the 5th time). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2006. (in Thai)
7. Suthirit S, Pinchaleaw D, & Keskomon T. The effectiveness of self-regulation program with line application among overweight health volunteers, Tharongchang district Surat Thani province. Journal of The Police Nurses. 2018;10(2):330-9. (in Thai)
8. Soivong P, Sawasdisingha P, Tanvattanagul C, Fukul A, Kaewinta Y, Puangsaijai S, et al. Efficacy of a self-management programme in breast cancer patients. Thai Journal of Nursing Council. 2017;32(4):5-18. (in Thai)
9. Somnarin O, & Boonkulsorn T. The effect of using computer-assisted learning lessons on academic achievement and the satisfaction of nursing students. College Journal Boromrajonani Nursing Journal, Bangkok. 2016; 32(2): 94-104. (in Thai)
10. 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. 2021;22(1):283-93. (in Thai)
11. Wuttijureepan A, Moolsart S, & Tipkanjanaraykha K. The Effectiveness of an enhancing motivation program in weight reduction via electronic communication in obese Nursing Students. Journal of Health and Nursing Research. 2025;35(2):57-70. (in Thai)
12. Rucha Y, Lertmaliwong M, Laohajinda Y, Srisuwan W, Putwatana P, & Thanurak R. Nursing research. 7th ed. Bangkok: Siam Printing Art; 2000. (in Thai)
13. Wangman W, Panchaliew D, & Ketsakol T. Study the effectiveness of promoting self-efficacy the program in breast self-examination through the use of a nursing student's LINE application. Boromrajonani College of Nursing, Surin Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2021;11(1):1-14. (in Thai)
14. Jaiharn N, Cheevakasemsook A, & Jetinai K. Effect of using a mobile application for the care management of children with allergic rhinitis in Sunpasitthiprasong hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):195-203. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาลโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Related with Nursing Care for Stroke Fast Track of Nurses in Nong Phai Hospital, Phetchabun Province

สิริวรรณ ประสงค์ผล* สุรเดช สำราญจิตต์ ถาวร มาต้น
Siriwan Prasongphon* Suradej Samranjit Thavorn Maton
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 88 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.22, SD = .55) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.61, SD = .72) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.62, SD = .77) และการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.62, SD = .55) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้การเข้าถึง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง (r = .563**, .544** และ .571** ตามลำดับ) โดยรวมการรับรู้ การเข้าถึง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง (r = .699**) ดังนั้น การวางแผนจัดบุคลากรที่เหมาะสมในการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จึงมีความสำคัญ เพื่อการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน, ระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

Abstract

This descriptive study aimed to study the factors related to nursing care for stroke fast track of nurses in Nong Phai Hospital, Phetchabun Province. The sample group is 88 professional nurses. Data were analyzed using descriptive statistics as well as inferential statistics, which included Pearson Correlation Coefficient at .01 levels of significance.

Corresponding Author: *E-mail: somsipol06032535@gmail.com

วันที่รับ (received) 18 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 16 ส.ค. 2568

The research results revealed that perception of stroke fast track was shown at the high level (Mean = 4.22, SD = .55), accessibility of stroke fast track was shown at the moderate level (Mean = 3.61, SD = .72), perception of information and social support of stroke fast track was shown at the moderate level (Mean = 3.62, SD = .77), and nursing care of stroke fast track was shown at the moderate level (Mean = 3.62, SD = .55). Perception, accessibility and perception of information and social support were positively related to stroke fast track at the high level of .01 (r = .563, .544, .571, respectively). Including 3 factors: perception, accessibility, and perception of information and social support were positively related to stroke fast track at the high level of .01. (r = .699).

Findings of the study provide a baseline data to promote workforce development planning to nursing care for effective and efficient care of acute stroke patients.

Keywords: Nursing care, Acute stroke, Stroke Fast Track

บทนำ

โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือด อาจเกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้สมองบางส่วนทำงานผิดปกติ สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาที่จำกัด ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด “เวลา” จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การรักษาที่เร็วจะทำให้ผู้ป่วย มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง ได้แก่ การรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานและได้รับการยอมรับ ได้ผลค่อนข้างดี แต่มีข้อจำกัดด้านเวลาที่ต้องวินิจฉัยโรคและเริ่มให้ยาภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที หลังจากเกิดอาการ[1]

โรงพยาบาลหนองไผ่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 มีระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) โรงพยาบาลหนองไผ่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้เร็วที่สุดหลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล แต่ยังไม่มี Stroke Unit เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับยา ดังนั้นภายหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) จะต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เพื่อดูแลต่อใน Stroke Unit แต่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันยังมีจำนวนน้อย โดยในปีงบประมาณ 2566–2567 มีเพียง 75 และ 45 รายตามลำดับ และผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) มีจำนวนน้อยมากเพียง 15 และ 9 รายตามลำดับ[2] ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำไปปรับปรุงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) โรงพยาบาลหนองไผ่ต่อไป

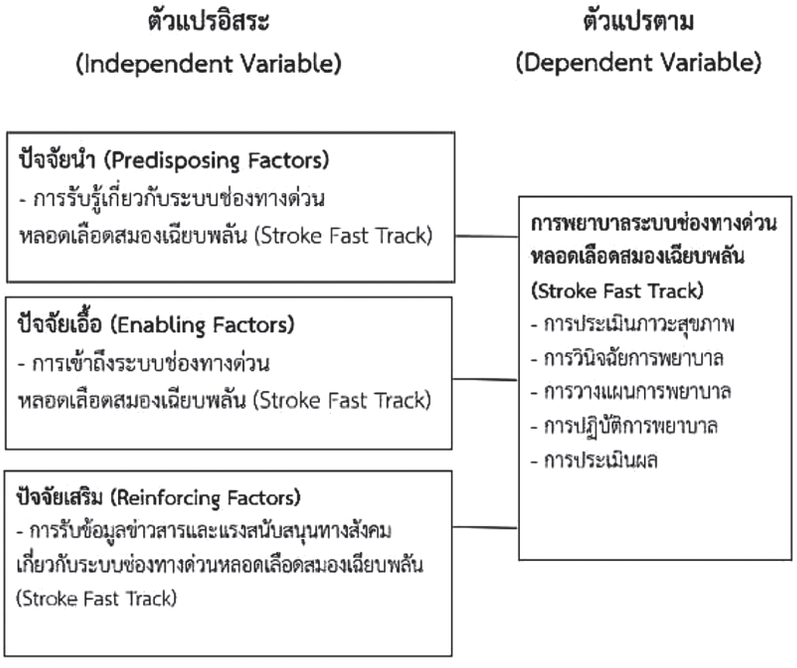
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐาน

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 113 คน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 88 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองไผ่ อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมรับกลับด้วยตนเอง เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้วตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 030/2568 วันที่ 20 มีนาคม 2568

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้าระบบบริการช่องทางด่วน และการเข้าร่วมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ (Check List)

2. แบบสอบถามปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัย

เอื้อ ปัจจัยเสริม และการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) ประเมินคำตอบ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามถูกตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ พยาบาลเวชปฏิบัติ และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67–1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) คำนวณโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ทั้งฉบับเท่ากับ .75 และรายด้านเท่ากับ .76, .76, .76 และ .81 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 88 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 93.2 เพศชาย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.8 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 31 - 40 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 97.7 สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นงานผู้ป่วยใน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 68.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 60.2 ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ (การรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยนำ ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 88 คน)

การรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	M	SD	ระดับ
1. หากท่านพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาล ท่านโทรแจ้งเบอร์ 1669 ทันที	2.28	1.70	ต่ำ
2. อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นทันทีทันใด อาจจะแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีอาการหลายอย่างพร้อมกัน เช่น เดินเซทรงตัวไม่อยู่ ตามัว หน้าหรือปากเบี้ยว ชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีก ลิ้นแข็งพูดลำบาก มีอาการไม่เกิน 4 ชั่วโมง 30 นาที	4.66	.66	สูง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA)	4.74	.56	สูง
4. ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไม่เกิน 4 ชั่วโมง 30 นาทีทุกรายจำเป็นต้องเข้าระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track)	4.67	.69	สูง
5. พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการผสมยาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	4.76	.48	สูง

จากตารางที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.22, SD = .55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการผสมยาในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (M = 4.76, SD = .48) รองลงมาได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกสิทธิการรักษาสามารถเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) (M = 4.74, SD = .56) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หากท่านพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาล ท่านโทรแจ้งเบอร์ 1669 ทันที (M = 2.28, SD = 1.70)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยเอื้อ ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 88 คน)

การเข้าถึงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	M	SD	ระดับ
1. ท่านสามารถรายงานเข้าไปในกลุ่มไลน์ Stroke Fast Track โรงพยาบาลหนองไผ่ได้ทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	2.95	1.31	ปานกลาง
2. ท่านสามารถโทรแจ้งห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองไผ่ได้ทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	4.17	1.07	สูง
3. ท่านสามารถโทรแจ้งห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และห้องยาได้ทันที เพื่อเตรียมความพร้อม หากมีการ Activate Stroke Fast Track โรงพยาบาลหนองไผ่	4.01	1.14	สูง
4. ท่านสามารถรายงานแพทย์ให้มาช่วยประเมินได้ทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แต่ท่านไม่มั่นใจ	4.26	.95	สูง
5. ท่านสามารถ Activate Stroke Fast Track โรงพยาบาลหนองไผ่ได้ หากพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	2.64	1.28	ปานกลาง
รวม	3.61	.72	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 การเข้าถึงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.61, SD = .72) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ท่านสามารถรายงานแพทย์ให้มาช่วยประเมินได้ทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน แต่ท่านไม่มั่นใจ (M = 4.26, SD = .95) รองลงมาได้แก่ ท่านสามารถโทรแจ้งห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองไผ่ได้ทันที เมื่อพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (M = 4.17, SD = 1.07) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านสามารถ Activate Stroke Fast Track โรงพยาบาลหนองไผ่ได้ หากพบผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (M = 2.64, SD = 1.28)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสริม (การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 88 คน)

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	M	SD	ระดับ
1. ท่านได้รับข่าวสารข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาล	3.48	1.19	ปานกลาง
2. ท่านได้เข้าร่วมวิชาการอัพเดตแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุก ๆ ปี	3.40	1.27	ปานกลาง
3. ท่านมีความสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) แก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย	3.68	1.10	สูง
4. ท่านคิดว่าข้อมูลจากการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไม่มีความสำคัญ	3.93	1.41	สูง
5. ท่านมีความมั่นใจกับความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	3.59	1.08	ปานกลาง
รวม	3.62	.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.62, SD = .77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านคิดว่าข้อมูลจากการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันไม่มีความสำคัญ (M = 3.93, SD = 1.41) รองลงมา ได้แก่ ท่านมีความสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) แก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (M = 3.68, SD = 1.10) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ท่านได้เข้าร่วมวิชาการอัพเดตแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุก ๆ ปี (M = 3.40, SD = 1.27)

ส่วนที่ 2 การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 88 คน)

การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	M	SD	ระดับ
1. การซักประวัติผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสำคัญ หากไม่ทราบระยะเวลาที่ชัดเจน ท่านจะใช้เวลาครั้งสุดท้ายที่พบผู้ป่วยมีอาการปกติ (Last Seen Normal)	4.42	.62	สูง
2. หากท่านซักประวัติผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันตามหลัก BEFAST แล้ว พบว่าอีก 15 นาทีผู้ป่วยจะมีอาการครบ 4 ชั่วโมง 30 นาที ควรพิจารณาไม่ Activate Stroke Fast Track	3.18	1.23	ปานกลาง
3. หากท่านประเมินสัญญาณชีพแรกรับ พบว่าผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมี BP 180/105 mmHg ควรรายงานแพทย์ทันที	2.15	1.23	ต่ำ
4. หากท่านพบว่าผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีระดับความรู้สึกตัว E3V1M4 ควรรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ	3.85	1.00	สูง
5. หากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ได้ 20 คะแนน ควรพิจารณาActivate Stroke Fast Track	4.02	.82	สูง

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ (n = 88 คน) (ต่อ)

การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน	M	SD	ระดับ
6. เพื่อลดแรงดันและให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก และการไหลกลับของเลือดจากสมองดีขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ควรจัดให้อยู่ในท่านอนศีรษะสูง 15 - 30 องศา	3.78	1.06	สูง
7. การตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน คือ การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) หลังจากนั้นทำการตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI Scan)	2.76	1.35	ปานกลาง
8. ผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันทุกราย จะถูกชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA)	2.50	1.49	ปานกลาง
9. หากผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีการตั้งครรภ์ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ได้	3.73	1.12	สูง
10. Door to Needle Time ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ≥ 30 นาที	3.18	1.35	ปานกลาง
11. หากผล CT Brain Non Contrast ปกติ หรือพบลักษณะ Early Ischemic Change ในผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ได้เลย หากไม่มีข้อห้าม (Contraindication)	3.84	1.05	สูง
12. ท่านต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับผลดี และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ก่อนการเซนชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ ใบยินยอมการรักษา ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA)	4.43	.80	สูง
13. ท่านสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ได้เลย เมื่อแพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) แล้วพบว่าผู้ป่วยมี BP 185/110 mmHg	3.08	1.24	ปานกลาง
14. หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX = 70 mg% ไม่ควรให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลต่ำ	3.23	1.30	ปานกลาง
15. ท่านจะหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) แล้วพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ซึมลง	4.11	.98	สูง
16. ท่านจะหยุดให้ยาและรายงานแพทย์ทันที ที่พบว่าผู้ป่วย มี BP 180/105 mmHg และประเมินอาการแสดงทางระบบประสาทเป็นปกติ ในขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA)	3.80	1.10	สูง
17. ท่านรายแพทย์ทันทีที่พบอาการบวมที่ริมฝีปากและลิ้น (Orolingual Angioedema) ภายหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke)	4.42	.75	สูง
18. ภายหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) หมด 30 นาที หากผู้ป่วยปวดปัสสาวะ แต่ปัสสาวะไม่ออก สามารถใส่สายสวนปัสสาวะให้ได้	2.98	1.42	ปานกลาง
19. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง	4.49	.71	สูง
20. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ควรดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ตามบริบท เท่านั้น	4.45	.77	สูง
รวม	3.62	.55	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.62, SD = .55) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt–PA) ต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเป็นเวลาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (M = 4.49, SD = .71) รองลงมาได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) ควรดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ตามบริบท เท่านั้น (M = 4.45, SD = .77) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หากท่านประเมินสัญญาณชีพแรกรับ พบว่าผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มี BP 180/105 mmHg ควรรายงานแพทย์ทันที (M = 2.15, SD = 1.23)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัย	การพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	.563**	< .001	สูง
ปัจจัยเอื้อ	.544**	< .001	สูง
ปัจจัยเสริม	.571**	< .001	สูง
รวม	.699**	< .001	สูง

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 5 ปัจจัยนำของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) อยู่ในระดับสูง (r = .563**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเอื้อของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) อยู่ในระดับสูง (r = .544**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยเสริมของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) อยู่ในระดับสูง (r = .571**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยรวมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์อยู่ในระดับสูง (r = .699**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาลโรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง (r = .563**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา[4] ที่ได้พัฒนาระบบบริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลพระพุทธบาท นำแนวปฏิบัติ Stroke Fast Track รวดเร็ว กระชับ ฉับไวใส่ใจบริการไปใช้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้น ทำให้สามารถลดเวลาเฉลี่ยในการให้ยาละลาย ลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำและผู้ป่วยได้รับยาภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลรักษาหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัว มีภาวะพึ่งพาลดลง จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปัจจัยความสำเร็จของการวิจัยคือ การบริหารจัดการและการกำกับติดตามโดย NCM Stroke/ พยาบาลประจำ Stroke Unit ร่วมกับแพทย์ Intern

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง (r = .544**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา[5] ที่ศึกษาคุณภาพของระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ในจังหวัดนครสวรรค์ ศึกษาสถานการณ์และผลลัพธ์ของระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ สรุปผลการศึกษาได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการให้บริการให้บรรลุเป้าหมายเกิดจากการตั้งเป้าหมายที่ท้าทายและชัดเจน ร่วมกับการให้ความสำคัญกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ช่วยกันพัฒนาคุณภาพของระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันให้เกิดคุณภาพมาตรฐาน มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีและผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke Fast Track) ของพยาบาล โรงพยาบาลหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง (r = .571**) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันด้วยทีมสหวิชาชีพ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ด้วยทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญต่อผู้ป่วย การดูแลที่ซับซ้อนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ความสามารถ และมีความเชี่ยวชาญในการประเมินสภาพ รวมถึงการดำเนินของโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด จึงมีความสำคัญต่อการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ผู้ป่วยเข้าสู่สังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 นำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวางแผนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.2 ใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบุคลากรให้เหมาะสมในการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอย่างอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะส่งผลต่อการพยาบาลระบบช่องทางด่วนหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ของพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ได้แก่ สหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน เป็นต้น

2.2 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เพื่อทราบผลข้อมูลในเชิงลึก และสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

References

1. Sindhu S. Fast Track emergency care. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2022. (in Thai)
2. Emergency and Forensic Department, Nong Phai Hospital, Statistics of patients with acute stroke in Nong Phai Hospital, Nong Phai District, Phetchabun Province. 2023. (in Thai)
3. Samranjit S. Health behavior in public health. Teaching material for PHA 6303, Bangkok: Ramkhamhaeng University Press; 2024. (in Thai)
4. Phaholyuth Ch, Akkarakitthithon K, Sophonphap Ch, & Boonkeat M. Development of Stroke fast track, Phraphutthabat Hospital. Phraphutthabat Hospital Journal, Phraphutthabat Hospital. Saraburi: 2021. (in Thai)
5. Tanasang N. Quality of Fast Track Service System for Acute Ischemic Stroke Patients in Nakhonsawan Province. Sawanpracharak Medical Journal. 2019; 16(2): 54 - 64. (in Thai)
6. Chantra R, Sansuwan R, & Heeaksorn Ch. Care for Stroke Patients with Multidisciplinary Team. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supplement): 49-55. (in Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Development of Nursing Practice Guidelines for Continuous Renal Replacement Therapy in Critically Ill Patients with Acute Kidney Injury in The Intensive Care Unit at Chiangrai prachanukroh hospital

บุษบา อัครวนสกุล* อภิรมย์ อนันต์ เอกอุรินทร์ ดวงทิพย์ อรอนงค์ วงศ์แก้ว มะลิวัลย์ ชวนคิด
Budsaba Akarawanasakun* Aphirom Anan Eakourin Doungtip Onanong Wongkaew Maliwan Chuankhit
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เชียงราย ประเทศไทย 57000
Chiangrai Prachanukroh Hospital, Chiang Rai, Thailand 57000

บทคัดย่อ

ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤตและสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ แม้การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องจะเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องอาศัยแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ซึ่งโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ยังขาดแนวปฏิบัติดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติโดยพิจารณาพฤติกรรมการพยาบาล ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุปัญหา การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับทฤษฎี FASTHUG การทดลองใช้แนวปฏิบัติในกลุ่มนำร่องเพื่อทดสอบความเป็นไปได้และการประเมินประสิทธิภาพในพยาบาลวิชาชีพ 90 คน และผู้ป่วยวิกฤต 86 ราย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 3.29±0.53 เป็น 4.39±0.41 (P<.001) และมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด (4.48±0.54) ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าระยะเวลาการทำงานของตัวกรองยาวนานขึ้น ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสั้นลง รวมถึงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ไตวายเฉียบพลัน, การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง, แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, หอผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

Acute kidney injury (AKI) is common among critically ill patients and is associated with high mortality, prolonged hospitalization, and increased treatment costs. Continuous renal replacement therapy (CRRT) is an important treatment option for this population, but its complexity requires standardized nursing guidelines to ensure safe and effective care. At Chiangrai Prachanukroh Hospital, no such guidelines were available, and complications were frequently observed. This study aimed to analyze nursing problems in CRRT care, develop

Corresponding Author: *E-mail: budsaba7757@gmail.com

วันที่รับ (Received) 28 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 24 พ.ย 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 5 ธ.ค. 2568

evidence-based nursing practice guidelines, and evaluate their effectiveness in terms of nursing performance, nurse satisfaction, and patient outcomes. A research and development design were employed in four phases: situation analysis through interviews and record review, guideline development using evidence and the FASTHUG framework, pilot testing for feasibility, and evaluation with 90 nurses and 86 patients.

The results demonstrated a significant improvement in nursing practice scores (3.29±0.53 to 4.39±0.41, P<.001) and a high level of nurse satisfaction (4.48±0.54). Patient outcomes also improved, with longer filter life, fewer circuit clots, reduced thrombosis, shorter duration of mechanical ventilation and ICU stay, and significantly lower treatment costs.

Keywords: Acute kidney injury, Continuous renal replacement therapy, Nursing guideline, Critical care, Patient outcomes

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤต งานวิจัยในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะไตวายเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 50.1 และร้อยละ 10 ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตในเวลาต่อมา[1] โดยการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน อาจใช้การฟอกเลือด การล้างไตทางช่องท้อง หรือการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง[2] ข้อมูลจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2564–2565 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวนมากต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.23 และพบปัญหาอุดตันของตัวกรองสูงถึงร้อยละ 83.33 ผู้ป่วยกว่าสองในสามมีวงจรที่ทำงานน้อยกว่า 20 ชั่วโมง

การบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องเป็นวิธีที่เหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถทนต่อการฟอกไตทั่วไปได้ โดยสามารถควบคุมสมดุลน้ำ กรด–ด่าง และขับของเสียได้ต่อเนื่อง แต่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญ เนื่องจากเป็นกระบวนการซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น วงจรอุดตัน การติดเชื้อ และความผิดปกติของเกลือแร่[2,3] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[3]

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการเตรียม การดูแลระหว่าง และการติดตามหลังการบำบัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการพยาบาลในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับ CRRT ให้มีความเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
3. ประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้าน
   3.1. ระยะเวลาการทำงานของตัวกรอง
   3.2. การอุดตันของวงจรและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
   3.3. ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษา
   3.4. พฤติกรรมการพยาบาลและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

Step 1 Phase 1: Situation and Problem analysis

1. Focus group with a multidisciplinary team involved in the care of critically ill patient receiving CRRT.
2. Analyze the current situation regarding the care of critically ill patient receiving CRRT.
3. Review medical records of critically ill patient receiving CRRT.

Step 1 Phase 2: Development of a care model

1. Conduct a literature review and select evidence based on the PICO framework.
2. Appraise and. Categorize the levels of evidence according to the criteria established by the Joanna Briggs Institute
3. Draft nursing practice guideline for CRRT in critically ill patient receiving CRRT, integrating with FASTHUG nursing theory framework.

Step 2 Phase 3: Implementation of the guideline in the clinical setting

1. Assess content validity and reliability of the nursing practice guidelines using the AGREE II, with evaluation conducted by five experts.
2. Assess the feasibility by the internal medicine and surgical patient care committee at Chiangrai Prachanukroh hospital
3. Pilot implementation of the nursing guideline

Step 3 Phase 4: Evaluation of the implementation of nursing guideline

1. Implementation of the nursing guideline
2. Assess outcomes including duration of CRRT cycle, number of clotted filter, length of ICU stay, duration of mechanical ventilation, nurse's satisfaction and treatment cost

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของซูคัพ[4] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement Therapy: CRRT) สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน การวิจัยดำเนินการในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาได้มาจาก 2 แหล่ง ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 14 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก ศัลยแพทย์ทั่วไป ศัลยแพทย์ระบบประสาท รวมถึงพยาบาลเฉพาะทางด้าน CRRT พยาบาลวิกฤต พยาบาลหัวใจและหลอดเลือด และพยาบาลระบบประสาท การสนทนามีการบันทึกเสียงและบันทึกข้อความเพื่อการวิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้แบบสำรวจสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแล การประเมิน การติดตาม การบันทึก และปัญหาที่พบ

2. การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับ CRRT จำนวน 30 ฉบับจากหอผู้ป่วยวิกฤตหลายสาขา รวมทั้งใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form: CRF) ในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับ CRRT ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยนำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และนำเสนอค่าเฉลี่ยพร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean ± SD) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ ระยะเวลาการรักษา หรือปริมาณสารน้ำเข้า–ออก สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CRRT ได้แก่ ภาวะเลือดออก (bleeding) การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) การเลื่อนหลุดของสาย

ฟอกไต ความคลาดเคลื่อนในการจัดการสารน้ำเข้า–ออก และวงจรอุดตันจนไม่สามารถคืนเลือดได้ จะทำการวิเคราะห์ทั้งในระดับตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) และการวิเคราะห์พหุปัจจัย (multivariable logistic regression) เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะที่ 2: การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ข้อมูลจากระยะที่หนึ่งถูกนำมาสังเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบตามกรอบ PICO[5] โดย Population (P) ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤต Intervention (I) ได้แก่

การปฏิบัติในประเด็นที่สอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ทำหัตถการ การดูแลสายสวนหลอดเลือด การจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง Comparison (C) เช่น การดูแลตามมาตรฐาน หรือ การดูแลตามปกติ สำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ CRRT และ Outcome (O) ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดขึ้น เช่น ระยะเวลาการทำงานของตัวกรอง การอุดตันของวงจรและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และค่าใช้จ่ายในการรักษา และใช้การจัดระดับคุณภาพหลักฐานตามเกณฑ์ของสถาบัน Joanna Briggs (JBI) [6] จากนั้นได้ยกร่างแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวคิด FASTHUG[7,8] ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยเข้าไปในกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การส่งเสริมด้านโภชนาการและสารน้ำ การประเมินความเจ็บปวด การควบคุมระบบประสาท การป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลในกระเพาะอาหารและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระยะที่ 3: การทดลองใช้ในกลุ่มนำร่อง

ร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ผ่านเกณฑ์ AGREE II โดยมีการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งกำหนดผ่านที่ 1.00 หากมีข้อใดต่ำกว่าเกณฑ์จะได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังประเมินค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) โดยตั้งเกณฑ์ความเที่ยงไม่ต่ำกว่า 0.70 จากนั้นจึงนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในกลุ่มนำร่อง ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 10 รายที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก ICU หลายสาขา และผู้ป่วยที่ได้รับ CRRT จำนวน 10 ราย การทดลองนี้ประเมินทั้งความถูกต้องของการปฏิบัติ (ก่อนและหลังการอบรมโดยให้คะแนน 0–5) ความเป็นไปได้และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ ตลอดจนผลลัพธ์เบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น อายุการใช้งานของตัวกรอง การเกิดการอุดตัน และอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน

ระยะที่ 4: การประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ

ใช้การศึกษาแบบการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบขัดจังหวะ (Interrupted Time Series) โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ 43 ราย (กลุ่มควบคุม) และหลังใช้แนวปฏิบัติ 43 ราย (กลุ่มทดลอง) รวมทั้งหมด 86 ราย การกำหนดจำนวนตัวอย่าง (n) อ้างอิงจากข้อมูลเบื้องต้นที่พบว่า ร้อยละ 66.66 ของวงจร CRRT มีอายุการทำงานน้อยกว่า 20 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ จะลดลงเหลือร้อยละ 30 กำหนดค่า power ที่ 90% และ significance level ที่ .05 (two-sided) จึงได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 43 ราย

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

ทำการประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ โดยใช้แบบประเมินกิจกรรมการพยาบาลก่อนและหลังการอบรมแนวปฏิบัติ ให้คะแนนในช่วง 0–5 พร้อมทั้งสอบถามความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงผ่านแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 ราย จากหอผู้ป่วยวิกฤต

กลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

ผลลัพธ์ทางคลินิกประเมินจากเวชระเบียนและ CRRT Flow Sheet โดยใช้ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ ระยะเวลาการทำงานของตัวกรองหรือวงจร และอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออก การเกิดลิ่มเลือด และการเลื่อนหลุดของสายสวน สำหรับตัวชี้วัดรอง ได้แก่ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต และค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อราย เครื่องมือที่ใช้ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมส่วนในกลุ่มผู้ป่วย ใช้แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษาตามแนวปฏิบัติฉบับแก้ไข CRF และ CRRT Flow Sheet

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ มีเครื่องมือจำนวน 5 รายการ ผู้วิจัย

ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์เวชบำบัดวิกฤต 1 ท่าน อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) รายละเอียดดังนี้

1. แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินคุณภาพเครื่องมือ มีค่า CVI เท่ากับ .91

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีค่า CVI เท่ากับ .91

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินดังกล่าวไปให้ผู้ร่วมวิจัยซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการสังเกต (Inter-rater reliability) เท่ากับ 1.0

4. แบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ มีค่า CVI เท่ากับ 1.0 และผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90

5. แบบบันทึกผลลัพธ์การรักษาตามแนวปฏิบัติฉบับแก้ไข CRF และ CRRT Flow Sheet มีค่า CVI เท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลผู้ป่วยและพยาบาลได้รับการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา เพื่อนำเสนอข้อมูลพื้นฐานเชิงประชากรศาสตร์และข้อมูลทางคลินิก โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในผู้ป่วย ใช้ independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงสัดส่วน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ทำการวิเคราะห์คะแนนความถูกต้องของการปฏิบัติพยาบาลก่อนและหลังการอบรมโดยใช้ paired t-test รวมถึงวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงด้วยสถิติพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตามเอกสารรับรองหมายเลขรหัสโครงการ เลขที่ EC CRH 085/67 ณ 12 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงหลักความเคารพในบุคคล มีการชี้แจง และให้ข้อมูลของการวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย มีการใช้รหัสแทนการระบุชื่อ และนามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา ผลการสัมภาษณ์สหสาขาวิชาชีพและการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 30 ราย พบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องในการดูแลและพบภาวะแทรกซ้อนบ่อย เช่น วงจรอุดตัน เลือดออก และความผิดพลาดในการจัดการปริมาณน้ำ อีกทั้งพยาบาลจำนวนร้อยละ 30 มีประสบการณ์น้อยและไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทาง จึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการจัดทำแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้มีการทบทวนวรรณกรรม 20 เรื่อง โดยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าอยู่ในระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 5 เรื่อง และระดับ 5 จำนวน 11 เรื่อง รวมทั้งบูรณาการทฤษฎี FASTHUG เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกช่วงของการทำ CRRT ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการบำบัด พร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้ในกลุ่มนำร่อง การทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพ 10 คน และผู้ป่วย 10 ราย พบว่าพฤติกรรมการพยาบาลมีการพัฒนาในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ คะแนนรวมเพิ่มจาก 3.13±0.59 เป็น 4.52±0.36 ($P=.001$) โดยเฉพาะการประเมินผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ และการจัดการภาวะแทรกซ้อน ส่วนผลลัพธ์ของผู้ป่วยแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งในด้านค่าทางห้องปฏิบัติการและการลดภาวะแทรกซ้อน แม้ยังไม่แตกต่างทางสถิติชัดเจน

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ใน 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 ราย และผู้ป่วยจำนวน 86 ราย

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

พฤติกรรมการปฏิบัติ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ Mean ± SD	หลังใช้แนวปฏิบัติ Mean ± SD	p-value
ด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนการทำCRRT	3.42 ± 0.61	4.38 ± 0.48	<.001
ด้านการเตรียมเครื่องและอุปกรณ์	3.36 ± 0.58	4.52 ± 0.43	<.001
ด้านการพยาบาลระหว่างการทำ CRRT	3.20 ± 0.78	4.33 ± 0.60	<.001
ด้านการพยาบาลหลังการทำ CRRT	3.33 ± 0.62	4.41 ± 0.47	<.001
คะแนนรวมทั้งหมด	3.29 ± 0.53	4.39 ± 0.41	<.001

*Significant at p< .05

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า คะแนนรวมทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.001) โดยเพิ่มขึ้นจาก 3.29 ± 0.53 ก่อนใช้แนวปฏิบัติ เป็น 4.39 ± 0.41 หลังใช้แนวปฏิบัติ นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนย่อยในด้านการประเมินผู้ป่วยก่อนการทำ CRRT การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ การพยาบาลระหว่างการทำ CRRT การพยาบาลหลังการทำ CRRT ก็เพิ่มขึ้นหลังใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย ± SD
ความง่ายในการนำไปใช้	4.38 ± 0.62
ความชัดเจนของเนื้อหา	4.52 ± 0.56
ความครอบคลุมของแนวปฏิบัติ	4.47 ± 0.58
ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน	4.65 ± 0.52
ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน	4.59 ± 0.55
การลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน	4.42 ± 0.63
การลดเวลาในการเตรียมความพร้อม	4.19 ± 0.68
ความพึงพอใจโดยรวม	4.48 ± 0.54

หมายเหตุ: ระดับความพึงพอใจ: 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, 4.21-5.00 = มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมเท่ากับ 4.48 ± 0.54 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียดรายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้านประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน (4.65 ± 0.52)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในระยะการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (43 คน)	กลุ่มทดลอง (43 คน)	P-value
เพศชาย, n (%)	17 (39.58)	21 (48.83)	.230
อายุ (ปี), mean (SD)	65.24 (7.70)	63.30 (7.56)	.306
ดัชนีมวลกาย (Kg/m2), mean (SD)	22.95 (1.91)	23.49 (1.45)	.277
Baseline serum creatinine (mg/dl), mean (SD)	3.19 (1.36)	3.172 (1.58)	.955
Baseline GFR (ml/min/1.73 m2), mean (SD)	36.91 (34.85)	34.97 (37.83)	.829
APACHE SCORE, mean (SD)	23 (5.01)	24.03 (4.48)	.386
โรคประจำตัว, n (%)			
โรคความดันโลหิต	17 (51.52)	15 (45.45)	.403
โรคเบาหวาน	12 (36.36)	6 (18.18)	.083
โรคหัวใจล้มเหลว	3 (9.09)	1 (3.03)	.119
โรคตับวายเรื้อรัง	3 (9.09)	1 (3.03)	.307
การวินิจฉัยโรค, n (%)			
Septic shock	7 (21.21)	3 (9.09)	.152
Metformin-associated lactic acidosis	4 (12.12)	1 (3.03)	.178
Metabolic acidosis	7 (21.21)	2 (6.06)	.074
Cardiac surgery	3 (9.09)	6 (18.18)	.238
Multiple trauma	2 (6.06)	3 (9.09)	.500
ตำแหน่งของสายฟอกเลือด, n (%)			
Right Intrajugular Vein	4 (12.12)	5 (15.15)	.500
Left Intrajugular Vein	5 (15.15)	4 (12.12)	.500
Right Femoral Vein	14 (42.42)	9 (27.27)	.151
Left Femoral Vein	8 (24.24)	5 (15.15)	.269

*Significant at p< .05

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 39.58 อายุเฉลี่ย 65.24±7.7 ปี กลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 48.83 อายุเฉลี่ย 63.30±7.56 ปี ค่า baseline serum creatinine ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ที่ 3.19±1.36 และ 3.17±1.58 mg/dl ตามลำดับ ค่า APACHE score ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 23±5.01 และกลุ่มทดลอง 24.03±4.48 ซึ่งลักษณะข้อมูลทั่วไปดังกล่าวไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในระยะการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

ลักษณะที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม (43 คน)	กลุ่มทดลอง (43 คน)	P-value
Serum creatinine (mg/dl), mean (SD)			
At 6 hr. after CRRT	4.09 (0.97)	3.44 (0.68)	.003
At 12 hr. after CRRT	3.72 (3.72)	2.88 (0.69)	<.001
At 24 hr. after CRRT	3.27 (1.17)	2.33 (0.73)	.002
At 30 hr. after CRRT	2.97 (1.26)	2.04 (0.79)	.001
ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CRRT, n (%)			
Bleeding	5 (15.15)	2 (6.02)	.213
Thrombosis	7 (21.21)	1 (3.03)	.027
สายฟอกเลือดเลื่อนหลุด	4 (12.12)	0 (0.00)	.054
ระยะเวลาของวงจร CRRT (hr.), mean (SD)			
วงจร CRRT ชุดที่ 1	15.84 (7.32)	19.67 (10.14)	.084
วงจร CRRT ชุดที่ 2	17.91 (6.41)	22.24 (5.45)	.004
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต, mean (SD)	16.52 (9.69)	11.09 (3.64)	.003
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ, mean (SD)	14.39 (6.41)	8.52 (3.83)	<.001
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษา (บาท), mean (SD)	32106.06 (7611.42)	21075.76 (7965.87)	.002

*Significant at p< .05

จากตารางที่ 4 พบว่าแนวปฏิบัติใหม่ช่วยยืดอายุการทำงานของตัวกรอง โดยเฉพาะวงจรชุดที่สองซึ่งในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการใช้งานเฉลี่ย 22.24±5.45 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ที่ 17.91±6.41 ชั่วโมง (P=.004) ภาวะ thrombosis ลดลงอย่างชัดเจนจากร้อยละ 21.21 เหลือเพียงร้อยละ 3.03 (P=.027) ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ยลดลงจาก 14.39±6.41 วัน เหลือ 8.52±3.83 วัน (P=.001) ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงจาก 16.52±9.69 วัน เหลือ 11.09±3.64 วัน (P=.003) และค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยลดลงจาก 32,106.06±7,611.42 บาท เหลือ 21,075.76±7,965.87 บาท (P=.041)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาในระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาพบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วย CRRT ในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้การดูแลในแต่ละระยะยังไม่เป็นระบบ และพบอัตราภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะการอุดตันของวงจรและภาวะเลือดออก ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านประสบการณ์และการอบรมของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่รายงานว่าประเทศกำลังพัฒนามักประสบปัญหาการขาดบุคลากรเฉพาะทางและช่องว่างความรู้[9] รวมถึงมีการศึกษาที่ชี้ว่าการอบรมและประสบการณ์ตรงมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤต[10] และการมีแนวปฏิบัติและระบบคุณภาพที่ชัดเจนสามารถยืดอายุการใช้งานของฟิลเตอร์ ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยได้[11] ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์และเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลภูมิภาค จึงเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วยวิกฤต

การศึกษานี้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบต่อเนื่องซึ่งมีความเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้

กระบวนการพัฒนาที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบ PICO และจัดระดับคุณภาพหลักฐานตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของแนวทาง แนวปฏิบัติที่ได้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎี FASTHUG ครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลัง CRRT โดยกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจนทั้งการประเมิน การเตรียมอุปกรณ์ การควบคุมเครื่อง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการติดตามหลังการรักษา ทำให้แนวทางมีลักษณะเป็นมาตรฐานและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริง

การทดสอบในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยนำร่องช่วยยืนยันความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ก่อนนำไปปรับปรุงและพัฒนาเป็นฉบับสมบูรณ์ กระบวนการนี้สะท้อนถึงการพัฒนาที่มีความรอบคอบ เป็นระบบ และสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในพื้นที่สุดท้าย แนวทางที่พัฒนาขึ้นจึงถือเป็นการผสมผสานหลักฐานเชิงประจักษ์ ทฤษฎีการพยาบาล และความรู้จากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ได้แนวทางที่มีทั้งความถูกต้องเชิงวิชาการ ความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติ และเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ผลการศึกษาในระยะที่ 4 นี้ยืนยันว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับ CRRT ได้จริง ทั้งในด้านพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและความพึงพอใจในระดับสูง รวมถึงการลดความคลาดเคลื่อนและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกัน ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยก็ดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งการลดอัตราภาวะแทรกซ้อน การยืดอายุการใช้งานของวงจร CRRT และการลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและการนอน ICU ตลอดจนลดค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าการอบรมเชิงลึกด้าน CRRT ช่วยเพิ่มความรู้และปรับปรุงผลลัพธ์การปฏิบัติที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบคุณภาพ CRRT สามารถเพิ่มอายุฟิลเตอร์และลดค่าใช้จ่าย ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยทำให้การรักษามีความคุ้มค่าและยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โรงพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติไปบูรณาการในระบบการดูแล เพื่อสร้างมาตรฐานและเพิ่มคุณภาพบริการ
2. ควรจัดอบรมและระบบพี่เลี้ยงแก่พยาบาลใหม่เสริมทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย CRRT
3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยใช้ตัวชี้วัดด้านคุณภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการศึกษา
2. ศึกษาผลระยะยาวด้านอัตรารอดชีวิตและเศรษฐศาสตร์สุขภาพ และเปรียบเทียบกับแนวทางสากล เพื่อประเมินความเหมาะสมในการประยุกต์ใช้กับบริบทต่อไป

References

1. Srisawat N, Kulvichit W, Mahamitra N, Hurst C, Praditpornsilpa K, Lumlertgul N, et al. The epidemiology and characteristics of acute kidney injury in the Southeast Asia intensive care unit: a prospective multicentre study. Nephrology Dialysis Transplantation. 2020; 35(10):1729-38. (in Thai).
2. Subcommittee on Guidelines for Hemodialysis and Plasma Exchange, Nephrology Society of Thailand. Hemodialysis and plasma exchange treatment manual for patients with kidney disease. Bangkok: Nephrology Society of Thailand; 2018. (in Thai)
3. Srisawat N, & Tangsanga K. Acute kidney injury. In: Srisawat N, Peerapanratana S, Teeranathanakul K, Praditpornsilp K, Tangsanga K, & Eiam-Ong S. Textbook of continuous renal replacement therapy in critically ill patients. 2nd ed. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd.; 2018. (in Thai)

4. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America. 2000;35(2):301-9.
5. Julawong O, Munsil J, & Taweewanich S. Application of evidence-based practice in nursing professions. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):8-14. (in Thai)
6. Kummatid A, & Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: a 3-step method. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016;3(3):246-59. (in Thai)
7. Uttama C, Chaiwong D, Khantarak P, Khuenkum B, & Methaporn P. The effects of implementing FASTHUG and BANDAIDS concepts on critical care patients in the intensive care unit, Nakornping Hospital. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region. 2023;29(2):32-50. (in Thai)
8. Muangin W, Akarawanasakun B, Phromrin M, Uangnakhon M, & Mongkhonittivech N. Development of a nursing care model for critically ill patients based on the FAST HUG concept in a medical and surgical intensive care unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital. Nursing Journal Chiang Mai University. 2021;48(4):308-23. (in Thai)
9. Srisawat N, & Chakravarthi R. CRRT in developing world. Seminars in Dialysis. 2021;34(6):567-75.
10. Yu X, Ouyang L, Li J, Zhong D, Yang H, & Zhou Y. Knowledge, attitude, practice, needs, and implementation status of intensive care unit staff toward continuous renal replacement therapy: a survey of 66 hospitals in central and South China. BioMed Central Nursing. 2024;23(1):1-16.
11. Ruiz EF, Ortiz-Soriano VM, Talbott M, Klein BA, Thompson Bastin ML, Mayer KP, et al. Development, implementation and outcomes of a quality assurance system for the provision of continuous renal replacement therapy in the intensive care unit. Scientific Reports. 2020;10(1):1-10.
12. Thaipakdee S, Phinitkhajorndech N, & Chaiviboontham S. Study of the Feasibility of Clinical Nursing Practice Guidelines for Assessment and Prevention of Acute Kidney Injury in Critical Surgical Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):313-22. (in Thai)
13. Klinchet N, & Swangjit S. Patients' Rediness with Success in Weaning from Mechanical Ventilation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2):79-85. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0 - 6 ปี

Factor correlation with Acyanotic congenital heart disease in children aged 0 to 6 years

เอกราช บุญชม วิชิต คำพูล* ประคัลภ์ จันทร์ทอง สุชาดา นันทพูลทรัพย์ สุธาสินี ตองอ่อน
Eakkarat Boonchom Wichit Khamphul* Prakul Chanthong Suchada Nuntappnsub Suthasini Tongon
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (ACHD) ที่เข้ารับบริการคลินิกเด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2564 ประชากรศึกษา จำนวน 1,235 คน แบ่งเป็นกลุ่มเกิด CHF จำนวน 443 คน และกลุ่มไม่เกิด CHF จำนวน 792 คน จับคู่ตามอายุและเพศ เก็บข้อมูลปัจจัยเด็ก 16 ตัวแปร และผู้ปกครอง 17 ตัวแปร วิเคราะห์ตามกรอบ PRECEDE Model โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับ multiple logistic regression จำนวน 840 คน ผลการวิจัยพบว่า อายุและน้ำหนักของเด็ก ACHD ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มเกิดและไม่เกิด CHF (p = 0.820 และ 0.823) ปัจจัยด้านผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญ โดยผู้ปกครองอายุมากกว่า 30 ปีสัมพันธ์กับการเกิด CHF อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.69, 95% CI 0.51–0.93, p = 0.016) ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการสำคัญของ CHF มีความสัมพันธ์กับการเกิด CHF (OR = 1.48, 95% CI 1.02–2.14, p = 0.039) ขณะที่พฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันและการติดตามอาการของเด็กอย่างต่อเนื่องช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด CHF อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.62, 95% CI 0.43–0.89, p = 0.009) แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเกิด CHF ได้ร้อยละ 3–7

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันของผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของ CHF การประยุกต์ใช้ผลการวิจัยนี้สามารถทำได้โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้ผู้ปกครอง การติดตามอาการเด็กอย่างต่อเนื่อง และการให้คำปรึกษาเชิงป้องกันโดยพยาบาล ซึ่งจะช่วยส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็ก ACHD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหัวใจชนิดไม่เขียว, แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ, เด็กอายุ 0-6 ปี

Corresponding Author: *E-mail: kwichit@hotmail.com

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บริหารจัดการโดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย รหัสโครงการวิจัย R016635015

This study is supported by Siriraj Research Development Fund (Managed by Routine to Research: R2R), Grant Number (IO) R016635015

วันที่รับ (received) 20 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 พ.ค. 2568

Abstract

This cross-sectional study investigated factors associated with heart failure (CHF) in children with acyanotic congenital heart disease (ACHD) attending the pediatric cardiology clinic at Siriraj Hospital in 2021. The study included 1,235 children, with 443 in the CHF group and 792 in the non-CHF group, matched by age and sex. Data on 16 child-related and 17 caregiver-related variables were collected and analyzed using the PRECEDE Model. The final sample for multiple logistic regression was 840 participants. Age and weight of children did not differ significantly between groups (p = 0.820 and 0.823). Caregiver factors were influential: caregivers older than 30 years were associated with lower CHF risk (OR = 0.69, 95% CI 0.51–0.93, p = 0.016), while caregiver knowledge of key CHF symptoms increased risk (OR = 1.48, 95% CI 1.02–2.14, p = 0.039). Preventive care behaviors and continuous monitoring reduced CHF risk (OR = 0.62, 95% CI 0.43–0.89, p = 0.009). The model explained 3–7% of CHF variance.

These results highlight the critical role of caregivers in preventing CHF. Practical application includes caregiver education, continuous symptom monitoring, and preventive care guidance by nurses. Strengthening caregiver capacity can promote proactive care and reduce complications in children with ACHD.

Keywords: Heart failure, Acyanotic heart disease, PRECEDE model, 0-6 years' s Children ages

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะทารกในครรภ์ ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดภายในหัวใจผิดปกติ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสียชีวิตในทารกและเด็กเล็กทั่วโลก[1] ความรุนแรงของโรคมีตั้งแต่ชนิดไม่ซับซ้อนจนถึงชนิดซับซ้อนสูง โดยผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา การใส่สายสวนหัวใจ หรือการผ่าตัดแก้ไข ร่วมกับการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic CHD) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69 ของผู้ป่วยทั้งหมด[2,3] โดยมีอุบัติการณ์เฉลี่ย 7–9 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย การศึกษาในประเทศไทยโดยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยเด็ก Acyanotic CHD รายใหม่ 1,235 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 4,354 ราย โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคผนังกั้นหัวใจห้องล่างรั่ว (VSD) ร้อยละ 61.29 รองลงมาคือโรคผนังกั้นหัวใจห้องบนรั่ว (ASD) ร้อยละ 31.42 และโรคการคงอยู่ของหลอดเลือดแดงใหญ่ (PDA) ร้อยละ 4.05[4]

แม้ปัจจุบันแนวทางการรักษา CHD จะมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง แต่เด็กบางรายยังคงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตขณะรอการผ่าตัด โดยเฉพาะจากภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ข้อมูลจากสถิติในประเทศไทยและการจำแนกรหัสโรคตาม ICD-10 พบอุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ระหว่างร้อยละ 35–53.47[6,10] ภาวะดังกล่าวส่งผลให้เด็กมีอาการเหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้น้อย เจริญเติบโตช้า และมีการใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ[7] เด็กวัย 0–6 ปี ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือผู้ปกครองในการดูแลกิจวัตรประจำวันทั้งหมด การดูแลของผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเฝ้าระวังอาการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็ก[8,9] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ปกครองจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเชิงป้องกัน เช่น การให้ยาอย่างถูกต้อง การจัดการด้านโภชนาการ การสังเกตสัญญาณเตือนของภาวะหัวใจล้มเหลว และการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรอการผ่าตัด[6,10] แนวทางการรักษาเด็ก Acyanotic CHD ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การใส่สายสวนหัวใจ[4] และ

การผ่าตัดแก้ไข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและพยาธิสรีรวิทยาของโรค[3] หลังการผ่าตัด เด็กจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับสมดุลการไหลเวียนเลือด ลดภาระงานของหัวใจ และส่งเสริมการเจริญเติบโต การพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว การติดตามการใช้ยา การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่บ้าน[7] อย่างไรก็ตาม เด็กวัย 0–6 ปี ยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง เนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการดูแลทั้งหมด การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวและการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

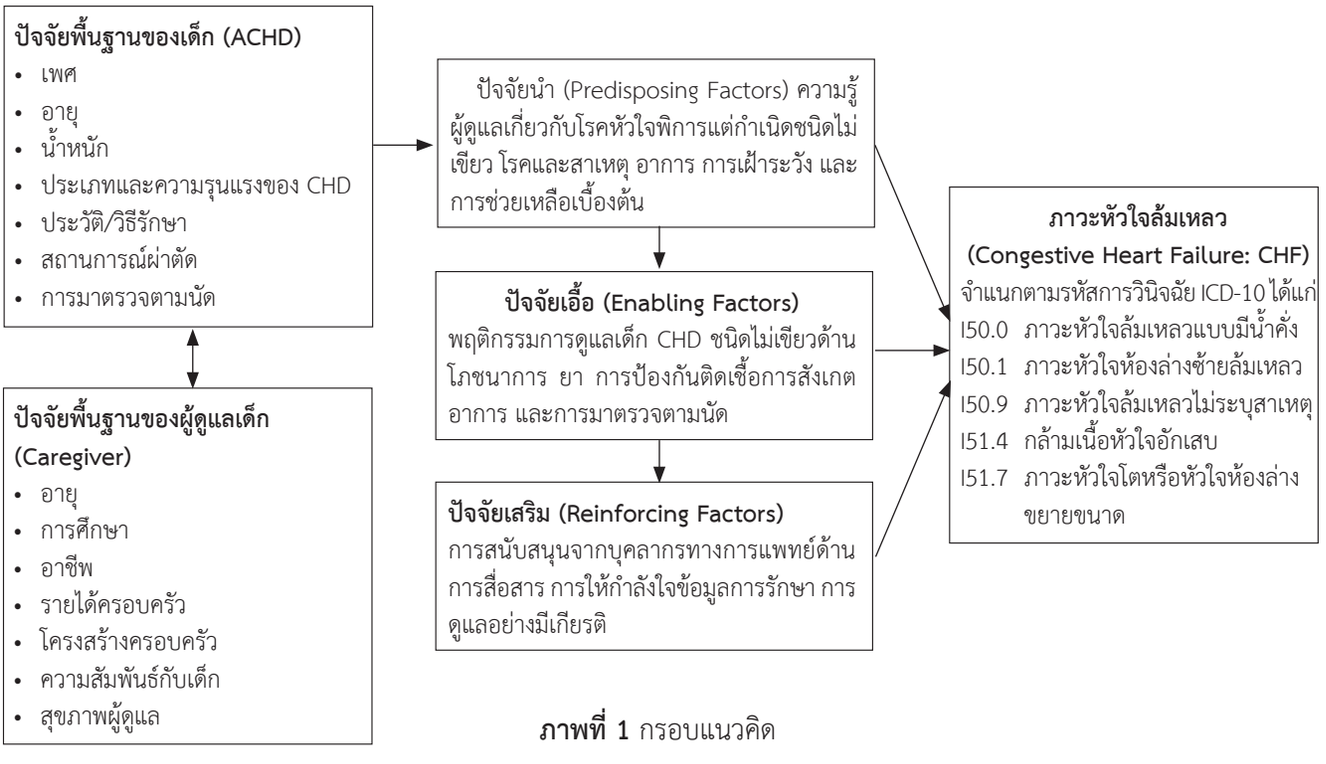
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประยุกต์ใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE Model[12] ในการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลมีรายงานในโรคเรื้อรังหลายชนิด แต่ยังมีการศึกษาจำกัดในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย[8,9] นอกจากนี้ การศึกษาที่วิเคราะห์ปัจจัยของเด็กและผู้ปกครองร่วมกันด้วยการวิเคราะห์พหุ (multiple logistic regression) เพื่ออธิบายการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีไม่เพียงพอ ช่องว่างองค์ความรู้นี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันของภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กวัย 0–6 ปี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน แนวทางการพยาบาลเชิงรุก และการสนับสนุนผู้ปกครองขณะรอการผ่าตัด รวมถึงใช้เป็นหลักฐานเชิงวิชาการในการยกระดับคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0-6 ปี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้อิง PRECEDE Model[12] เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของเด็กและผู้ดูแลกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ตาม ICD-10 โดยมุ่งใช้ในการวางแผนการพยาบาลเชิงป้องกัน ปัจจัยด้านเด็กเป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลใช้ประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังอาการ ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นองค์ประกอบที่พยาบาลสามารถส่งเสริมผ่านการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็ก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์จากข้อมูลเวชระเบียนและการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้ข้อมูลจากระบบ Edoc โรงพยาบาลศิริราช ได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Si 749/2022)

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหรือผู้ปกครองหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอ มีประวัติภาวะหัวใจล้มเหลวย้อนหลังไม่เกิน 6 เดือน อายุ ≥ 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยและติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เกณฑ์ตัดออกคือผู้ป่วยที่มีความพิการอื่นร่วม ยกเว้นกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม การคัดเลือกใช้รูปแบบ case–control โดยเก็บข้อมูลกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) จำนวน 420 ราย และกลุ่มควบคุม 420 ราย รวมทั้งสิ้น 840 ราย

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลพิจารณาและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามในวันนัดติดตามที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ ข้อมูลทางคลินิกของเด็กเก็บจากเวชระเบียนและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย โดยการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวอ้างอิงรหัส ICD-10 ซึ่งบันทึกโดยนักวิชาการเวชสถิติ

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลเด็ก (Case Record Form) ครอบคลุมข้อมูลประชากร ลักษณะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ภาวะหัวใจล้มเหลวตามรหัส ICD-10 ประวัติการรักษา การผ่าตัด และการติดตามรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล โครงสร้างครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบถูก–ผิด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อด้านพฤติกรรมการดูแลเด็ก จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ

เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น มีค่า Cronbach’s alpha ไม่น้อยกว่า 0.70 แสดงถึงความเหมาะสมและความเชื่อถือได้ในการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของเด็ก กลุ่มตัวอย่างเด็กจำนวน 840 คน พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 52.1) มีอายุเฉลี่ย 26.46 ± 23.78 เดือน โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือมากกว่า 1 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 32.5) น้ำหนักเฉลี่ย 11.30 ± 5.47 กิโลกรัม เด็กส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กเล็กถึงก่อนวัยเรียน ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ ASD มากที่สุด (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือ VSD (ร้อยละ 40.0) และ PDA (ร้อยละ 16.1) ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 53.0) โดยเด็กเล็กมีอาการหายใจเร็วและเหงื่อออกขณะดูดนม ส่วนเด็กโตมีอาการเหนื่อยเล็กน้อยเมื่อออกกำลังกายมากกว่าครึ่งไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลก่อนวันนัด (ร้อยละ 54.4) วิธีการรักษาที่ได้รับมากที่สุดคือการสวนหัวใจ (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือการรักษาด้วยยา โดยยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ Lasix (ร้อยละ 35.4) Lanoxin (ร้อยละ 31.4) และ Aldactone (ร้อยละ 23.0) สถานะการรักษาพบว่าอยู่ระหว่างรอผ่าตัด (ร้อยละ 32.7) ได้รับการผ่าตัดแล้ว (ร้อยละ 36.8) และยังไม่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาผ่าตัด (ร้อยละ 30.5) ระยะเวลารอผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6–12 เดือน (ร้อยละ 37.0) และเด็กส่วนใหญ่มาตรวจติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 70.6)

ผลการศึกษาพบว่าเด็กครึ่งหนึ่งไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 50.0) สำหรับกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ I50.9 ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ระบุชนิด (ร้อยละ 16.1) รองลงมาคือ I50.0 ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำคั่ง (ร้อยละ 15.6) และ I50.1 ภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (ร้อยละ 10.0) ขณะที่ภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือหัวใจโต พบในสัดส่วนค่อนข้างน้อย (น้อยกว่า 3%)

ส่วนที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก/ผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กจำนวน 840 คน ส่วนใหญ่อายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 53.3) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 87.7) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 43.2) และมากกว่าครึ่ง

มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51.9) ลักษณะครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 91.3) ครอบครัวมีบุตรคนเดียวมากที่สุด (ร้อยละ 56.9) และผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45.2)

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลเด็กกับภาวะแทรกซ้อน (n = 840)

ข้อคำถาม/รายการความรู้	ไม่มี CHF (n = 420)	มี CHF (n = 420)	χ^2	p-value	OR (95% CI)	การแปลผล
1. ความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	379 (90.2%)	356 (84.8%)	5.758	0.016*	0.60 (0.40–0.91)	มีนัยสำคัญ (p < .05) ผู้ที่ตอบถูกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า
2. ความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	327 (77.9%)	346 (82.4%)	2.698	0.100	1.33 (0.95–1.87)	ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
3. ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	386 (91.9%)	388 (92.4%)	0.066	0.798	1.07 (0.65–1.77)	ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
4. ความรู้เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	365 (86.9%)	363 (86.4%)	0.041	0.839	0.96 (0.65–1.43)	ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
5. ความรู้เรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีการผิดปกติ	403 (96.0%)	393 (93.6%)	2.398	0.121	0.61 (0.33–1.14)	ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ
คะแนนรวม (0–5 คะแนน)	4.43 ± 0.93	4.40 ± 0.96	t=0.51	0.609	–	ไม่มีความแตกต่างของคะแนนรวมระหว่างกลุ่ม (p > .05)

* p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.41 ± 0.94) โดยไม่พบความแตกต่างของคะแนนรวมระหว่างกลุ่มเด็กที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.609) อย่างไรก็ตาม ความรู้ในข้อที่ 1 ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเข้าใจพื้นฐานของโรคหัวใจชนิดไม่เขียว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.016, OR = 0.60, 95% CI = 0.40–0.91) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง มีแนวโน้มลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กได้มากกว่า

ตาราง 3 ความถี่และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพผู้ดูแลกับภาวะแทรกซ้อน (N = 840)

ตัวแปรพฤติกรรม	ไม่มี CHF (n=420)	มี CHF (n=420)	รวม (N=840)	t / χ^2	p-value	OR (95% CI)
โภชนาการ	5.39 ± 1.25 (45.0%)	5.30 ± 1.26 (44.0%)	5.35 ± 1.26 (44.5%)	1.019	0.308	0.926(0.705–1.215)[1]
การให้ยา	5.09 ± 1.74 (42.5%)	5.05 ± 1.70 (42.0%)	5.07 ± 1.72 (42.3%)	0.361	0.718	-
ป้องกันการติดเชื้อ	2.55 ± 0.73 (21.0%)	2.55 ± 0.70 (21.0%)	2.55 ± 0.72 (21.0%)	0.144	0.885	-
สังเกตอาการผิดปกติ	0.92 ± 0.27 (7.2%)	0.90 ± 0.29 (6.8%)	0.91 ± 0.28 (7.0%)	0.320	0.751	-
การมาตรวจตามนัด	1.74 ± 0.53 (25.2%)	1.76 ± 0.52 (14.5%)	1.75 ± 0.53 (14.3%)	-0.589	0.556	-

หมายเหตุ:

[1]OR และ 95% CI คำนวณจากคะแนนรวมพฤติกรรม (sum_70: <16 vs ≥16)

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 840 ราย พบว่าพฤติกรรมผู้ดูแลประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ การให้ยา การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในแต่ละด้านระหว่างกลุ่มเด็กที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ทั้งนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนพฤติกรรมรวมกับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.926, 95% CI: 0.705–1.215) ผลการศึกษาชี้ว่าพฤติกรรมผู้ดูแลเพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม การดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตาราง 4 ความถี่และความสัมพันธ์ของปัจจัยสนับสนุนต่อภาวะแทรกซ้อน (N=840)

ตัวแปรสนับสนุน	ระดับ	ไม่มี CHF (n=420)	มี CHF (n=420)	รวม (N=840)	% กลุ่มภาวะแทรกซ้อน	Mean±SD	t / χ^2	p-value	OR (95% CI)
สนับสนุน 1: การต้อนรับและการให้บริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวล และโอกาสซักถามข้อสงสัย	ไม่ทำ/นานครั้ง	40 (9.5%)	47(11.2%)	87	10.4	0.83±0.38	χ^2=0.93	0.336	0.91(0.58–1.43)
	ทำทุกครั้ง	380 (90.5%)	373 (88.8%)	753	89.6	1.76±0.43	–	–	Reference
สนับสนุน 2: การให้กำลังใจและติดตามมาตรวจตามนัด	ไม่ทำ/นานครั้ง	185(44.0%)	188 (44.8%)	373	44.4	0.45±0.50	χ^2=0.08	0.779	0.97 (0.74–1.28)
	ทำทุกครั้ง	235 (56.0%)	232 (55.2%)	467	55.6	0.55±0.50	–	–	Reference
สนับสนุน 3: การให้ข้อมูลด้านสถานที่ ขั้นตอนบริการ และความรู้ด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	ไม่ทำ/นานครั้ง	118 (28.1%)	118 (28.1%)	236	28.1	0.28±0.45	χ^2=0.00	0.991	1.00 (0.74–1.36)
	ทำทุกครั้ง	302 (71.9%)	302 (71.9%)	604	71.9	0.72±0.45	–	–	Reference
สนับสนุน 4: โอกาสแสดงความคิดเห็นและ ได้รับการดูแลอย่างมีเกียรติ	ไม่ทำ/นานครั้ง	61(14.5%)	65(15.5%)	126	15.0	0.15±0.36	χ^2=0.12	0.727	0.92 (0.64–1.32)
	ทำทุกครั้ง	359 (85.5%)	355 (84.5%)	714	85.0	0.85±0.36	–	–	Reference
สนับสนุน 5: ความสะอาดและความพร้อม ของสถานที่และอุปกรณ์	ไม่ทำ/นานครั้ง	50 (11.9%)	54 (12.9%)	104	12.4	0.12±0.33	χ^2=0.55	0.459	0.91 (0.62–1.33)
	ทำทุกครั้ง	370 (88.1%)	366 (87.1%)	736	87.6				

จากตารางวิเคราะห์ความถี่และความสัมพันธ์ของตัวแปรสนับสนุน 5 ข้อ พบว่า ในกลุ่มเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวทั้ง 840 ราย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มเด็กที่มีและไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) ในทุกด้านของการสนับสนุน (χ^2 = 0.00–0.93, $p > .05$) ค่า Odds Ratio ของแต่ละข้อใกล้ 1 และช่วงความเชื่อมั่นครอบคลุม 1 (OR = 0.91–1.00) แสดงว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การต้อนรับและให้บริการ การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล การเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็น และความสะอาดของสถานที่และอุปกรณ์ ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิด CHF ในเด็กกลุ่มนี้

ผลดังกล่าวบ่งชี้ว่า ปัจจัยสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ยังคงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของผู้ปกครอง ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ตาราง 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจ

ตัวแปร	กลุ่ม	ไม่เกิด (CHF) (n=420)	เกิด (CHF (n=420)	Univariate t / Wald	p-value	OR (95% CI)	Multivariate Wald	p-value	OR (95% CI)
อายุ (เดือน)	≤30	26.65±24.09	26.28±23.49	0.228	0.820	0.69 (0.51–0.93)	5.791	0.016*	0.69 (0.51–0.93)
น้ำหนัก (กก.)	-	11.34±5.57	11.26±5.38	0.223	0.823	-	0.223	0.823	-
การวินิจฉัย	1 โรค	415	415	3.727	0.054	4.77 (0.98–23.25)	3.727	0.054	4.77 (0.98–23.25)
ครอบครัว	เดี่ยว	212	212	3.001	0.083	1.28 (0.97–1.70)	3.001	0.083	1.28 (0.97–1.70)
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	92	92	1.408	0.235	1.35 (0.82–2.23)	1.408	0.235	1.35 (0.82–2.23)
	รับจ้าง	227	227	2.807	0.094	1.50 (0.93–2.42)	2.807	0.094	1.50 (0.93–2.42)
	พนักงานบริษัท	363	363	0.196	0.658	0.87 (0.46–1.64)	0.196	0.658	0.87 (0.46–1.64)
	รับราชการ	75	75	1.776	0.183	1.51 (0.82–2.79)	1.776	0.183	1.51 (0.82–2.79)
Lasix	ใช้	297	297	3.228	0.072	1.30 (0.98–1.74)	3.228	0.072	1.30 (0.98–1.74)
ผลรวมความรู้ (คะแนน)	-	3.24±1.07	3.18±1.12	0.035	0.851	0.99 (0.85–1.15)	0.035	0.851	0.99 (0.85–1.15)
ผลรวมพฤติกรรม (คะแนน)	-	15.69±3.29	15.56±3.43	0.602	0.438	0.98 (0.94–1.03)	0.602	0.438	0.98 (0.94–1.03)

หมายเหตุ: ค่า p < .05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์แบบ Univariate และ Multivariate Logistic Regression พบว่า อายุ >30 เดือน ของเด็กสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน (OR=0.69; 95% CI: 0.51–0.93; p=0.016) ในขณะที่คะแนนรวม ความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยด้านอาชีพ การวินิจฉัย และการใช้ยา Lasix แม้จะมีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยอายุผู้ปกครองมากกว่า 30 ปีสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิด CHF ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.69, 95% CI 0.51–0.93, p = 0.016) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ PRECEDE Model ในมิติของปัจจัยเบื้องต้น (Predisposing factors) ที่ระบุว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ ความรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก[1,2] ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่าอาจมีประสบการณ์ ความตระหนักต่ออาการผิดปกติ และความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลและเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที นอกจากนี้ ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการสำคัญของ CHF มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ CHF (OR = 1.48, 95% CI 1.02–2.14, p = 0.039) สะท้อนว่าการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมีผลต่อพฤติกรรมการดูแล หากผู้ปกครองขาดความรู้ อาจทำให้การสังเกตอาการและการตอบสนองต่อความผิดปกติล่าช้า เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าความรู้เกี่ยวกับโรคช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลและคุณภาพชีวิตของเด็ก[3]

พฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันและการติดตามอาการของเด็กเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิด CHF อย่างมีนัยสำคัญ (OR = 0.62, 95% CI 0.43–0.89, p = 0.009) สอดคล้องกับปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factors) ที่เน้นทักษะของผู้ดูแลในการจัดการยา โภชนาการ และการป้องกันการติดเชื้อ[4,5] พฤติกรรมดังกล่าวช่วยควบคุมปัจจัยกระตุ้นภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น การติดเชื้อ ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม และการได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

ส่วนแรงสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในฐานะปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) แม้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ (OR = 1.28, 95% CI 0.97–1.70, p = 0.083) แต่พบแนวโน้มว่าช่วยส่งเสริมความสม่ำเสมอในการติดตามอาการและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่ชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ดูแล[6,7] แบบจำลอง Logistic regression สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเกิด CHF ได้ร้อยละ 3–7 สะท้อนว่า

ปัจจัยด้านผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการเกิด CHF อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยด้านเด็กและสิ่งแวดล้อมอื่นที่ควรศึกษาเพิ่มเติม[8,9] โดยสรุป การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านโรคเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของเด็ก ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยเสนอให้พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยเน้นการสังเกตอาการสำคัญของภาวะหัวใจล้มเหลว การจัดการอาหาร การให้ยาอย่างถูกต้อง และการป้องกันการติดเชื้อ ควบคู่กับการติดตามอาการและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องผ่านทีมสหสาขาวิชาชีพและระบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวระหว่างรอการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลที่อาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว รวมทั้งการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลเชิงป้องกันและการสนับสนุนทางจิตใจ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมดังกล่าวต่อภาวะหัวใจล้มเหลว คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว เพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลอย่างยั่งยืน

References

1. Ama-u S, & Wichian K. Development of a readiness and continuous care model for open-heart surgery patients at Khon Kaen Hospital. Journal of Health Science. 2021;30(3):509–20. (in Thai)
2. Boonchom E. The role of nursing care for children with atrial septal defect treated by transcatheter intervention to replace surgery. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):32–9. (in Thai)
3. Chanpa M, Senasutthiphan W, & Srichanthanit A. Relationships among child age, caregiver perception of disease severity, stress, social support, and quality of life of caregivers of children with congenital heart disease. Journal of Nursing Science. 2018;36(1):73–86. (in Thai)
4. Chanthong P, Laohaprasitiporn D, Nana A, Soongswang J, Durongpisitkul K, Kangkagate C, et al. Congenital heart disease in infants: Siriraj Hospital. Thai Heart Journal. 2001; 14(3):89–94. (in Thai)
5. Chungsomprasong P, & Jaturachaidech C. Pediatric cardiology. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2017. (in Thai)
6. Gazit AZ, Huddleston CB, Checchia PA, Fehr J, & Pezzella AT. Care of the pediatric cardiac surgery patient: part 1. Current Problems in Surgery. 2010;47(3):185–250.
7. Green LW, & Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
8. O'Brien P, & Baker AL. The child with cardiovascular dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D, Barrera P, editors. Wong's nursing care of infants and children. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2007. p.1456–1502.
9. Songtip S, Senasutthiphan W, & Srichanthanit A. Effects of a nursing support and education program for mothers on knowledge and caregiving behaviors for children with non-cyanotic congenital heart disease aged 0–2 years. Journal of Cardiothoracic Nursing. 2016;26(2):25–38. (in Thai)

10. Waenkwan N, Srichanthanit A, & Senasutthiphan W. Relationships between health perception factors, health literacy, and caregiving behaviors of caregivers of children with non-cyanotic congenital heart disease. Nursing Science Journal of Thailand. 2021; 39(1):26–39. (in Thai)
11. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Winkelstein ML, Wilson D, Ahmann E, & Divitothomas PA. Wong's essentials of pediatric nursing. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
12. Yutthayong S, & Kerdpol W. Selected factors related to caregiving of children with non-cyanotic congenital heart disease. Journal of Nursing and Health Care. 2016; 34(2):184–92. (in Thai)

การศึกษาความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิต ของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา

A Study of Care Needs and Quality of Life among Nursing Students in Nakhon Ratchasima Province

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ[1] สุริศาฐ์ พานทองชัย*[2] ศศินาภรณ์ โลหิตไทย[2] จินตนา เหลาฉลาด[3]

Natthawirot Choodum[1] Surisa Panthongchai[2]* Sasinaporn Lohitthai[2] Jintana Lhaowchalad[3]

[1]**คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10520**

[1]**School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok, Thailand 10520**

[2]**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จันทบุรี ประเทศไทย 22000**

[2]**Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi, Thailand 22000**

[3]**คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ประเทศไทย 30000**

[3]**Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Thailand 30000**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา (2) เปรียบเทียบความแตกต่างตามเพศ อายุ และชั้นปี (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการได้รับการดูแลกับคุณภาพชีวิต และ (4) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1–3 จำนวน 213 คน จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความต้องการการได้รับการดูแล คุณภาพชีวิต และคำถามปลายเปิด ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test, ANOVA, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis และ Spearman's rank correlation ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วย Content Analysis

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.47) ขณะที่ความต้องการการได้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$= 2.51) ครอบคลุมด้านการเรียน พฤติกรรม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม ประเด็นสำคัญได้แก่ ความกังวลด้านการเรียน การจัดการความเครียด และค่าใช้จ่ายทางการศึกษา เพศและอายุไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ชั้นปีมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 ความต้องการการดูแลไม่แตกต่างและไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลเชิงปริมาณ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนามาตรการสนับสนุนด้านการเรียน การจัดการความเครียด และความช่วยเหลือทางการเงิน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล, คุณภาพชีวิต, ความต้องการได้รับการดูแล

Corresponding Author Surisa.p@rbru.ac.th

วันที่รับ (Received) 16 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 27 ก.ย. 2568

Abstract

This mixed methods study aimed to (1) examine care needs and quality of life among nursing students in Nakhon Ratchasima Province, (2) compare these factors by gender, age, and year of study, (3) investigate their relationship, and (4) analyze qualitative insights regarding students' care needs. The sample included 213 undergraduate nursing students (years 1–3) from Nakhon Ratchasima Rajabhat University, selected via stratified random sampling. Data were collected using demographic, care needs, and quality of life questionnaires, along with open-ended questions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-test, ANOVA, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis, and Spearman's rank correlation. Qualitative data were analyzed via content analysis.

Results showed that overall quality of life was high ($\overline{X}$= 3.47), while care needs were low ($\overline{X}$= 2.51), covering academic, behavioral, emotional, and environmental aspects. Major concerns included academic workload, stress, and educational expenses. Gender and age did not significantly affect outcomes, but first-year students reported higher quality of life than second- and third-year students. Care needs did not differ significantly between groups and were not correlated with quality of life. Qualitative findings supported the quantitative results.

These findings suggest the need for targeted interventions, including academic support, stress management, and financial assistance, to enhance nursing students' well-being and overall quality of life.

Keywords: Nursing students, Quality of life, Care needs

บทนำ

ในโลกปัจจุบันที่ขับเคลื่อนด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เทคโนโลยี และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อน ทั้งด้านการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติทางคลินิก และความคาดหวังจากครอบครัว สังคม และสถาบัน โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากมัธยมศึกษาสู่มหาวิทยาลัย ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และจิตสังคม1,2 คุณภาพชีวิต (Quality of Life : QOL) เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่สะท้อนการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สมดุล และมีความหมาย ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[3] ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ระบุว่านักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มเผชิญความเครียด วิตกกังวล ภาวะหมดไฟ และความเหนื่อยล้าทางอารมณ์สูงกว่านักศึกษาสาขาอื่น เนื่องจากลักษณะหลักสูตรที่เข้มข้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ[4] ขณะเดียวกัน ความต้องการการได้รับการดูแล (Care Needs) ของนักศึกษา ถือเป็นตัวชี้วัดระดับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น วิชาการ สุขภาพจิต ความมั่นคงทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การประเมินความต้องการเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญในการออกแบบระบบสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ[5] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตควบคู่กับความต้องการการดูแลในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในการศึกษาเชิงลึกและรอบด้านของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความต้องการการดูแล รวมถึงความแตกต่างตามเพศ อายุ และสภาพแวดล้อมทางการศึกษา โดยเฉพาะในบริบทภูมิภาค เช่น จังหวัดนครราชสีมา ยังค่อนข้างจำกัด ทั้งที่พื้นที่นี้มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรที่แตกต่างจากสถาบันการศึกษาในเขตเมือง จากช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความต้องการการได้รับการดูแลของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา

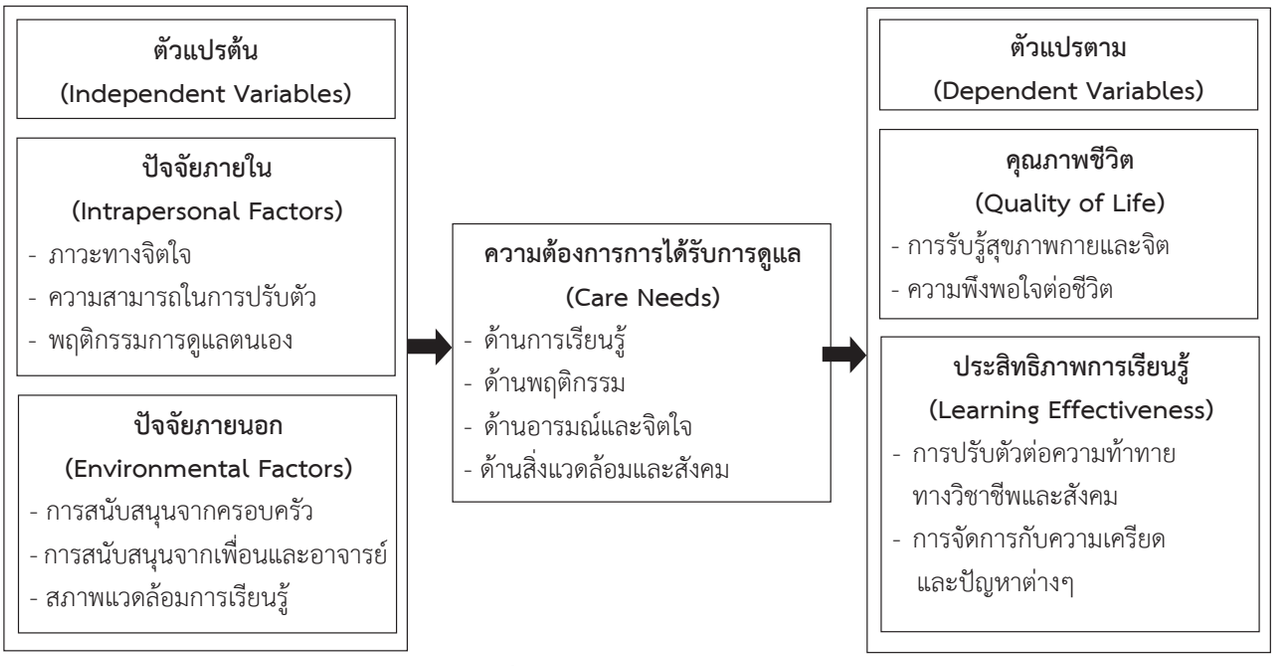
ผลการศึกษาคาดว่าจะมีส่วนช่วยในการกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล พัฒนานโยบายที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะถิ่น และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการศึกษาพยาบาลไทย ในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพทั้งด้านวิชาการและสุขภาวะ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความต้องการการได้รับการดูแลและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่มีความแตกต่างด้านเพศ อายุ และระดับชั้นปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการได้รับการดูแลกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
4. เพื่อวิเคราะห์ความต้องการการได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้พัฒนาจาก WHOQOL และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของ Pender มุ่งเน้นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตนักศึกษา[6] แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยภายใน เช่น ภาวะจิตใจ ความสามารถปรับตัว และพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อการรับรู้สุขภาพ และ ปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และความสามารถในการเผชิญปัญหางานวิจัยก่อนหน้า[5,7] สนับสนุนว่าปัจจัยทั้งสองกลุ่มมีบทบาทร่วมกันในการกำหนดระดับคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาลในบริบทที่เต็มไปด้วยความท้าทายทางวิชาชีพและสังคม นอกจากนี้ยังพิจารณา ความต้องการการได้รับการดูแล 4 มิติ ได้แก่ การเรียนรู้ พฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ และสิ่งแวดล้อม/สังคม ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการเรียนรู้[1]



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) โดยใช้รูปแบบลำดับขั้นเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เริ่มต้นด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และตามด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเสริมความเข้าใจเชิงลึก

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของนักศึกษาพยาบาลในด้านการเรียน พฤติกรรม อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1–3 จากคณะพยาบาลศาสตร์ในจังหวัดนครราชสีมา

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มเลือกคณะพยาบาลศาสตร์ในจังหวัดนครราชสีมา 4 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล และวิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา โดยใช้วิธีจับฉลาก

แบบไม่แทนที่ (Simple Random Sampling without Replacement) ผลการสุ่มได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

จากนั้นทำการคัดเลือกนักศึกษาด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนปัจจุบัน
2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
3. ตอบแบบสอบถามครบถ้วน

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับประชากรทั้งหมด (total population sampling) เนื่องจากมีจำนวนไม่มากและสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด รวมทั้งสิ้น 213 คน ซึ่งประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 67 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 72 คน และชั้นปีที่ 3 จำนวน 74 คน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ นักศึกษาที่ไม่สมัครใจเข้าร่วม ขาดเรียนในวันที่เก็บข้อมูล ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือต้องการยุติการเข้าร่วมระหว่างวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรม แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อครอบคลุมปัญหาและความต้องการการได้รับการดูแลของนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ และชั้นปี 2) แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแล จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมด้านการเรียน (5 ข้อ), ด้านพฤติกรรม (2 ข้อ), อารมณ์และจิตใจ (2 ข้อ), และด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (1 ข้อ), และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ดัดแปลงจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและทฤษฎีของ Pender ครอบคลุม 4 องค์ประกอบหลักคือ ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ), ด้านจิตใจ (6 ข้อ), ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ), ด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 2 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 วัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วย ถึง 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้วิธีช่วงคะแนนเท่ากัน (Equal Interval Method) โดยแบ่งระดับตั้งแต่ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด ถึง 4.21–5.00 = มากที่สุด

คุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามทั้งสองฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยอาศัยการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยคณบดี รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา และผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา ซึ่งได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำ และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภายหลังการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คน (ซึ่งอยู่นอกกลุ่มตัวอย่างจริง) เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามปัญหาและความต้องการการดูแลมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.81 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.87 ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลมีค่า CVI เท่ากับ 0.88 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งค่าทั้งหมดอยู่ในระดับดีถึงดีมาก แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือทั้งสองฉบับมีความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือเพียงพอสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ภายใต้เลขที่รับรอง HE-EDI-NRRU.118/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ปัญหาและความต้องการการดูแล และ (3) คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ถูกวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics เวอร์ชัน 29.0.2 (2020) ใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและระดับตัวแปรหลัก จากนั้นตรวจสอบการแจกแจงปกติ ด้วย Shapiro–Wilk test และตรวจสอบความแปรปรวนเท่ากัน ด้วย Levene's Test

กรณีที่ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐาน ใช้ Independent Samples t-test สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างเพศ และ One-way ANOVA หรือ Welch ANOVA สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุและระดับชั้นปี

กรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ใช้ Mann–Whitney U test สำหรับการเปรียบเทียบ 2 กลุ่มอิสระ และ Kruskal–Wallis H test สำหรับ 3 กลุ่มขึ้นไป

นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน

ความต้องการการดูแลกับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยใช้ Spearman's Rank Correlation Coefficient เนื่องจากตัวแปรไม่เป็นการแจกแจงปกติ

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจปัญหา ความต้องการ และความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลในบริบทของการเรียนรู้ การใช้ชีวิต และการเตรียมความพร้อมสู่วิชาชีพ โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อครอบคลุมด้านการเรียน พฤติกรรม อารมณ์จิตใจ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และความคาดหวังต่อผลลัพธ์การเรียนรู้

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามปลายเปิดประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) **ข้อมูลทั่วไป** เพศ อายุ และชั้นปี 2) **คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ** ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านพฤติกรรม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และด้านความคาดหวังในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามปลายเปิดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ คณบดี รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา และผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา โดยพิจารณาความชัดเจนของถ้อยคำ ความครอบคลุม และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษากลุ่มเล็ก (pilot group) เพื่อประเมินความเข้าใจและความเหมาะสมของคำถามก่อนการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด ให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1–3 จำนวน 213 คน ตอบด้วยตนเอง ภายใต้การรักษาความลับและความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมทั้งหมดถูกนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการอ่านทวนหลายรอบ จัดกลุ่มความหมาย และสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญเพื่อนำเสนอผลในเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลซ้ำเพื่อทำความเข้าใจ 2) สร้างรหัสเริ่มต้น (initial coding) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 3) จัดกลุ่มรหัสย่อยเป็นหมวดหมู่ (categories) 4) สังเคราะห์เป็นธีม (themes) 5) นำเสนอผลการวิเคราะห์พร้อมข้อความตัวอย่าง (verbatim quotations) เพื่อสะท้อนบริบท การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอิงตามแนวทางของ Lincoln & Guba (1985) ได้แก่ Credibility (ความน่าเชื่อถือ) Transferability (ความถ่ายทอดได้) Dependability (ความมั่นคงของข้อมูล) Confirmability (การตรวจสอบย้อนกลับได้) โดยใช้เทคนิคการตรวจสอบจากเพื่อนร่วมวิจัย (peer debriefing) และการยืนยันจากผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อเสริมความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล[8]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ภายใต้เลขที่รับรอง HE-EDI-NRRU.118/2567 ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิหรือประโยชน์ใด ๆ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 213 คน มีการกระจายตามเพศ อายุ และระดับชั้นปีอย่างเหมาะสม โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 198 คน (ร้อยละ 93.00) และเพศชาย 15 คน (ร้อยละ 7.00) อายุเฉลี่ย 19.66 ปี (SD = 1.43) อยู่ในช่วง 18–32 ปี สะท้อนถึงกลุ่มวัยต้นของการเรียนในระดับอุดมศึกษา จำนวนนักศึกษาแยกตามชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 76 คน (ร้อยละ 35.70), ชั้นปีที่ 3 จำนวน 70 คน (ร้อยละ 32.90) และชั้นปีที่ 2 จำนวน 67 คน (ร้อยละ 31.50) ซึ่งแสดงถึงความหลากหลายเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และรองรับความน่าเชื่อถือในฐานะตัวแทนของประชากรเป้าหมาย

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตและความต้องการการได้รับการดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 213 คน พบว่า**คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก** ($\overline{X}$= 3.47, SD = 0.45) เพศชาย ($\overline{X}$= 3.54, SD = 0.29) เพศหญิง ($\overline{X}$= 3.47, SD = 0.46) **ความต้องการการได้รับการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย** ($\overline{X}$= 2.51, SD = 0.31) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเรียน พฤติกรรม อารมณ์จิตใจ และสิ่งแวดล้อม **ด้านการเรียน (Academic Issues) ระดับน้อย** ($\overline{X}$= 2.24, SD = 0.78) **เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า** ทบทวนความรู้และเตรียมสอบ ($\overline{X}$ = 2.50, SD = 0.90) เนื้อหาที่ยากเกินไป ($\overline{X}$= 2.41, SD = 0.83) เกรดเฉลี่ยต่ำกว่าคาด ($\overline{X}$= 2.35, SD = 0.88) **ด้านพฤติกรรม (Behavioral**

Issues) ระดับน้อย ($\bar{X}$= 2.39, SD = 0.89) **เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า** การใช้จ่ายฟุ่มเฟือย (ระดับปานกลาง) ($\bar{X}$= 2.81, SD = 0.97) การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ($\bar{X}$= 2.40, SD = 1.08) การคบเพื่อนต่างเพศ ($\bar{X}$= 2.39, SD = 1.17) **ด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional & Psychological Issues) ระดับน้อย** ($\bar{X}$= 2.14, SD = 0.94) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความกังวลเรื่องผลการเรียน (ระดับปานกลาง) ($\bar{X}$= 2.94, SD = 0.95) การจัดการความเครียด ($\bar{X}$= 2.43, SD = 0.94) ความเครียดขณะฝึกปฏิบัติ ($\bar{X}$= 2.27, SD = 0.92) และ**ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม (Environmental & Social Issues) ระดับน้อย** ($\bar{X}$= 2.22, SD = 1.03) **เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า** ค่าใช้จ่ายกิจกรรม/โครงการ (ระดับปานกลาง) ($\bar{X}$= 2.77, SD = 1.07) ปัญหาที่พักอาศัย ($\bar{X}$= 2.26, SD = 1.03) อาคาร/สถานที่เรียน ($\bar{X}$= 2.21, SD = 1.02)

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ผลจากคำตอบปลายเปิดสะท้อนประเด็นร่วมกับผลเชิงปริมาณ โดยพบว่า นักศึกษามีประสบการณ์เกี่ยวกับความเครียด วิตกกังวล อ่อนไหวทางอารมณ์ ความท้อแท้ และแรงกดดันจากครอบครัว รวมถึงความคาดหวังสูงด้านการเรียนและการสอบใบประกอบวิชาชีพ ข้อมูลเชิงคุณภาพเหล่านี้ชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนา ระบบสนับสนุนด้านจิตสังคม วิชาการ และสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลอย่างยั่งยืน[1]

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการการได้รับการดูแลของนักศึกษาที่มีความแตกต่างด้านเพศ อายุ และระดับชั้นปี

2.1 เพศ ผลการทดสอบด้วย t-test พบว่า คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลชายและหญิงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(211) = 0.552, p = .582; Cohen's d = 0.15) ส่วนในด้านความต้องการการดูแล ผลการวิเคราะห์ด้วย Mann–Whitney U พบว่า แม้นักศึกษาหญิงจะมีอันดับเฉลี่ยสูงกว่าชาย (108.13 vs 92.03) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p = .326)

2.2 อายุ ผลการเปรียบเทียบด้วย One-way ANOVA พบว่า คุณภาพชีวิตของนักศึกษาในช่วงอายุต่างกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2,210) = 1.726, p = .181; η^2 = .016) ส่วนผลการวิเคราะห์ด้วย Kruskal-Wallis สำหรับความต้องการการดูแลก็ไม่พบความแตกต่างเช่นกัน (χ^2 = 2.464, df = 2, p = .292) แม้ว่ากลุ่มอายุ 21–25 ปีจะมีอันดับเฉลี่ยสูงที่สุด

2.3 ระดับชั้นปี ผลการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่าระดับชั้นปีมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(2,210) = 7.690, p < .001; η^2 = .068) โดยการวิเคราะห์รายคู่ (post-hoc) พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผลการวิเคราะห์ด้วย Kruskal–Wallis สำหรับความต้องการการดูแลไม่พบความแตกต่างระหว่างชั้นปี (χ^2 = 2.197, df = 2, p = .333)

ตารางการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการการดูแลตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถิติที่ใช้	คุณภาพชีวิต	ความต้องการการดูแล
เพศ (ชาย vs หญิง)	t-test Mann–Whitney U	t(211) = 0.552, p = .582 d = 0.15	Mean Rank: ชาย = 92.03, หญิง = 108.13 p = .326
อายุ (≤20, 21–25, ≥26)	One-way ANOVA Kruskal–Wallis	F(2,210) = 1.726, p = .181 η^2 = .016	χ^2 = 2.464, df = 2, p = .292
ชั้นปี (ปี 1, 2, 3)	One-way ANOVA Kruskal–Wallis	F(2,210) = 7.690, p < .001 η^2 = .068 post-hoc: ปี 1 > ปี 2,3	χ^2 = 2.197, df = 2, p = .333

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการได้รับการดูแลกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการได้รับการดูแล กับคุณภาพชีวิตโดยใช้ Spearman's Rank Correlation พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ρ = .032, p = .640) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความต้องการการได้รับการดูแลในมิติต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่าง

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อวิเคราะห์ประสบการณ์และความต้องการการดูแลของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์คำตอบปลายเปิดด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ปัญหาด้านการเรียน เช่น เนื้อหาหนัก ตารางเรียนไม่แน่นอน และต้องการการติวเสริม 2) ความเครียด วิตกกังวล และแรงกดดันทางอารมณ์จากการเรียนและครอบครัว 3) ความยากลำบากในการปรับตัวด้านสังคม เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการอยู่หอพัก 4) ความคาดหวังในอนาคต เช่น การสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ และ 5) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและค่าใช้จ่ายที่เกินจากค่าเล่าเรียน เช่น ค่าวัคซีนและอุปกรณ์ สังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มิติด้านการเรียนและจิตใจเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการดูแลเป็นลำดับต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ซึ่งหมายความว่านักศึกษามีการรับรู้และประเมินตนเองในด้านสุขภาวะอย่างรอบด้าน ทั้งทางร่างกายที่แข็งแรงและสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทางจิตใจที่มีความมั่นคง อารมณ์แจ่มใส และสามารถจัดการกับความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ รวมถึงทางสังคมที่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น อยู่ร่วมกับเพื่อน ครอบครัว และชุมชนได้อย่างกลมกลืน ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการใช้ชีวิตและการเรียนรู้ในวิชาชีพพยาบาล สอดคล้องกับ Randall, Bernard และ Durah ที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จทางวิชาการ สุขภาพจิตที่มั่นคง และพัฒนาการส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลในหลายประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติกายภาพและความสัมพันธ์ทางสังคม แม้นักศึกษาชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหญิงเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มเชิงบวกในทั้งสองกลุ่ม โดยอาจเกิดจากเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม การรับรู้คุณค่าในตนเอง และแรงจูงใจในวิชาชีพ5 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโดยรวมคุณภาพชีวิตจะอยู่ในระดับดี แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงแฝง เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า และผลกระทบจากสถานการณ์เฉพาะ เช่น COVID-19 ที่อาจลดแรงจูงใจและส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา[9,10]

2. ความต้องการการได้รับการดูแลอยู่ในระดับน้อย แต่มีความต้องการเฉพาะด้านบางประการ โดยนักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองสามารถจัดการทั้งด้านการเรียนและการดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลเพิ่มเติมมากนัก อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจ (psychological resilience) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล[12] และยังมีอีกหลายงานวิจัย ชี้ว่า บริการภายในมหาวิทยาลัย เช่น การให้คำปรึกษาและกิจกรรมนักศึกษาช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] อย่างไรก็ตามก็ยังมีอีกหลายๆงานวิจัยเตือนว่า ค่าเฉลี่ยอาจซ่อนความต้องการของบางกลุ่มที่ต้องการการดูแลใกล้ชิดในประเด็นเฉพาะ[4]

ด้านการเรียน นักศึกษาระบุถึงความท้าทายในการทบทวนเนื้อหา การเตรียมสอบ และการทำความเข้าใจกับวิชาที่มีความซับซ้อน ทำให้เห็นถึงความกดดันทางวิชาการที่นักศึกษาต้องเผชิญอยู่ โดยเฉพาะในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่มีเนื้อหาหนักและต้องใช้ทั้งความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะปฏิบัติ ความคาดหวังในการเรียนรู้ที่สูง รวมถึงระยะเวลาในการเตรียมตัวที่จำกัด ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางวิชาการ (academic stress) ได้ ตามข้อเสนอของนักวิจัยท่านหนึ่งกล่าวว่า[13] การจัดกิจกรรมเวิร์คช็อป ติวเสริม และคำปรึกษารายบุคคลจึงมีบทบาทสำคัญ[14,15] ชี้ว่าความเครียดอาจซ่อนอยู่ในสถานการณ์จริง เช่น ห้องปฏิบัติการหรือคลินิก แม้ภาพรวมจะดูเหมือนสามารถปรับตัวได้ดี **ด้านพฤติกรรม** ปัญหาการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ความไม่มั่นใจในกลุ่มเพื่อน และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะชีวิตช่วงเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่[16] ควรมีการส่งเสริมวินัยทางการเงิน และการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางสังคม[13] **ด้านอารมณ์และจิตใจ** กลุ่มชั้นปีสูงมีความเครียดจากการฝึกงาน ความวิตกกังวล และความเบื่อหน่าย ควรมีการฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ สร้างกลุ่มสนับสนุน (peer support) และจัดบริการปรึกษา[1,14] **ด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม** นักศึกษาที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงแสดงความกังวลเกี่ยวกับที่พัก การเรียน และสภาพแวดล้อม[9,17,18] การจัดสวัสดิการและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็น

3. เพศและอายุไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตหรือความต้องการการดูแล แต่ระดับชั้นปีมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ผลการวิเคราะห์พบว่า เพศและอายุไม่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตและความต้องการการได้รับการดูแลของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้นักศึกษาชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าหญิงเล็กน้อย และนักศึกษาหญิงมี

ความต้องการการได้รับการดูแลสูงกว่าเพศชาย รวมถึงกลุ่มอายุ 21–25 ปีมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ผลต่างที่พบไม่ถึงระดับนัยสำคัญ แสดงว่านักศึกษาพยาบาลทุกกลุ่มเพศและวัยต่างเผชิญสภาพการเรียนและการใช้ชีวิตที่ใกล้เคียงกัน อีกทั้งยังมีทักษะการพึ่งพาตนเองและการปรับตัวที่คล้ายคลึงกัน จึงทำให้คุณภาพชีวิตและความต้องการการดูแลไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างจากหลากหลายประเทศ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากภาระที่เพิ่มขึ้น เช่น การฝึกปฏิบัติ ความเครียดจากอนาคต และการเตรียมความพร้อมสู่วิชาชีพ[8,1]

4. ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างคุณภาพชีวิตกับความต้องการการดูแล ค่าความสัมพันธ์ (Spearman's rho) ใกล้ศูนย์ แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตดีอาจยังมีความต้องการการสนับสนุน หรือในทางกลับกัน บางคนที่ไม่ร้องขอความช่วยเหลือ อาจเผชิญปัญหาโดยไม่แสดงออก ผลลัพธ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความมั่นคงทางจิตใจ และความสามารถในการปรับตัว19

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ให้เห็นถึงปัญหาเชิงบริบทที่ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ คำตอบปลายเปิดสนับสนุนผลเชิงปริมาณ โดยเฉพาะประเด็นความเครียด แรงกดดัน และภาระค่าใช้จ่าย แสดงให้เห็นว่า แม้นักศึกษาบางรายจะไม่ระบุความต้องการสูง แต่ก็ยังมีความเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมแนวคิดระบบสนับสนุนแบบองค์รวม (system-based student support) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก ควรถูกนำมาปรับใช้ เพื่อออกแบบการสนับสนุนด้านวิชาการ จิตสังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ เสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ความสามารถในการเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย แม้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ยังพบความต้องการการดูแลในบางมิติ ได้แก่ ด้านการเรียน อารมณ์จิตใจ และสิ่งแวดล้อม จึงเสนอแนวทางดังนี้

1. ส่งเสริมการเรียนรู้แบบ Active Learning ผ่าน Case-Based, Simulation-Based และ Problem-Based Learning เพื่อพัฒนาทักษะวิชาชีพ[12] ปรับตารางเรียนให้ยืดหยุ่น พร้อมมีเวลาทบทวนบทเรียน เพื่อลดความเครียด[14]

2. การดูแลจิตสังคม จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตภายในคณะ[16] และสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อเสริมพลังทางสังคมและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

3. สิ่งแวดล้อมและค่าใช้จ่าย บริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์ เช่น ทุนสนับสนุนการเรียน และจัดกิจกรรมลดค่าใช้จ่าย พร้อมปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้[20]

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายองค์ความรู้และเสริมสร้างแนวทางการพัฒนานักศึกษาพยาบาลในมิติที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. ศึกษาปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตและความสำเร็จทางการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล เช่น บทบาทของครอบครัว ระบบสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมทางวิชาชีพ

2. ศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและแพลตฟอร์มออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ ความผูกพันต่อหลักสูตร และภาวะทางอารมณ์ของนักศึกษา โดยเฉพาะในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
อย่างรวดเร็ว

3. ศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล (Impact Evaluation) หลังจากการปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน หรือการนำระบบสนับสนุนใหม่ ๆ มาใช้ เช่น การประเมินผลของระบบที่ปรึกษาทางจิตสังคม หรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะในระดับสถาบัน

References

1. Sarkoohi Z, Nematollahi M, Dehghan M, Mehdipour-Rabori R, Khoshnood Z, Parandeh-Afshar P, et al. Can internship programs affect nursing students' critical thinking disposition, caring behaviors, and professional commitment. BMC Nursing. 2024;23:8.
2. Chailap K, Lakampan S & Suwanroop N. Factors influencing media literacy in the 21st century among nursing students at Chulabhorn Royal Academy. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;23(1):380-9. (in Thai)

3. Waiyasurasin L, & Chansakul S. Study of quality of life among nursing students in private higher education institutions in Central Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):307–17.(in Thai)
4. Garcia-Rivas A, Martos-Cabrera MB, Membrive-Jimenez MJ, Aguayo-Estremera R, Suleiman-Martos N, Albendin-Garcia L, et al. Anxiety in nursing students during the COVID-19 pandemic: systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel). 2024;12(16):1592.
5. Zhou L, Sukpasjaroen K, Wu Y, Wang L, Chankoson T, & Cai E. Predicting nursing students' psychological well-being: network analysis based on a model of thriving through relationships. BioMed Central Medical Education. 2022;22(1):1-11
6. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Pearson Education; 2011.
7. Randall KN, Bernard G, & Durah L. Association between employment status and quality of life for individuals with intellectual or developmental disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2023; 36(2):270-80.
8. 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; 66:135-42.
9. Wubbeler M, Geis S, Teigelake B & Schoening S. Health-Related Quality of Life and Undergraduate Nursing Students: A Narrative Review. The Open Nursing Journal. 2021; 15(1):244-53.
10. Agritubella SM. Study Description of Student Nursing Barriers in Online Learning during the Covid-19 Pandemic. International Journal of Advanced Health Science and Technology. 2022;2(2):110-4.
11. Anusornteerakul S, Boonmala N, Harnklar S, Ounkaew A, & Wangtapan K. Stress, depression, self-esteem, and self-efficacy of nursing students in a higher education institution. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2024;25(1):338–45. (in Thai)
12. Naik Jinu K P. A Study to Assess the Impact of Lockdown on Learning Status of Nursing Students during COVID-19 Pandemic in Selected Nursing College. International Journal of Science and Research (IJSR). 2023;12(5):1996-2000.
13. Bulfone G, Bressan V, Zerilli I, Vinci A, Mazzotta R, Ingravalle F, et al. Moral Distress and Its Determinants among Nursing Students in an Italian University: A Cross-Sectional Study. Nursing Reports. 2024;14(3):2140-52.
14. Dogham RS, Ali HFM, Ghaly AS, Elcokany NM, Seweid MM & El-Ashry AM. Deciphering the influence: academic stress and its role in shaping learning approaches among nursing students: a cross-sectional study. BioMed Central nursing journal. 2024;23(1):1-11
15. Abdelmonaem YMM, Osman MA & Karim N. Mental health stigma and internship nursing students' attitudes toward seeking professional psychological help: a cross-sectional study. BioMed Central nursing journal. 2024;23(1):1-12
16. Salminen-Tuomaala MH, Leppakangs E & Perala S. Towards more authentic simulation-based learning – Nursing students' experiences. Clinical Nursing Studies. 2020;8(4).18-25

17. Yesilyurt S, & Kendirkiran G. Nursing students' self-esteem levels and attitudes toward the nursing profession. International Nursing Review. 2025;72(1):1-10
18. Nawaz H, Gulzada M, Islam M, Bibi A, Khaliq F, Khan MA, et al. Assessing Contentment with Life among Nursing Students at Private Nursing Institute Karachi, Pakistan. Pakistan Journal of Health Sciences. 2024:21-5.
19. Achari KV. A study on prevalence of depression, anxiety and stress in student populations during the COVID-19. International Journal of Current Research and Review. 2021;13(11): 188–93.
20. Tantalanukul S, & Wongsawat P. Factors Associated with Stress among Nursing Students at Boromrajonani Colleges of Nursing in Thailand Northern Region under the Jurisdiction of Ministry of Public Health. Trends in Sciences. 2022;19(13).1-10

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะต่อความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Skills Training-Based Psychoeducation Program on Functional Ability in Patients with Schizophrenia

กุลิสรา ทองใหม่* สกาวรัตน์ พวงลัดดา
Kulissara Thongmai* Skaorat Puangladda
โรงพยาบาลศรีธัญญา นนทบุรี ประเทศไทย 110000
Srithanya Hospital, Nontaburi, Thailand, 11000

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ และเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เครื่องมือ คือ แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ประเมินก่อน-หลังการทดลอง 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ สถิติ chi - square test ค่าสถิติ dependent t-test และ independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถการในทำหน้าที่มีความแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีผลต่อการพัฒนาความสามารถการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งควรมีการฝึกและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพจิตศึกษา, การฝึกทักษะ, ความสามารถในการทำหน้าที่, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study was a quasi-experimental research aimed at comparing the functional abilities of patients with schizophrenia before and after receiving a skill-based psychoeducation program, as well as comparing the functional abilities between patients who received the skill-based psychoeducation program and those who received routine care. The participants were inpatients at Srithanya Hospital, with 16 individuals in each group, over a period of two weeks. The research instrument was a functional ability assessment, administered before the intervention and one month after the experiment. Data were analyzed using frequency distribution, mean, percentage, chi-square test, dependent t-test, and independent t-test. The findings revealed that the mean functional ability scores of patients with schizophrenia after the intervention differed between the

*Corresponding Author : E-mail porpee1981@gmail.com

วันที่รับ (Received) 23 ต.ค. 2568 แก้ไขเสร็จ (Revised) 8 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 21 ธ.ค. 2568

experimental and control groups, and the mean functional ability scores of those receiving the program were significantly different from those receiving routine care at the .05 level. In conclusion, the skill-based psychoeducation program had a positive effect on improving the functional abilities of patients with schizophrenia. Continuous training and follow-up are recommended to ensure long-term benefits.

Keywords: Psychoeducation, Skills Training-Based, Functional ability, Schizophrenia

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรัง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านส่วนตัว ครอบครัว สังคม การศึกษาและการประกอบอาชีพ จากการสำรวจระบาดวิทยาทั่วโลกมีอุบัติการณ์โรคจิตเภท 1.13 ล้านคน[1] และจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า เป็นโรคที่พบมากอันดับ 1[2] จากข้อมูลจะเห็นว่าโรคจิตเภทมีจำนวนสถิติที่สูงที่สุดที่มารับบริการ ซึ่งลักษณะอาการของโรคจิตเภท มักพบความบกพร่องของการรู้คิด[3] ทำให้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการคิดการกระทำอย่างมีเหตุผล ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น[4] และยังพบความบกพร่องในเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม[5] หรือความสามารถในการทำหน้าที่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าตนเองด้อยสมรรถภาพ[6] ความบกพร่องเหล่านี้เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานก่อนที่จะเริ่มมีอาการของโรคและดำเนินต่อไปตลอดชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์ และปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นในสังคม ต้องเผชิญกับการถูกโดดเดี่ยวทางสังคม การว่างงาน และการใช้ชีวิตอย่างอิสระเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก[7] ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมจึงมีความบกพร่องอย่างมาก และมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น การไม่ปฏิบัติตามการรักษา การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี อัตราการกำเริบของโรคที่สูงขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[8] ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม หรือความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่เป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และกิจกรรมประจำวัน[9] รวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจงและความพอใจของตนเองต่อความสามารถนี้ เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตัวเองและการใช้เวลาว่าง[10] สำหรับประเทศไทยมีการให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย[11] โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท คือ อาการทางจิต และการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องแสดงออกมาเป็นพฤติกรรม เช่น การแยกตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่สามารถรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือเพื่อนไว้ได้ ประสิทธิภาพในการทำงานไม่เพียงพอ และขาดความสามารถในการมีส่วนร่วมในสังคม[12] จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ฟื้นคืนสู่สุขภาวะและป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อไป

สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เป็นการบำบัดทางจิตสังคม ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท[13] สุขภาพจิตศึกษามีการนำมาใช้ในการแก้ไขความบกพร่องเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการแก้ไขความบกพร่องการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท[14] รวมถึงการส่งเสริมความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท[15] ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น ส่งผลให้สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น[16] สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมผู้ป่วยดีขึ้น และประกอบกับมีการศึกษาโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ[17] พบว่า ทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้น และมีการศึกษาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบพบว่าการทำหน้าที่ดีขึ้น[18] นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง[19] พบว่า การฝึกทักษะทางสังคม สามารถทำให้อาการด้านลบลดลง และพฤติกรรมด้านสังคมและการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังดีขึ้น สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะทางสังคม ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมของ

ผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น แต่ยังพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาผลของการฝึกทักษะทางสังคมหรือสุขภาพจิตศึกษาแบบแยกส่วน และยังขาดงานวิจัยที่ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่โดยตรง ซึ่งมีผลต่อการกลับเข้าสู่สังคม ดังนั้นหากมีการนำมาบูรณาการจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการให้สุขภาพจิตศึกษาและให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท จัดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของผู้ป่วยการพัฒนาโปรแกรมที่ผสานสุขภาพจิตศึกษาเข้ากับการฝึกทักษะจึงอาจเป็นแนวทางในการช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตามศักยภาพของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

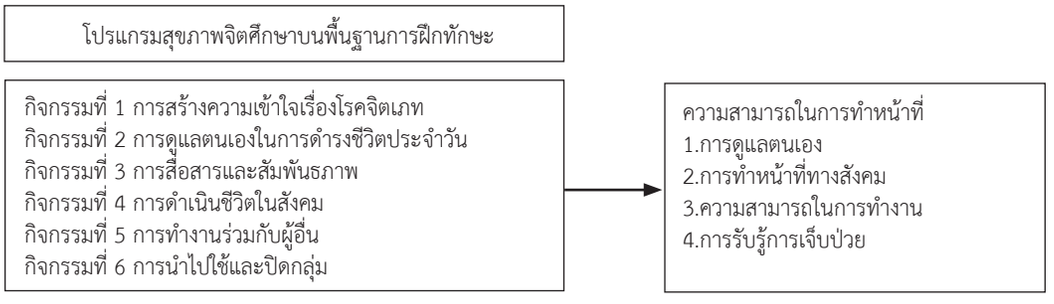
สมมติฐานในการวิจัย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะแตกต่างกับก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา[20] การฝึกทักษะทางสังคม[21] พัฒนามาจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง[19] และกระบวนการกลุ่มบำบัด[22] เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท[11]

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งจำเป็นเพราะแม้ว่ายารักษาอาการทางจิตจะบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ก็ตาม แต่ยาเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเหล่านี้ให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้[9] การฟื้นฟูสมรรถภาพจะช่วยลดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม[9] โดยที่สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) เป็นหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมวิธีแรกๆ และเป็นที่รู้จักดีที่สุดที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท[20] การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการแก้ไขความบกพร่องเรื่องความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท[3] รวมถึงการส่งเสริมความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น[9] สำหรับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ[19] ร่วมกับการบำบัดแบบกลุ่มจึงเป็นวิธีการหลักในการฝึกทักษะทางสังคม[21] เพราะกระบวนการกลุ่มช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ทั้งในด้านความรู้สึก ความคิด และการกระทำ[22] เกิดการสนับสนุนกันของกลุ่ม การเป็นแบบอย่างและการเสริมแรงซึ่งกันและกัน เป็นโอกาสในการช่วยเหลือตนเองและสนับสนุนกันเอง รวมถึงเป็นบริบทที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงและความพยายามในการแก้ปัญหาของกันและกัน[21] ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถของการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป สรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20.0 - F20.9) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในตึกสามัญชายและหญิง ดำเนินการทดลอง ระหว่าง 13 ธันวาคม 2567 – 31 มีนาคม 2568 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี 2) ประเมิน BPRS คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปี ขึ้นไป 4) ประเมิน ICF คะแนน แต่ละด้านอยู่ระหว่าง .1 (มีความยากลำบากเล็กน้อย) - .4 (มีความยากลำบากที่สุด) 5) สามารถเข้าใจในการสื่อสาร 6) เขียนและอ่านเข้าใจได้โดยใช้ภาษาไทย 7) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ 2) มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอุปสรรค 3) ต้องรักษาด้วยไฟฟ้าระหว่างการศึกษา

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Version 3.1.9.7) ร้อยละ 99 ระดับนัยสำคัญ .05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 32 คน แบ่งเป็น 16 คน ต่อกลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับวิธีมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched–pair) ให้แต่ละกลุ่มมีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง[19] จำนวน 6 ครั้ง รวมเวลา 2 สัปดาห์ รายละเอียดโปรแกรมสรุปภาพรวมโปรแกรมฯ มี ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2 การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารและสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 4 การดำเนินชีวิตในสังคม กิจกรรมที่ 5 การทำงานร่วมกับผู้อื่น กิจกรรมที่ 6 การนำไปใช้และปิดกลุ่ม การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ โดยมีค่าความสอดคล้อง (IOC) = 0.95

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2.2) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท[11] สรุปแบบประเมินแต่ละด้านเป็น ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) จำนวน 7 ข้อ 2) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) จำนวน 2 ข้อ 3) ความสามารถในการทำงาน (Task capacity) จำนวน 7 ข้อ 4) การรับรู้การเจ็บป่วย (Insight to illness) จำนวน 3 ข้อ โดยเกณฑ์การจัดระดับคะแนนในแต่ละข้อ มี 4 ระดับ คือ ระดับ 1 ถึง ระดับ 4 สำหรับค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินความสามารถรายด้าน การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน การดูแลตนเองขั้นก้าวหน้า การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย เท่ากับ .99 ,1.00 ,1.00,1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ .99 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับคะแนนอาการทางจิต นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ chi - square test 2) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ของกลุ่ม

ทดลองก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (SLA) โดยทดสอบค่าสถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (SLA) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยทดสอบค่าสถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้พิจารณารับรองตามเอกสารรับรอง เลขที่ : STY. COA002/2568 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2567 ดำเนินการส่งเครื่องมือในการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ส่งให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อให้พิจารณารับรองตามเอกสารรับรอง ตามเอกสารรับรอง เลขที่ : STY.COA002/2568 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2567 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบและอธิบายวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ที่ให้ความยินยอมด้วยการลงลายมือให้ความยินยอมในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีสิทธิ์ให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาการเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยในภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 31-35 ปี เท่ากัน การศึกษาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ศาสนาเป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่กลุ่มทดลอง 2-5 ปี ร้อยละ 37.5 ส่วนกลุ่มควบคุม 6-9 ปี ร้อยละ 31.25 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2–5 ครั้ง และระดับคะแนนอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยทั้งสองกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi -square test พบว่าข้อมูล ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p > .05$ นั่นแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันก่อนการทดลอง

2. วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ในกลุ่มทดลอง รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n= 32 คน)

คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มการทดลอง (n = 16 คน)					
ก่อนการทดลอง	49.75	10.98	15	-16.12	.000
หลังการทดลอง	84.56	4.92	15		
กลุ่มควบคุม (n = 16 คน)					
ก่อนการทดลอง	59.50	10.35	15	-1.58	.134
หลังการทดลอง	62.06	8.14	15		

จากตารางที่ 1 พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 49.75 (SD 10.98) และหลังจากได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 84.56 (SD 4.92) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ dependent t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-16.12) นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีคะแนนทักษะความสามารถในการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น 2) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ย 59.50 (SD 10.35) และหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ย 62.06 (SD 8.14) เปรียบเทียบด้วยสถิติ dependent t-test พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-1.58) นั่นคือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนทักษะความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกัน

3. วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 16 คน)					
กลุ่มทดลอง	49.75	10.98	30	-2.58	.015
กลุ่มควบคุม	59.50	4.92	30		
หลังการทดลอง (n = 16 คน)					
กลุ่มทดลอง	84.56	10.35	30	8.74	.000
กลุ่มควบคุม	63.00	8.54	30		

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 49.75 (SD 10.98) และกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ย 59.50 (SD 4.92) เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=-2.58) นั่นแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันก่อนการทดลอง 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ย 84.56 (SD 10.35) และกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ย 63.00 (SD 8.54) เมื่อเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=8.79) นั่นแสดงให้เห็นว่าความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหลังการทดลอง โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่ากลุ่มควบคุม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯแตกต่างกับก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพ

จิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการสอนให้ความรู้เรื่องโรค การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะป่วย นอกจากนี้ยังมีการสอนการฝึกทักษะทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จากกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การสร้างความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาส่งผลให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จนกระทั่งก่อนการเข้ากลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เมื่อมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยกันภายในกลุ่ม เริ่มมีการตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการตนเองยอมรับอาการมากขึ้น เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นรูปแบบหนึ่งของการฝึกอบรมเสริมพลัง ที่มุ่งเป้าไปที่การส่งเสริมความตระหนักรู้และให้เครื่องมือในการจัดการรับมือและใช้ชีวิตอยู่กับโรคจิตเภท[8] กิจกรรมที่ 2) การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนักรู้โรคจิตเภท และการรักษาส่งผลให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วย[21]เมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองภายในสมาชิกกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ การดูแลสุขอนามัยตนเองอย่างถูกวิธี การรับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย โดยสมาชิกให้ความสนใจเนื่องจากการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เป็นความบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นมานานก่อนที่จะเริ่มมีอาการ ของโรคจิตเภท และดำเนินต่อไปตลอดชีวิตในวัยผู้ใหญ่ การดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบหลักของความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3) การดำเนินชีวิตในสังคม โดยการใช้ทักษะการสื่อสาร การพูด การฟัง ที่เหมาะสม การใช้ระดับเสียงเหมาะสมในการพูดคุย การใช้สรรพนามอย่างเหมาะสม การใช้คำพูดสุภาพ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การรับฟังเรื่องราวผู้อื่น พูดได้อย่างต่อเนื่อง และการถามเรื่องที่สนใจหรือสงสัย เป็นการฝึกทักษะทางสังคมที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่อง[21] กิจกรรมที่ 4) การสื่อสารและสัมพันธภาพ โดยนำทักษะการจ่ายตลาด โดยการฝึกทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เป็นสิ่งจำเป็นซึ่งจะสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสม ในสภาพแวดล้อมของตนเอง จึงช่วยให้ความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น[11] กิจกรรมที่ 5) การทำงานร่วมกับผู้อื่น เป็นการทำงานร่วมกัน มีการวางแผน การแบ่งงานกัน หลังกิจกรรมสมาชิกกลุ่มได้ทำงานร่วมกัน มีความรู้สึกต่อกิจกรรม การฝึกทักษะทางสังคมผ่านการทำงานร่วมกัน ส่งเสริมความสามารถการทำหน้าที่ส่งผลให้เกิดความฟื้นตัวได้ดีขึ้น[18,20] กิจกรรมที่ 6) การสรุปการนำไปใช้และปิดกลุ่ม การนำไปใช้และปิดกลุ่ม เป็นการทบทวนและวางแผนการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบทุกขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยยังคงมีทักษะในการใช้ชีวิตในด้านต่างๆอยู่ร่วมกับครอบครัว และอยู่ในชุมชนได้ดีขึ้น จากการติดตามพบว่าคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะส่งผลต่อความบกพร่องเรื่องการทำหน้าที่ทางสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[14] ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการแก้ไขความบกพร่องการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนอีกการศึกษาที่พบว่าการฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจะสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น[23] เหตุผลอื่นที่สนับสนุนสมมุติฐานข้อนี้ คือ เป็นการช่วยลดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม[23] สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) ยังเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าดีที่สุดที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท มีการนำมาใช้ ในการแก้ไขความบกพร่องการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท[14] การฝึกทักษะยังเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างบุคคลในผู้ป่วยจิตเภท[15] รวมถึงการฝึกทักษะทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสอนให้ผู้ป่วยมีทักษะเมื่อกลับไปสู่สถานการณ์ที่พวกเขาเผชิญได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมของตนเอง ช่วยให้การทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น[23] สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามปกติ[17] พบว่าทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบ

เทียบกับกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคม ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] ที่เป็นเช่นนั้นเพราะ สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตในสังคม เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้เกิดปัจจัยการบำบัด[22] ที่มีประโยชน์ในการเยียวยาผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากการดูแลตามปกติที่เป็นลักษณะกลุ่มเปิด ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งจำเป็นเพราะแม้ว่ายารักษาอาการทางจิตจะบรรเทาอาการทางจิตเวชได้ก็ตาม ที่สำคัญการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพสามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพราะผลลัพธ์ที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลเชิงผลลัพธ์ของสภาการพยาบาลคือ ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นแตกต่างจากการได้รับการพยาบาลแบบปกติ เป็นเหตุผลสนับสนุนให้พยาบาลจิตเวชนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

1) การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับขั้นตอน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) พยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่อง ใน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนของความสามารถการทำหน้าที่

2) ควรมีการศึกษาการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาบนพื้นฐานการฝึกทักษะ ไปใช้ในประชากรของผู้ป่วยจิตเภทซ้ำหลาย ๆ แห่ง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์งานวิจัย อย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือศึกษาในกลุ่มโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป

References

1. He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L.,et al. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: results from the Global Burden of Disease Study 2017. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020;29:e91.
2. Srithanya Hospital. Service Statistics of Srithanya Hospital for Fiscal Year 2023. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023. (in Thai)
3. El-Azzab S, Ali S, & Othman B. Effectiveness of psycho-motivational training on improving social skills and emotional regulation in patients with schizophrenia. Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences. 2022;3 (2): 76–102.
4. Shanko A, Abute L, & Tamirat T. Attitudes towardsschizophrenia and associated factors among community members in Hossana town: a mixed method study. BioMed Central Psychiatry. 2023;23 (1):1–10.
5. Fulford D, Campellone T, & Gard D. Social motivation in schizophrenia: How research on basic reward processes informs and limits our understanding. Clinical Psychology Review. 2018;63: 12–24.

6. Hongtiyanon T, & Tipawong A. Relationships between social support and quality of life inschizophrenia patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19 (Suppl):487–94.
7. Fitah I, Chakit M, Kadiri M, Brikat S, Hessni A, & Mesfioui A. The evaluation of the social functioning of schizophrenia patients followed up in the health center My El Hassan of Kenitra, Morocco. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. 2023;59(1): 125.
8. Alhadidi MM, Lim Abdullah K, Yoong TL, Al Hadid L, & Danaee M. A systematic review ofrandomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry. 2020;66(6):542–52.
9. Dziwota E, Stepulak MZ, & Włoszczak- Szubzda A. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2018; 25(2):275–80.
10. Nemoto T, Uchino T, Aikawa S, Saito J, Matsumoto H, Funatogawa T, et al. Social anxiety and negative symptoms as the characteristics of patients with schizophrenia who show competence–performance discrepancy in social functioning. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2019; 73(7): 394–9.
11. Samutsin P, Wirakarat C, Chomchean R, Kittipongpisan S. The development of functional ability assessment tool for chronic schizophrenia. Journal Mental Health Thai. 2016;24(3):189-91. (in Thai).
12. Porcelli S, Kasper S, Zohar J, Souery D, Montgomery S, Ferentinos P, et al. Social dysfunction in mood disorders and schizophrenia: clinical modulators in four independent samples. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological. 2020;99: 109835.
13. bdelgelil SA, Elyazal AS, Mubarak AAR, & Elsherif ZA. Effect of social skills enhancement training program on negative symptoms among patients with schizophrenia. Tanta Scientific Nursing Journal. 2022; 24(1): 35–73.
14. El-Azzab SESHI, Ali SMH, & Othman BEM. Effectiveness of psycho-motivational training on improving social skills and emotional regulation in patients with schizophrenia. Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences. 2022; 3(2): 76–102.
15. Alhadidi MMB, Abdullah KL, Yoong TL, Hadid LA, & Danaee M. A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry. 2020;66(6): 542-52
16. Posri A. Family and community participation in caring of chronic schizophrenic patients: Study of Nongnasang community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement) :239–47. (in Thai)
17. Sirilak P. The Effect of Social Skills Training Program on Negative Symptoms in Schizophrenic Patients Compared with the Usual Treatment Group [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)

18. Leethongkham S, & 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)
19. Jidarat P, Natthaporn B, Sunlamai T, Prakaidao C, & Porndusit K. Development and effectiveness of a social skills training program for chronic schizophrenic patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2022; 36 (2): 22–48. (in Thai)
20. Anderson CM, Hogarty GE & Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia Bulletin. 1980; 6(3): 490–95.
21. Baskaran M, Raghuthaman G, & Jayasudha A. Effectiveness of social skill program for social performance among schizophrenia patients selected tertiary care hospital Coimbatore India. Clinical Epidemiology and Global Health. 2023;23: 101381.
22. Yalom I, & Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. (6th ed). London: Hachette UK; 2020: 123–40.
23. Abaoglu H, Mutlu E, Ak S, Aki E, & Anil Yagcioglu A. The effect of life skills training on functioning in schizophrenia: a randomized controlled trial. Turk Journal Psychiatry. 2020; 31(1):1-10.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Neonatal Outcomes Among Mothers with Gestational Diabetes Mellitus at Thasala Hospital

ลักษมล ลักษณะวิมล สะบาย ยีสา* รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ สุมลทิพย์ สนธิเมือง
Luksamon Luksanavimon Saby Yeesa Rachadaporn Jantasuwan Sumoltip Sontimuang
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่คลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 331 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (CVI = 1.00) 3) แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอดด้านทารก (CVI = 1.00) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก โดยการทดสอบไคว์สแควร์ หรือสถิติฟิชเชอร์

ผลวิจัยพบว่า จำนวนครั้งของการแท้งบุตร มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ขณะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์และเส้นรอบศีรษะทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$ และ $p<.001$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงควรมีระบบติดตามและเฝ้าระวังน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อการเจริญเติบโตที่เหมาะสมของทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์, น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์, เส้นรอบศีรษะทารก

Abstract

This retrospective study utilized data retrieved from the HosXP database and delivery records of women diagnosed with gestational diabetes mellitus (GDM) who gave birth at Thasala Hospital between October 1, 2020, and September 30, 2023. A total of 331 cases were included. The objective was to examine maternal factors associated with neonatal outcomes among women with GDM. The research instruments comprised a general information record form, a maternal health status record form (CVI = 1.00), and a neonatal outcome record form (CVI = 1.00). Descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze general and maternal health data. Associations between maternal

Corresponding Author: *Email: sabyyeesa@gmail.com
งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

วันที่รับ (Received) 24 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 25 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 พ.ย. 2568

factors and neonatal outcomes were analyzed using the Chi-square test or Fisher's Exact Test, as appropriate. The results revealed that the number of previous abortions was significantly associated with gestational age at delivery ($p < .05$). Pre-pregnancy body mass index was significantly associated with neonatal size for gestational age and neonatal head circumference ($p < .05$). Additionally, total gestational weight gain was significantly associated with both neonatal size for gestational age and neonatal head circumference ($p < .01$ and $p < .001$, respectively). These findings suggest that healthcare providers should establish systematic follow-up and close monitoring of gestational weight gain among women with GDM to ensure optimal fetal growth and prevent adverse neonatal outcomes.

Keywords: Mothers with gestational diabetes mellitus, Pre-pregnancy body mass index, Total gestational weight gain, Neonatal size gestational age, Neonatal head circumference

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในช่วงตั้งครรภ์[1] โดยสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม ส่งผลให้ทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital malformations) โดยเกิดขึ้นในช่วงการพัฒนาของเซลล์สืบพันธุ์ไปเป็นตัวอ่อนที่มีการสร้างอวัยวะของทารกในครรภ์[2] ทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า จากการที่ขนาดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมดลูกเล็กลง ปริมาณการไหลเวียนเลือดไปยังทารกจึงลดลง[3] และมีผลต่อทารกตัวโต (Macrosomia) ร้อยละ 17.30[4] โดยเฉพาะลำตัวและไหล่ ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับบาดเจ็บจากการคลอดยากหรือคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ร้อยละ 4-40.00[5] นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome) จากภาวะอินซูลินในเลือดสูง (Hyperinsulinemia) ไปชะลอการสร้างสารเคลือบถุงลมปอดและฮอร์โมนคอร์ติซอล ที่ทำให้สารลดแรงตึงผิวของถุงลมปอด (Surfactant) ลดลง ถุงลมปอดขยายตัวได้น้อย ร้อยละ 17.90[6] และยังทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ร้อยละ 10.80-14.20[1] ภาวะตัวเหลือง/ภาวะระดับบิลิรูบินในเลือดสูง (Hyperbilirubinemia) ร้อยละ 13.50 จากการทบทวนวรรณกรรม พบสตรีทั่วโลกเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.00[7] และมีการสำรวจความชุกในโรงพยาบาลประจำมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย พบร้อยละ 18.60[8] สำหรับโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช พบร้อยละ 10–15[9]

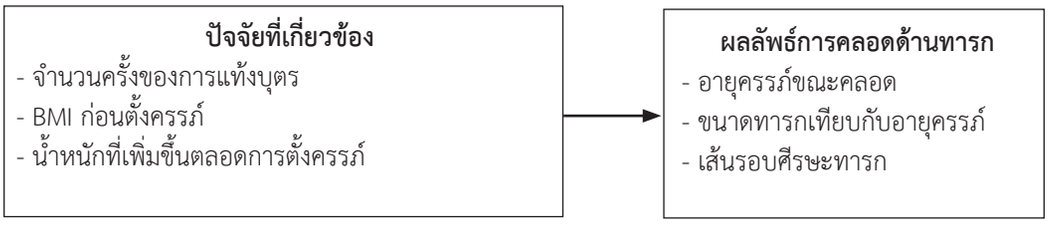
ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการแท้งบุตร สตรีที่แท้งบุตรมากกว่า 1 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เพิ่มขึ้น เนื่องจากความผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก นอกจากนี้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มักมีภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้เกิดภาวะรกเสื่อม (Placental insufficiency) ส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ[10] และการแท้งซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในรก (Abnormal placentation) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด[11] 2) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ส่งผลต่อสารอาหารไปยังทารก หากได้รับสารอาหารไม่เพียงพออาจทำให้เจริญเติบโตไม่ดี ส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์เกิน ทำให้ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์มากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90 (Large gestational age: LGA) ส่งผลให้ทารกคลอดยาก สตรีมีโอกาสตกเลือดหลังคลอด[12,13] และ 3) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (Total gestational weight gain) เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อขนาดของทารกแรกเกิด ทั้งน้ำหนักตัว ความยาวลำตัว และรอบศีรษะ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการและสุขภาพของทารกแรกเกิด[14] การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวสตรีตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ดัชนีมวลกาย จะทำให้น้ำหนักทารกขึ้นตามเกณฑ์[15] สตรีตั้งครรภ์ที่มีการเพิ่มน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐานมีแนวโน้มให้กำเนิดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม และสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 (Small gestational age: SGA) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะน้ำตาล

ในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย (Low birth weight; LBW) และ SGA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเพิ่มน้ำหนักในไตรมาสที่สอง ≤ 7 กก. มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ SGA มากขึ้น[16] สตรีที่เป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวาน ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์[17]

อำเภอท่าศาลา เป็นพื้นที่หนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีพื้นที่ติดทะเล อุดมไปด้วยผลไม้หลากหลายชนิดตลอดทั้งปี ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีผลต่อดัชนีมวลกายขณะตั้งครรภ์ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แตกต่างจากพื้นที่อื่น ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ส่งผลให้เยื่อบุโพรงมดลูกผิดปกติ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับสารอาหารของทารกในครรภ์ ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดด้านทารก ซึ่งแสดงได้ดังแผนภาพที่ 1



กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

จำนวนครั้งของการแท้งบุตร ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาจากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดโรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอดโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 347 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย และเกณฑ์การคัดออก คือ มีผลลัพธ์การคลอดไม่ครบถ้วน ภายหลังนำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์การคลอดไม่ครบถ้วนออก คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 331 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ที่ตั้งครรภ์ครั้งนี้ (นับถึงวันคลอด) ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการแท้งบุตร อายุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น ดัชนีมวลกายปกติ (18.50-24.99 kg/m^2) (≤18.49 kg/m^2) น้ำหนักเกิน/อ้วน (≥25.00 kg/m^2) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามความ

เหมาะสมของดัชนีมวลกายแต่ละกลุ่ม (น้อยกว่าเกณฑ์ตามเกณฑ์ และเกินเกณฑ์) และชนิดการคลอด

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอดด้านทารก ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่คลอด ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ (เหมาะสมกับอายุครรภ์ [AGA] น้อยกว่าอายุครรภ์ [SGA] และมากกว่าอายุครรภ์ [LGA]) และ เส้นรอบศีรษะทารก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลห้องคลอด 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ซึ่งได้ค่า CVI = 1.00

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (เลขที่ WUEC-24-390-01) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอด ระยะรับรอง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2567 ถึง 7 พฤศจิกายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึง ผศ.ดร.รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” เพื่อขอข้อมูลวิจัยในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์จากโครงการวิจัย ที่ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-047-01

2. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เนื่องจากโครงการวิจัยมีลักษณะไม่เข้าข่ายต้องขอรับการพิจารณา

3. หลังได้รับรองเอกสารรับรองการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และผลลัพธ์การคลอดด้านทารกมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดการข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การคลอดด้านทารกในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้การทดสอบไคว์สแควร์ (Chi-Square test) หรือสถิติฟิชเชอร์” (Fisher’s Exact Test)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ 2) ผลลัพธ์การคลอดด้านทารก และ 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ (n=331)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	Min-max	SD
อายุ (ปี)			31.58	15-45	6.24
≤19	8	2.42			
20-34	207	62.54			
≥35	116	35.04			

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ (n=331) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	Min-max	SD
ระดับการศึกษา			-	-	-
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา/ปวช.	35	10.57			
มัธยมศึกษา/ปวช.	192	58.00			
ปวส./อนุปริญญา	21	6.34			
ปริญญาตรีขึ้นไป	83	25.09			
ศาสนา			-	-	-
พุทธ	238	71.90			
อิสลาม	93	28.10			
ลำดับการตั้งครรภ์			2.58	1-7	1.32
ท้องแรก	77	23.26			
ตั้งครรภ์≥ 2 ครั้ง	254	76.74			
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก			11.66	4-37	5.70
≤12 สัปดาห์	210	63.83			
>12 สัปดาห์	119	36.17			
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ			11.64	1-21	3.19
<8 ครั้ง	105	31.91			
≥ 8 ครั้ง	224	68.09			
ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม/เมตร^2)			26.33	14.38-45.91	5.41
ปกติ (18.50-24.99)	136	41.09			
ผอม (≤18.49)	16	4.83			
อ้วน (≥25)	179	54.08			
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์			9.00	-7 - 30	5.72
ตามเกณฑ์	96	29.00			
น้อยกว่าเกณฑ์	159	48.03			
มากกว่าเกณฑ์	76	22.96			

สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีอายุเฉลี่ย 31.58±6.24 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 58.00 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.90 ตั้งครรภ์ ≥2 ครั้ง ร้อยละ 76.74 ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 สัปดาห์ ร้อยละ 63.83 และฝากครรภ์คุณภาพ ≥8 ครั้ง ร้อยละ 68.09 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 26.33±5.41 กิโลกรัม/เมตร^2 และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เฉลี่ย 9.00±5.72 กิโลกรัม

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การคลอดด้านทารก

ตาราง 2 แสดงผลลัพธ์การคลอดด้านทารก

ข้อมูลด้านทารก	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	Min-max	SD
อายุครรภ์ขณะคลอด (สัปดาห์)			37.83	29-42	1.52
< 37	40	12.08			
≥37	291	87.92			
ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์			-	-	-
SGA	49	14.80			
AGA	260	78.55			
LGA	22	6.65			
เส้นรอบศีรษะทารก (เซนติเมตร)			32.97	25-39	1.89
< 33	129	38.97			
33-37	197	59.52			
≥37	5	1.51			

จากตาราง 2 พบว่าอายุครรภ์ขณะคลอดเฉลี่ย 37.83±1.52 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์มีความเหมาะสม (ร้อยละ78.55) เส้นรอบศีรษะทารก เฉลี่ย 32.97±1.89 เซนติเมตร โดยมีขนาดเหมาะสม ร้อยละ 59.52

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับอายุครรภ์ขณะคลอด และน้ำหนักตัวแรกเกิด (n=331)

ปัจจัย	อายุครรภ์ขณะคลอด			ขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์			เส้นรอบศีรษะทารก			
	ก่อนกำหนด (<37wks) n (%)	ครบกำหนด 37-42 wks) n (%)	χ^2 (P-value)	SGA n (%)	AGA n (%)	LGA n (%)	χ^2 (P-value)	น้อย<33 cm. n (%)	ปกติ 33-37 cm. n (%)	>37 cm. n (%)	χ^2 (P-value) n (%)
จำนวนครั้งของการแท้งบุตร			7.21 (.027*)				1.92 (.756)				1.552[a] (.817)
ไม่เคยแท้ง	24 (9.92)	218 (90.08)	34 (14.05)	194 (80.16)	14 (5.79)		92 (38.02)	147 (60.74)	3 (1.24)		
แท้ง 1 ครั้ง	11 (15.07)	62 (84.93)		12 (16.44)	54 (73.97)	7 (9.59)		30 (41.10)	41 (56.16)	2 (2.74)	
แท้ง ≥ 2ครั้ง	5 (31.25)	11 (68.75)		3 (18.75)	12 (75.00)	1 (6.25)		7 (43.75)	9 (56.25)	0 (0.00)	
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์			.24 (.885)				10.49[a] (.031*)				10.97[a] (.022*)
ปกติ (18.50-24.99)	15 (11.03)	121 (88.97)		26 (19.12)	106 (77.94)	4 (2.94)		64 (47.06)	71 (52.20)	1 (0.74)	
ผอม(≤18.49)	2 (12.50)	14 (87.50)		3 (18.75)	13 (81.25)	0		9 (56.25)	7 (43.75)	0	
อ้วน (≥25)	23 (12.85)	156 (87.15)		20 (11.17)	141 (78.77)	18 (10.06)		56 (31.29)	119 (66.48)	4 (2.23)	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์			5.25 (.072)				13.83 (.008**)				18.17[a] (.000***)
น้อยกว่าเกณฑ์	26 (16.35)	133 (83.65)		30 (18.87)	124 (77.99)	5 (3.14)		77 (48.43)	80 (50.31)	2 (1.26)	
ตามเกณฑ์	8 (8.33)	88 (91.67)		12 (12.50)	78 (81.25)	6 (6.25)		37 (38.54)	58 (60.42)	1 (1.04)	
เกินเกณฑ์	6 (7.89)	70 (92.11)		7 (9.21)	58 (76.32)	11 (14.47)		15 (19.74)	59 (77.63)	2 (2.63)	

aFisher's Exact Test., *p<.05, **p < .01, ***p < .001

จากตาราง 3 จำนวนครั้งของการแท้งบุตร มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$ และ $p<.001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า จำนวนครั้งของการแท้งบุตรมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสตรีที่มีประวัติแท้งซ้ำและมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น เนื่องจากสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความผิดปกติของเยื่อบุโพรงมดลูก การอักเสบเรื้อรัง ความผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะดื้ออินซูลิน และภาวะรกเสื่อม ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ[7] ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าสตรีที่มีประวัติแท้งซ้ำและมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้น[10,11]

นอกจากนี้ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารก เนื่องจากภาวะโภชนาการส่งผลต่อการส่งผ่านสารอาหารไปยังทารก ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อย ทำให้ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย ขณะที่สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มักค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 kg/m² สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักแรกเกิดและขนาดตัวทารกโตเกินเกณฑ์อายุครรภ์[12,13] โดยเฉพาะเส้นรอบศีรษะจะมากกว่าเกณฑ์ จากสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน ส่งผลให้ทารกได้รับสารอาหารและพลังงานจากรกมาก ภาวะดังกล่าวกระตุ้นการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อและสมองของทารก ส่งผลให้ขนาดศีรษะเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างการคลอด เช่น ภาวะคลอดติดขัด (Obstructed labor) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกิน ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่าปกติ ซึ่งมักมีเส้นรอบศีรษะโตด้วย ทำให้เพิ่มโอกาสผ่าตัดคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยมีความเสี่ยงที่ทารกมีน้ำหนักน้อย เส้นรอบศีรษะเล็ก ทำให้คลอดก่อนกำหนด[12,13,18]

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับขนาดทารกเทียบกับอายุครรภ์ และเส้นรอบศีรษะทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ มีแนวโน้มคลอดทารกที่มีขนาดศีรษะเล็กกว่าปกติ เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นน้อยอาจบ่งชี้ถึงการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการสมองของทารก การจำกัดพลังงานและการควบคุมน้ำหนักที่เข้มงวดเกินไปในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาจทำให้เกิดภาวะการเจริญเติบโตของศีรษะช้า ทารกมักมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยและมีแนวโน้มเป็นทารกตัวเล็กกว่าเกณฑ์อายุครรภ์ และสตรีมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นน้อยกว่าปกติอาจมีการไหลเวียนเลือดไปยังรกลดลง ส่งผลให้ทารกได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถจำกัดการเจริญเติบโตของสมองและขนาดศีรษะของทารกได้[19] นอกจากนี้การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ส่งผลให้ทารกมีขนาดมากกว่าอายุครรภ์ และมีเส้นรอบศีรษะเกินเกณฑ์ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการเพิ่มน้ำหนักตัวของสตรีตลอดการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์จะทำให้เกิด LGA 1.85 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์[20] และทำให้เส้นรอบศีรษะทารกเกินเกณฑ์ จากภาวะโภชนาการเกินที่มีการสะสมพลังงานส่วนเกิน ส่งผลให้ระดับกลูโคสและกรดไขมันอิสระในกระแสเลือดของสตรีตั้งครรภ์สูงขึ้น ซึ่งสามารถผ่านรกไปยังทารกได้โดยตรง ภาวะดังกล่าวกระตุ้นให้ทารกหลั่งฮอร์โมนอินซูลินและอินซูลินไลค์โกรทแฟกเตอร์-1 (Insulin-like Growth Factor-1; IGF-1) ในระดับสูง ซึ่งส่งเสริมการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อและสมองนำไปสู่การเพิ่มขนาดของกะโหลกและเส้นรอบศีรษะทารกมากกว่าปกติ[21]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีระบบติดตามและเฝ้าระวังน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อการเจริญเติบโตที่เหมาะสมของทารกในครรภ์ นอกจากนี้ควรเพิ่มช่องทางให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับภาวะอ้วนหรือผอมก่อนตั้งครรภ์ อาจส่งผลให้ทารกตัวเล็กหรือตัวโตได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมการจัดการน้ำหนักตัวในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อผลลัพธ์การคลอดด้านทารกที่เหมาะสม

2.2 ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อพัฒนาการทารกในช่วงขวบปีแรก

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, & Casey BM. Williams obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education;2021.
2. Kinnunen J, Nikkinen H, Keikkala E, Mustaniemi S, Gissler M, Laivuori H, et al. Gestational diabetes is associated with the risk of offspring's congenital anomalies: a register-based cohort study. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2023;23(708):1-8.
3. Srisawad K, & Sangaroon P. The role of midwifery in caring for pregnant women with intrauterine growth retardation. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(3):26-31. (in Thai).
4. Gilbert L, Gross J, Lanzi S, Quansah DY, Puder J, & Horsch A. How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: an integrative review. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2019;19(60):1-16.
5. Chanthanamongkol K. Nursing care of women with co-existing diseases during pregnancy. 2nd ed. Pathum Thani: Rangsit University Press; 2017. (in Thai).
6. Padmanabhan S, Lee VW, Mclean M, Athayde N, Lanzarone V, Khoshnow Q, et al. The association of falling insulin requirements with maternal biomarkers and placental dysfunction: a prospective study of women with preexisting diabetes in pregnancy. Diabetes Care. 2017;40(10):1323-30.
7. Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, et al. IDF Diabetes Atlas Committee Hyperglycaemia in Pregnancy Special Interest Group. IDF Diabetes Atlas: Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's criteria. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022;183(109050):1-7.
8. Phattanachindakun B, Watananirun K, & Boriboonhirunsarn D. Early universal screening of gestational diabetes in a university hospital in Thailand. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2022;42(6):2001–7. (in Thai).
9. Thasala Hospital, Medical Record Unit. Medical record report, 2024. Nakhon Si Thammarat: Thasala Hospital; 2024. (in Thai).
10. McElwain CJ, Tuboly E, McCarthy FP, & McCarthy CM. Mechanisms of endothelial dysfunction in pre-eclampsia and gestational diabetes mellitus: windows into future cardiometabolic health? Front Endocrinol (Lausanne). 2020;11(655): 1-19.
11. Sun H, Mao J, Su X, & Du Q. Impact of spontaneous abortion history and induced abortion history on perinatal outcomes of singleton pregnancies. BioMed Central Public Health. 2023;23(2360): 1-10.
12. Hu H, Feng P, Yu Q, Zhu W, Xu H, Wu D, et al. The mediating role of gestational diabetes mellitus in the associations of maternal prepregnancy body mass index with neonatal birth weight. Journal of Diabetes. 2022;14(1):26-33.
13. Reed J, Case S, & Rijhsinghani A. Maternal obesity: perinatal implications. SAGE Open Medicine. 2023;11:1-10.
14. Champion ML, & Harper LM. Gestational weight gain: update on outcomes and interventions. Current Diabetes Reports. 2020;20(11):1-11.

15. Buranasak J, Hungsawanus P, Raiva W, Pungbangkadee R, & Khadking N. The effects of a health promotion program for teenage pregnancy on total gestational weight gain and infant birth weight. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):434-42. (in Thai).
16. Waleetorncheepsawat N, Phattanchindakun B, & Boriboonhirunsarn D. Association between gestational weight gain and small for gestational age in underweight pregnant women. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2022;30(4):376-84.
17. Liao Q, Yu T, Chen J, Zheng X, Zheng L, & Yan J. Relationship between maternal pre-pregnancy BMI and neonatal birth weight in pregnancies with gestational diabetes mellitus: a retrospective cohort study. Front Med (Lausanne). 2025;11(1478907):01-07.
18. Zheng QX, Wang HW, Jiang XM, Lin Y, Liu GH, Pan M, et al. Prepregnancy body mass index and gestational weight gain are associated with maternal and infant adverse outcomes in Chinese women with gestational diabetes. Scientific Reports. 2022;12(2749):1-10.
19. Liu L, Ma Y, Wang N, Lin W, Liu Y, & Wen D. Maternal body mass index and risk of neonatal adverse outcomes in China: a systematic review and meta-analysis. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2019;19(105): 1-12.
20. Shi, P, Liu, A, & Yin, X. Association between gestational weight gain in women with gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. BioMed Central Pregnancy Childbirth. 2021;21(508):1-9.
21. Catalano PM, & Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. British Medical Journal. 2017;356(j1): 1-21.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด

Effect of the Individual and Family Self-Management Program on Health-Related Quality of Life Among Adolescents with Transfusion Dependent Thalassemia

สุพรรณี หลวงจันทร์[1] จุฑารัตน์ มีสุขโข*[2] ศรีมนา นิยมค้า[2]
Suphannee Luangchan[1] Jutarat Meesukko*[2] Srimana Niyomkar[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม ประเทศไทย 73000
[1]Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 32 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของไรอันและซาวิน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคธาลัสซีเมียเมียชนิดพึ่งพาเลือดผ่านการตรวจความเชื่อมั่น โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .89 และมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .77 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคลากรพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด, วัยรุ่น

Abstract

This quasi-experimental design aimed to study the effects of the individual and family self-management program on health-related quality of life among adolescents with transfusion dependent thalassemia. The sample were 32 adolescents aged between 15-19 years old. Purposive sampling was used to choose the sample population, which was divided into experimental and control groups, each consisting of 16 participants. The research instruments for experimental activity included the self-management program for individuals and

Corresponding Author: *E-mail address: jutarat.m@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 10 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Received) 4 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 15 ส.ค. 2568

families, which was developed by the researcher and based on Ryan and Sawin's approach for eight-week training. The instruments for collecting data were 1) a general information questionnaire; 2) a transfusion-dependent quality of life questionnaire which wase test for reliability using the Cronbach's alpha coefficient with a value of .89 and a validity of .77. The data were analyzed including frequency, percentages, mean, standard deviation and t-test statistics.

The results showed that the mean score for health-related quality of life among experimental group after using the Individual and Family Self-Management Program was statistically significantly higher than before using the program and statistically significantly higher than control group ($p<.05$). These findings suggest that nursing teams can implement the Self-Management Program to promote the health-related quality of life to be continuously at home for adolescents with transfusion dependent thalassemia.

Keywords : Self-management, Health-related quality of life, Transfusion dependent thalassemia, Adolescents

บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดทั่วโลกประมาณร้อยละ 1-5 ของประชากรโลกเป็นพาหะธาลัสซีเมีย[1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยชนิดอัลฟ่าธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 20-30 และชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย ร้อยละ 3-9[2] ปัจจุบันประเทศไทยใช้แนวทางการดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของสมาพันธ์นานาชาติ ตามความรุนแรงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรคธาลัสซีเมียที่ไม่พึ่งพาเลือด มีอาการซีดเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องรับเลือดเป็นประจำ และ 2) โรคธาลัสซีเมียที่พึ่งพาเลือด มีอาการซีดมาก ต้องได้รับเลือดเป็นประจำทุก 2-5 สัปดาห์ เพื่อรักษาระดับของฮีโมโกลบินในเลือด เด็กจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการใกล้เคียงปกติ[3]

โรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด (transfusion dependent thalassemia, TDT) ส่งผลกระทบต่อเด็กวัยรุ่นทั้งจากพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จากพยาธิสภาพของโรคในด้านร่างกาย มีเม็ดเลือดแดงขนาดเล็กแตกง่าย อายุสั้น ทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายลดลง[4] เกิดภาวะซีดเรื้อรังและภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ร่างกายจะสร้างเม็ดเลือดนอกไขกระดูกทดแทน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้าที่ผิดรูปแบบถาวร[5] ส่งผลต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ในช่วงวัยรุ่นที่ให้ความสนใจกับรูปร่างหน้าตา[6] ผลกระทบด้านจิตใจ เด็กวัยรุ่นเกิดความรู้สึกผิดหวังจากร่างกายไม่เป็นตามที่ต้องการ อายเพื่อน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ มีความกังวล หมดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน[7] และผลกระทบด้านสังคม พบว่าในเด็กวัยรุ่นโรคเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ ขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อน และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก[8] และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะเหล็กเกินและภาวะติดเชื้อ สาเหตุของการติดเชื้อที่พบบ่อย เนื่องจากได้รับเลือดอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของจำนวนและการทำงานของเม็ดเลือดขาว ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และภาวะเหล็กเกินสาเหตุจากได้รับธาตุเหล็กจากเลือดและมีการดูดซึมเพิ่มขึ้นจากระบบทางเดินอาหาร ร่างกายสะสมธาตุเหล็ก เกิดเป็นสารอนุมูลอิสระซึ่งมีคุณสมบัติทำลายเนื้อเยื่อในอวัยวะของร่างกาย[4] ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นกลุ่มนี้

ที่ผ่านมาพบหลายการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกี่ยวกับการให้ความรู้ การเผชิญปัญหา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่พบข้อจำกัดสำคัญคือ ยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว[9,10] และถึงแม้จะมีหลายการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย แต่ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง[11,12] ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมามีกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างของอายุและรูปแบบโปรแกรมไม่เจาะจงช่วงวัย ซึ่งมีความแตกต่างของพัฒนาการ โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นวัยที่มีพัฒนาการสำคัญทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม สามารถคิดอย่างมีเหตุผลแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่หลากหลาย[13] ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[14] (Individual and Family Self-Management Theory) เชื่อว่าครอบครัวเป็นหน่วย

เดียวกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัว และมีการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ โรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดส่งผลกระทบหลายด้านในเด็กวัยรุ่น ดังนั้นการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นและการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอาจทำให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัว

โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของไรอันและซาวิน[14] 3 มิติดังนี้ 1) มิติบริบท เป็นการสะท้อนให้เห็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผ่านกิจกรรมค้นหาปัจจัย 2) มิติด้านกระบวนการ โดยการสะท้อนคิดให้เห็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ร่วมกับการให้ความรู้ ข้อมูลจริงและความเชื่อแก่เด็กวัยรุ่นและผู้ดูแล ผ่านการใช้ตัวแบบในสื่อที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ โดยการบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเองและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ติดตามเยี่ยมผ่านวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ[15] โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอันและซาวิน[14] ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ใน 3 มิติหลัก คือ 1) มิติบริบท (context dimension) ร่วมกันค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่ส่งผลกระทบจากโรคต่อการใช้ชีวิตและสะท้อนให้เห็นปัญหา อุปสรรคในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลที่ผ่านมา 2) มิติกระบวนการ (process dimension) โดยการให้ความรู้ความเชื่อ (knowledge & belief) เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ ผ่านคู่มือการจัดการตนเองในแอปพลิเคชันไลน์ ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับพฤติกรรมผ่านการชมวิดีโอตัวแบบ และเสริมทักษะความสามารถในการกำกับตนเอง (self-regulation) ผ่านการจดบันทึก ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลควบคุมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และการแนะนำแหล่งประโยชน์และทีมสุขภาพ (social facilitation) สนับสนุนแหล่งข้อมูลความรู้ หรือขอความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และส่งข้อความกระตุ้นการปฏิบัติกิจกรรมและส่งกำลังใจ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและความมั่นใจ อันเป็นแรงจูงใจที่ดีในการเปลี่ยนแปลง 3) มิติด้านผลลัพธ์ (outcome dimension) เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและต่อเนื่อง นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึง มกราคม 2568

ประชากร คือ เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียทั้งชายและหญิง ที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด อายุ 15-19 ปี ในโรงพยาบาลภาคเหนือ 2 แห่ง

แผนกผู้ป่วยนอก คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำปาง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและเข้าร่วมโปรแกรมได้ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลและเด็กวัยรุ่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ดูแลหรือเด็กวัยรุ่นมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ และมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้เป็นส่วนตัว แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ และไม่มีโรคประจำตัวร่วมที่อาจเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ทดสอบด้วยสถิติที (t-test) โดยทั้งสองกลุ่มมีอิสระต่อกัน ชนิดหนึ่งทาง กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.5 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power ในการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ (2567-FULL005) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (FAC-NUR-2567-0203) เมื่อ 10 เมษายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำปาง เมื่อ 24 ตุลาคม 2567 (EC-136/67) หลังผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและบริการอื่น ๆ จากโรงพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ-สกุลที่จะเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้ในตู้เหล็กที่มีกุญแจล็อค นำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของเด็กวัยรุ่น ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด16 (Transfusion-dependent quality of life; TranQoL) จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน แต่ละข้อมีคะแนน 5 ระดับ คะแนนรวม 0-112 คะแนน แปลผลคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง และนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับเด็กวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .89 และความเที่ยงตรงของแบบสอบถามต้นฉบับเท่ากับ .77

3. โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของไรอันและซาวิน[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ[9,10] จัดกิจกรรม 8 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ เป็นรายครอบครัวที่ห้องประชุมของคลินิกโรคเลือด 2 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 และ 8 ติดตามผ่านวิดีโอคอลแอปพลิเคชันไลน์ 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที สัปดาห์ที่ 2 ถึง 7 มี 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ เกมส์ตอบคำถาม, เป้าหมายสุขภาพ และพบตัวแบบ ครอบคลุมมิติบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติความเห็นชอบการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ชี้แจงขอความร่วมมือลงนามหนังสือความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ให้เด็กวัยรุ่นตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคธาลัสซีเมีย

ชนิดพึ่งพาเลือด สัปดาห์ที่ 2 ถึง 7 มาพบแพทย์ตามนัดและได้รับการพยาบาลตามปกติ สัปดาห์ที่ 8 เด็กวัยรุ่นตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดโครงการวิจัย กล่าวขอบคุณ มอบของที่ระลึกและ QR code ของโปรแกรมให้เด็กวัยรุ่นและผู้ดูแล

2. ดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ให้เด็กวัยรุ่นตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด จากนั้นให้เด็กและผู้ดูแลร่วมกันตอบคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเอง เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน ร่วมกันตั้งเป้าหมายและบันทึกลงในสมุด ให้เด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลเข้าร่วมบัญชีไลน์ และใช้ริชเมนูบาร์ เพื่อศึกษาคู่มือการจัดการตนเองและชมวิดีโอตัวแบบ ก่อนการพบกันในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองผ่านสมุดบันทึก ให้เด็กและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสรุปประเด็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองของตัวแบบ

สัปดาห์ที่ 3 ให้เด็กและผู้ดูแลร่วมกันทบทวนเป้าหมาย สะท้อนปัญหาและการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยส่งเสริมให้กำลังใจ ให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรม และแนะนำแหล่งประโยชน์และทีมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 4 ถึง 6 ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าการปฏิบัติการจัดการตนเองผ่านสมุดบันทึก สอบถามปัญหาและให้กำลังใจ ให้เกิดความมั่นใจ และสนับสนุนข้อมูลเพิ่มเติมผ่านคู่มือ ผู้วิจัยบรอดแคสต์ข้อความกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ หรือโรงเรียน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ตามปัญหาที่พบของแต่ละครอบครัว ให้เด็กวัยรุ่นหรือผู้ดูแลบันทึกภาพหรือวิดีโอ อย่างน้อย 1 กิจกรรม ส่งบัญชีไลน์ทางการของโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยติดตามประเมินความก้าวหน้าและสรุปการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง สอบถามปัญหาและอุปสรรค และส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหากพบปัญหาที่เกินศักยภาพในการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 8 ให้เด็กวัยรุ่นตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดโครงการวิจัยและกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านและคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดและผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปเด็กวัยรุ่นกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงและชายในสัดส่วนที่เท่ากัน อายุเฉลี่ย 16.37 ปี (S.D. = 1.36) การศึกษาอยู่ในระดับ ปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 50 และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 14.62 ปี (S.D. = 1.70) และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 16.75 ปี (S.D. = 1.57) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 68.75 และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 15.18 ปี (S.D. = 3.44)

ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลกลุ่มทดลอง พบว่า มีอายุ 36-60 ปี อายุเฉลี่ย 45.31 ปี (S.D. = 7.93) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม พบว่า มีอายุ 34-57 ปี อายุเฉลี่ย 42.68 ปี (S.D. = 6.93) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.75 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและปวช./ปวส./อนุปริญญาในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 31.25 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 และผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 62.5 และความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา ร้อยละ 87.5

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง (n=16)		หลังการทดลอง (n=16)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนรวม	66.46	9.52	74.83	10.40	2.61	.010
คะแนนรายด้าน						
ด้านร่างกาย	63.54	11.73	74.21	11.60	2.66	.009
ด้านอารมณ์	64.23	14.90	74.65	12.54	2.52	.012
ด้านครอบครัว	68.05	12.04	75.17	10.06	1.92	.037
ด้านโรงเรียน	72.26	12.90	76.56	14.34	.82	.210

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย อารมณ์ ครอบครัวมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) พบเพียงด้านโรงเรียนที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	66.46	9.52	66.96	12.20	.13	.449
หลังการทดลอง	74.83	10.40	68.24	10.55	1.77	.043

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นทุกด้าน เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อารมณ์ และโรงเรียนมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) พบเพียงด้านโรงเรียนที่คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) การมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากผล การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการตนเองสามารถช่วยเพิ่มผลลัพท์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี[17] อธิบายได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่น โดยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร[18] เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถจัดการภาวะสุขภาพได้เหมาะสมกับโรค ในด้านอารมณ์ครอบครัวเป็นกำลังใจและแรงสนับสนุน[19] คอยรับฟัง มีความเห็นอกเห็นใจ อันเป็นการสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง[18] ด้านข้อมูลข่าวสาร ครอบครัวที่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะสามารถตัดสินใจให้เด็กได้รับการดูแล

อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามเป้าหมายการรักษา[20] และด้านทรัพยากรในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายและยานพาหนะ การสนับสนุนที่เหมาะสมเพียงพอช่วยให้การรักษาต่อเนื่อง สามารถพึ่งพาตนเองและมีกำลังใจในการทำกิจกรรม[18] นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีรายได้และระดับการศึกษาที่สูง จะทำให้แสดงบทบาทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น[21] สอดคล้องกับผลวิจัยครั้งนี้ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดามีความผูกพันใกล้ชิดกับเด็กตั้งแต่แรกเกิด มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่ารายได้ขั้นต่ำ

การศึกษาครั้งนี้ออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมให้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ตั้งแต่การรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงปัจจัยป้องกัน เพื่อค้นหาปัจจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเอง และสะท้อนให้เห็นถึงสิ่งผลักดันหรืออุปสรรคของบุคคลและครอบครัวในการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้เด็กวัยรุ่นและครอบครัวเกิดความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษา เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทัศนคติเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยทัศนคติที่ดีจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติสิ่งนั้นได้[22] และกิจกรรมให้ความรู้ ความเชื่อที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการรับรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยม และเป็นส่วนสำคัญในการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง[23] นอกจากนี้โปรแกรมยังส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านวิดีโอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทำให้มีแรงจูงใจที่ดีและเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งวัยรุ่นจะพัฒนาความมั่นใจในตนเอง เรียนรู้พฤติกรรมที่เหมาะสม รู้จักบทบาทและความรับผิดชอบ รวมถึงต้องการกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามความคิดของตนเอง การที่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองจะนำไปสู่การพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน[24] ดังนั้นเมื่อเด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลมีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง จึงนำไปสู่การฝึกทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คิดพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนเองเกี่ยวกับการจัดการตนเอง รวมทั้งหาแนวทางแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด การฝึกทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเองโดยให้เด็กวัยรุ่นและผู้ดูแลได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายสุขภาพ ติดตามตนเองและการสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมาร่วมกันวางแผน ทำให้เด็กวัยรุ่นได้คิด ตัดสินใจเลือก ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติเพื่อให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการจัดการตนเองอย่างถูกต้อง ผ่านการจดในสมุดบันทึกการจัดการตนเอง เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งการกำกับตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ นำมาซึ่งการกระทำอย่างต่อเนื่อง[25] นอกจากนี้ได้ติดตามการใช้สมุดบันทึกผ่านวิดีโอคอลในแอปพลิเคชันไลน์ทุกสัปดาห์ พูดคุยชื่นชมให้กำลังใจ แนะนำการแก้ไขปัญหาและสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อเน้นย้ำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน ทำให้เด็กวัยรุ่นเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองในโปรแกรมได้พัฒนาโปรแกรมในรูปแบบสื่อออนไลน์ มีความสะดวกรวดเร็วต่อการใช้งาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้และสามารถปรับข้อมูลให้มีความทันสมัยได้ตลอดเวลา สื่อในรูปแบบออนไลน์เป็นสื่อที่นิยมใช้ในเด็กวัยรุ่นจึงเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล[17] และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสะดวกและรวดเร็วเพิ่มขึ้น[26]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคคลากรพยาบาลสามารถใช้โปรแกรมส่งเสริมให้เด็กวัยรุ่นสามารถจัดการตนเองให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถแนะนำและสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

References

1. Motta I, Bou-Fakhredin R, Taher AT, & Cappellini MD. Beta Thalassemia: New Therapeutic Options Beyond Transfusion and Iron Chelation. Drugs. 2020;80(11):1053-63.
2. Paiboonsukwong K, Jopang Y, Winichagoon P, & Fucharoen S. Thalassemia in Thailand. Hemoglobin. 2022;46(1):53-7.
3. Jetsrisuparp A, & Meekaewkunchorn A. Guidelines for the care of thalassemia patients. In: Buakhao J editor. Guidelines for the care of thalassemia patients in general practice. 1st ed. Bangkok: WVO Office of Printing Mill; 2017. 25-39. (in Thai)
4. Torcharus K, & Charoenkwan P, editors. Guidelines for the Management of Anemia. Bangkok: Numaungsornkanpim; 2020. (in Thai)
5. Punriddum J, Sanasuttipun W, & Sangperm P, Factors related to body image of adolescents with thalassemia. Journal of Nursing Science. 2018;36(1):57-72. (in Thai)
6. Toselli S, Grigoletto A, Zaccagni L, Rinaldo N, Badicu G, Grosz WR, et al. Body image perception and body composition in early adolescents: a longitudinal study of an Italian cohort. BioMed Central Public Health. 2021;21(1):1-13
7. Naderi M, Raghibi M, Nesheli HM, Mirbod E S, & Yaghoubi S. A comparative study of body image in adolescents with beta-thalassemia major and healthy individuals. Caspian Journal of Pediatrics. 2021;7(1):502-8.
8. Elzaree FA, Shehata MA, El Wakeel MA, El-Alameey IR, AbuShady MM, & Helal SI. Adaptive Functioning and Psychosocial Problems in Children with Beta Thalassemia Major. Open access Macedonian journal of medical sciences. 2018;6(12), 2337-41.
9. Kavitha K, & Padmaja A. Effectiveness of SCOPE programme on health-related quality of life and health status of thalassemic children: A pilot study. International Journal of Health Sciences and Research. 2019;9(8):282-6.
10. Dehnoalian A, Dehkordi SM, Alaviani M, Motamedi Z, Ahmadpour S, & Banan-Sharifi M. The impact of educational counseling program on quality of life of thalassemia patients. Jundishapur Journal of Ch ronic Disease Care. 2017;6(4):1-7.
11. Yousafzai YM, Roghani A, Khan N, Shah I, Khan S, & Taj AS. Quality of life and its determinants in transfusion dependent thalassemia. Pakistan Journal of Physiology. 2018;14(3):64-7.
12. Puntuwong P. Quality of Life in Children with Transfusion-Dependent Thalassemia Among Network in Thungsong Hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2023;6(2):90-101. (in Thai)
13. Piaget J. The theory of stages in cognitive development. New York: Mc Graw-Hill; 1969.
14. Ryan P, & Sawin K. The individual and family self-management theory: Background and perspective on context, process and outcomes. Nursing Outlook. 2009;57(4):217-25.
15. 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.
16. Klaassen RJ, Barrowman N, Merelles-Pulcini M, Vichinsky EP, Sweeters N, Kirby-Allen M, et al. Validation and reliability of a disease-specific quality of life measure (the TranQol) in adults and children with thalassaemia major. British journal of haematology. 2014;164(3):431-7.

17. Sezer HK, Küçükoğlu S, & Canbal A. The effectiveness of an individual and family self-management theory-based education program given for adolescents with epilepsy and parents: randomized controlled trial. Journal of Pediatric Nursing. 2024;79(6):171-80.
18. Sridan W, Wongjumpa S, & Chaitontheng C. The Current Role of Nurses inSocial Support among Thalassemic Adolescents. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2021;5(2):1-11. (in Thai)
19. Trirapaiwong Y, & Booranarek S. The role of nurses in promoting family resilience of children with chronic illness. Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi Health Science Research Journal. 2024;18(1):156-66. (in Thai)
20. Sutthisompohn S, & Kusol K. Caregivers of Children with Chronic Illnesses:A Systematic Review on Family Management. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021;9(1):81-93. (in Thai)
21. Fatkuriyah L, & Hidayati A. Factors Related to quality of life Among Children with Thalasse-mia Major: A Literature Review. Nurse and Health: Jurnal Keperawatan. 2022;11(1): 47-56.
22. Rokeach M. Beliefs, Attitudes and Values. San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1970.
23. Rujichayagoon S. The Effect of Education Program on Knowledge, Self-Care Behavior and Quality of Life in Asthma Patient at Phanomphrai Hospital, Roi Et province. Journal of Research and Health Innovative Development. 2021;2(1):91-7. (in Thai)
24. Erikson E. Childhood and society. 2nd ed. (Revised & Enlarged). New York: W.W Norton; 1993.
25. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
26. Kankad B, Mesukko J, & Niyomkar S. Effects of a Smartphone Application for Children and Family Self-Management on Eating and Physical Activity Behaviors Among Overweight Late School-Aged Children. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):140-8. (in Thai)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล

Development of Nursing Practice Guidelines for Critically Ill or Occluded Cerebrovascular Disease Patients at Satun Hospital

จินตนา เรืองหิรัญ* ประกอบ ทองจิบ เนตรนภา เทพชนะ ขัตติยา เสมอภพ กุลธลีย์ ชายเกตุ
Chintana Rueanghiran* Prakob Thongchib Netnapa thepchana khattiya samerpop Kuntalee Chaikate
โรงพยาบาลสตูล สตูล ประเทศไทย 91000
Satun Hospital Satun Thailand 91000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล 2) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล และ3) เพื่อประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตจำนวน 50 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินทักษะการพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ผลการวิจัย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ระยะ 24-48 ชั่วโมง และ ระยะ 48-72 ชั่วโมง 2) คะแนนความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 3) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 92 4) ความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯอยู่ในระดับดีมาก 5) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ อยู่ในระดับ ดีมากและ 6) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยลดลง

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, ผู้ป่วยระยะวิกฤต

Abstract

This research and development study aimed to (1) examine the current situation of care for critically ill or occluded cerebrovascular disease patients at Satun Hospital (2) develop nursing practice guidelines for the care of critically ill or occluded cerebrovascular disease patients at Satun Hospital and (3) evaluate the effectiveness of the developed guidelines. The study samples included 50 patients diagnosed with critically ill or occluded cerebrovascular disease patients at Satun Hospital and 50 registered nurses, selected through purposive sampling. The research tools consisted of 1) focus group discussion questions, 2) nursing practice guidelines developed by the researcher. Data were collected using a knowledge and understanding test for

Corresponding Author: *Email: kanyawas2509@gmail.com

วันที่รับ (received) 23 ก.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 10 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 21 ธ.ค.2568

patient care, a nursing skills assessment form, a questionnaire on professional nurses opinions and satisfaction, a patient satisfaction assessment form, and a patient complication record form. The instruments were piloted and reliability was determined. The study results revealed that 1) the nursing practice guidelines consisted of patient care protocols during the first 24 hours, 24–48 hours, and 48–72 hours 2) The knowledge and understanding scores of patient care after using the developed nursing practice guidelines were significantly higher than before using the guidelines ($p<.05$) 3) 92 percent of professional nurses followed the developed practice guidelines. 4) The opinions and satisfaction of professional nurses towards the use of the guidelines were at a very good level. 5) The satisfaction of patients and their relatives towards the use of the guidelines was at a very good level. 6) The complications of patients were reduced.

Keywords: Nursing practice guidelines, cerebrovascular disease patients, critically ill

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ ส่งผลให้เซลล์สมองขาดออกซิเจนและสารอาหารที่จำเป็นต่อการทำงาน ภาวะนี้อาจเกิดความเสียหายต่อสมองอย่างรวดเร็วและส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว พูด หรือการรับรู้ของผู้ป่วย ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของหลอดเลือดที่ได้รับผลกระทบ[1] สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 100 ล้านคนต่อปี มีผู้เสียชีวิตและพิการถาวรปีละประมาณ 5 ล้านคน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ 2 ใน 3 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง[2] ในประเทศไทยผู้ป่วยสะสมจำนวนกว่า 358,000 รายและมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 39,000 รายต่อปี[3] ขณะที่อุบัติการณ์โรคเพิ่มสูงขึ้นในหลายเขตสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ[3] ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นในทุกระดับ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ในระดับบุคคล ผู้ป่วยอาจฟื้นตัวช้า เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อปอดหรือทางเดินปัสสาวะ และเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระดับครอบครัว ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระการดูแลเกือบตลอด 24 ชั่วโมง เสี่ยงต่อความเครียด ความเหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพของตนเอง ขณะที่ระดับสังคม การรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ[4]

โรงพยาบาลสตูล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปีงบประมาณ 2565–2567 พบผู้ป่วยรวมกว่า 3,000 ราย มีผู้เสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนสูง โดยเฉพาะในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหลังเกิดโรค ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดสมองบวม ความดันในกะโหลกศีรษะสูง การสำลักทำให้เกิดปอดบวม และลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผลลัพธ์การรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตนี้ที่ผ่านมามักจะใช้ความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคลร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติทางการแพทย์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐานโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญร่วมกับการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย[5] เพื่อเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤต เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP), ภาวะสมองบวม (cerebral edema) ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia), และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) เป็นต้น รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการระยะยาว[6,7] แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีมาตรฐาน ยังช่วยให้การฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวและสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการปฏิบัติงานอย่างมั่นใจและปลอดภัย การศึกษาและพัฒนาแนวทางดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตอย่างยั่งยืน[8]

ดังนั้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตในช่วง 72 ชั่วโมงแรก โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะช่วยยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นระบบเดียวกัน ลดความสับสนของการดูแลจากความรู้และประสบการณ์ส่วนบุคคล เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตลอดจนสนับสนุนระบบคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและการรับรองคุณภาพ ผ่านการกำหนดกระบวนการดูแลที่ชัดเจน ตัวชี้วัดที่ตรวจสอบได้ และการทบทวนปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะวิกฤตมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตโรงพยาบาลสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Joanna Briggs Institute[9] (JBI) โดยเริ่มจากการระบุปัญหาการพยาบาลและกำหนดคำถามวิจัยเชิงประจักษ์ (PICO) จากนั้นจึงค้นหา ทบทวน และสังเคราะห์หลักฐานที่มีคุณภาพสูง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เมื่อนำไปใช้จริงจะมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ทั้งในระดับผู้ป่วย บุคลากร และระบบบริการ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะย้อนกลับไปสู่การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ร่วมกับการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย[5] (Roy Adaptation Model) เพื่อวิเคราะห์การตอบสนองของผู้ป่วยใน 4 โหมดการปรับตัว ได้แก่ มิติการปรับตัวด้านสรีรวิทยา มิติการปรับตัวด้านการพึ่งพา-ความเป็นอิสระ มิติการปรับตัวด้านบทบาทการทำหน้าที่ และมิติการปรับตัวด้านอัตลักษณ์การรับรู้ แนวปฏิบัติที่ได้จึงเป็นการบูรณาการทั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์ และ ทฤษฎีการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยในระยะวิกฤต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568-กันยายน 2568 โดยขั้นตอนการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต เดือนมีนาคม โดยศึกษาปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย พบว่าหอผู้ป่วยข้างต้นยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่ชัดเจนและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่อยู่ในดุลยพินิจและประสบการณ์ของพยาบาลผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตโดย ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ JBI (Joanna Briggs Institute) โดยเริ่มจากการระบุปัญหาการพยาบาลและกำหนดคำถามวิจัยเชิงประจักษ์ (PICO) จากนั้นจึงค้นหา ทบทวน และสังเคราะห์หลักฐานที่มีคุณภาพสูง เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล เดือนเมษายน-พฤษภาคมโดยทำการสืบค้นงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ ตั้งแต่ปี 2556-2565 ตามกรอบของ PICO ดังนี้ P (population) คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต I (Intervention) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต C (Comparison) คือ การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และ O (Outcome) คือ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตลดลง ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติ สมรรถนะและความคิดเห็นของพยาบาล จากนั้นคัดเลือกหลักฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ นำมาประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยของ JBI (Joanna

Briggs Institute) ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 42 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐาน Level 1 จำนวน 10 เรื่อง Level 2 จำนวน 8 เรื่อง Level 3 จำนวน 9 เรื่อง Level 4 จำนวน 10 เรื่อง Level 5 จำนวน 5 เรื่อง แล้วนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯร่วมกับการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) เพื่อวิเคราะห์การตอบสนองของผู้ป่วยใน 4 โหมดการปรับตัว ได้แก่ มิติการปรับตัวด้านสรีรวิทยา มิติการปรับตัวด้านการพึ่งพา-ความเป็นอิสระ มิติการปรับตัวด้านบทบาทการทำหน้าที่ และมิติการปรับตัวด้านอัตลักษณ์การรับรู้ แนวปฏิบัติที่ได้จึงเป็นการบูรณาการทั้ง หลักฐานเชิงประจักษ์ และ ทฤษฎีการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยในระยะวิกฤต5

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นเดือนมิถุนายน-สิงหาคม เมื่อได้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ แล้วทำการตรวจสอบความตรงของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ท่าน พิจารณา ความถูกต้องทั้งเนื้อหาขั้นตอนการปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยและพยาบาล ใน 5 หอผู้ป่วยได้แก่หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

ระยะที่ 4 การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่พัฒนาขึ้นเดือนกันยายน เป็นระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาม เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผ่านกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยและคณะดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และวัดผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามในประเด็นที่สงสัยและปัญหาอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต และกลุ่มผู้ป่วยประกอบด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บริหารระดับต้นทั้งหมดในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย จำนวน 10 คน วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โรงพยาบาลเบตงและสุไหงโกลก จำนวน 20 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตจำนวน 20 คน ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯเพื่อทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 และ 4 ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 50 ราย เกณฑ์การคัดเข้า คือ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตจำนวน 50 ราย ใน 5 หอผู้ป่วยได้แก่หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 3 วัน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power โดยการกำหนดค่า Power Analysis กำหนดค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ Standard effect size เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ซึ่งผู้วิจัยและทีม

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการดำเนินการวิจัย

2. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบถูก-ผิด จำนวน 20 ข้อ

2. แบบประเมินทักษะการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ ปฏิบัติ-ไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 ระยะ รวมทั้งหมด 20 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ 5=ความพึงพอใจมากที่สุด 4=ความพึงพอใจมาก 3=ความพึงพอปานกลาง 2=ความพึงพอน้อย 1=ไม่พึงพอใจ

4. แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ 5 ระดับ5=เห็นด้วยและพึงพอใจอย่างยิ่ง 4=เห็นด้วยและพึงพอใจ 3=เฉย ๆ 2=ไม่เห็นด้วยและไม่พึงพอใจ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งและไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง

5. แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ มีภาวะแทรกซ้อน-ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ได้รับการตรวจสอบความตรงความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน อายุรแพทย์ชำนาญการพิเศษด้านโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต 2) แบบประเมินทักษะการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต 4) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต 5) แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index) 0.86, 0.92, 0.84 , 0.90 และ0.82 ตามลำดับ นำเครื่องมือทั้ง 5 ชุด มาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดสอบกับผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เครื่องมือชุดที่ 1, 2, 5 หาค่าความเที่ยงโดยการใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยง 0.72, 0.73 และ 0.70 ตามลำดับเครื่องมือชุดที่ 3, 4 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสตูล เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2568 เอกสารเลขที่ ST-EC 001/68 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนด โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแต่อย่างใด และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้อ่านแบบคำชี้แจงและลงนามยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 10 คน โดยสนทนาในประเด็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ที่มีอยู่เดิม และโอกาสพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

2. ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณภาพงานวิจัย นำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสตูล ทบทวนและวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันที่โรงพยาบาลเบตงและสุไหงโกลก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 20 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินทักษะการพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

3. ระยะนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองจริงใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 50 คน โดยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น เพื่อทำความเข้าใจกับพยาบาลทุกคนให้เป็นแนวทางเดียวกัน 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต จำนวน 50 คน โดยให้การบริการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น

4. ระยะที่ 4 การประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผ่านกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยและคณะดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และวัดผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้แนวปฏิบัติฯในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามในประเด็นที่สงสัยและปัญหาอุปสรรคจากการใช้แนวปฏิบัติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินทักษะการพยาบาล แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ระยะที่ 2- ระยะที่ 4 หาค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล

จากการศึกษาสถานการณ์ พบว่า “หอผู้ป่วยข้างต้นยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตที่ชัดเจน และไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนใหญ่อยู่ในดุลยพินิจและประสบการณ์ของพยาบาลผู้ดูแล โดยจะให้การพยาบาลตามความรู้ความสามารถและจากประสบการณ์เดิม จึงเห็นสมควรให้ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต” “และสิ่งที่อยากให้พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ดังนี้คือ การประเมินและเฝ้าระวังอาการ การดูแลด้านการหายใจและระบบไหลเวียน การจัดการรักษาเฉพาะโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านโภชนาการและขับถ่าย การสนับสนุนด้านจิตใจและครอบครัว การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการฟื้นฟูและการจำหน่าย ส่วนการป้องภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) รวมถึงลดความพิการและปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ”

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 24 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย เน้นการป้องกันอาการรุนแรงขึ้นหรือการเกิดเลือดออกในสมองบริเวณที่เกิดเนื้อตายเนื่องจากขาดการไหลเวียนของเลือดโดยการประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที การบริหารยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา รวมถึงการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) โดยการประเมินและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ระยะที่ 2 24 - 48 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) รวมถึงลดความพิการ

ระยะที่ 3 48 -72 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย เน้นการสอนผู้ป่วยและญาติในการฝึกการกลืนและบริหารลิ้น ริมฝีปาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก กระตุ้นให้สามารถกลับมารับประทานอาหาร และแข็งแรงได้ดังเดิม

3. ประสิทธิผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล ประกอบด้วย

3.1 ด้านพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 98 มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 56 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 94 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี ร้อยละ 56

1. ความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติที (paired t test) (n=50)

ด้าน	ผลลัพธ์				t	df	P-value
	หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=50)		ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=50)				
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต	18.18	1.33	16.90	2.29	3.39	49	.001

จากตาราง 1 พบว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น (Mean=18.18, S.D.=1.33) มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Mean=16.90 ,S.D.=2.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.05$)

2. ทักษะการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จากการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ร้อยละ 92 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทักษะการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

ระยะที่	รายการ	ร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ			
		ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ		หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ	
		ปฏิบัติครบ	ปฏิบัติไม่ครบ	ปฏิบัติครบ	ปฏิบัติไม่ครบ
1	24 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย	74	26	96	4
2	24 - 48 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย	70	30	88	12
3	48 -72 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย	69	31	93	7
	อัตลักษณ์-การรับรู้ตนเอง	59	41	91	9
	เฉลี่ยรวม	68	32	92	8

จากตาราง 2 พบว่าร้อยละการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯภายหลังหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมมากกว่า (ร้อยละ 92) ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร้อยละ 68) และร้อยละของการปฏิบัติไม่ครบภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยรวมน้อยกว่า (ร้อยละ 8) ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (ร้อยละ 32)

3. ความคิดเห็นและความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.58, S.D.= 0.53)

3.2 ด้านผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 50 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 62.4 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 56 หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 64

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤตอยู่ในระดับดีมาก (mean = 4.65, S.D.= 0.51) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต

ลำดับ	ด้านความพึงพอใจ	ระดับความคิดเห็น	
		mean	S.D.
1	ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability)	4.63	0.52
2	ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)	4.77	0.48
3	ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในแหล่งบริการ (Accommodation)	4.56	0.51
4	ความสามารถของผู้ป่วยในการเสียค่าใช้จ่าย (Affordability)	4.68	0.48
	รวม	**4.65**	**0.51**

จากตาราง 3 พบว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯอยู่ในระดับดีมากในทุกด้าน ได้แก่ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Mean=4.63, S.D.=0.52) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (Mean=4.77, S.D.=0.48) ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกในแหล่งบริการ (Mean=4.56, S.D.=0.51) และด้านความสามารถของผู้ป่วยในการเสียค่าใช้จ่าย (Mean=4.68, S.D.=0.48)

2. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยได้แก่ ภาวะความดันในกะโหลกศรีษะสูง (IICP), ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia), ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) ลดลง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 24 ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย เน้นการป้องกันอาการรุนแรงขึ้นหรือการเกิดเลือดออกในสมองบริเวณที่เกิดเนื้อตายเนื่องจากขาดการไหลเวียนของเลือด โดยการประเมินสัญญานชีพทุก 5 นาที การบริหารยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา รวมถึงการป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) โดยการประเมินและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระยะที่ 2 24 - 48 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP), ปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia), ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) และภาวะสมองบวม (cerebral edema) รวมถึงลดความพิการ และระยะที่ 3 48 -72 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย เน้นการสอนผู้ป่วยและญาติในการฝึกการกลืนและบริหารลิ้น ริมฝีปาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลืนอาหารและน้ำได้อย่างปลอดภัย ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก กระตุ้นให้สามารถกลับมารับประทานอาหาร และแข็งแรงได้ดังเดิม รวมถึงได้มีการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) เพื่อวิเคราะห์การตอบสนองของผู้ป่วยใน 4 โหมดการปรับตัว ได้แก่ มิติการปรับตัวด้านสรีรวิทยา มิติการปรับตัวด้านการพึ่งพา ความเป็นอิสระ มิติ

การปรับตัวด้านบทบาทการทำหน้าที่ และมิติการปรับตัวด้านอัตลักษณ์การรับรู้ แนวปฏิบัติที่ได้จึงเป็นการบูรณาการทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ และทฤษฎีการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยในระยะวิกฤต[5] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการทางระบบประสาทต่อเนื่อง[10,14] พยาบาลสามารถประเมินและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทต่อทีมแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็วรวดเร็ว

2. ประสิทธิผลแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต โรงพยาบาลสตูล

แนวปฏิบัติสามารถเพิ่มสมรรถนะพยาบาล หลังจากการดำเนินการวิจัย พบว่าพยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการจัดโปรแกรมให้ความรู้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ทำให้เป็นมาตรฐานปฏิบัติเดียวกัน มีความสำคัญเพราะการปฏิบัติแต่ละขั้นต้องต้องอาศัยความรู้และทักษะที่ถูกต้องจึงจะสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การร่วมมือร่วมใจการปฏิบัติตามแนวทางนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะวิกฤต ได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 11-14 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก[13,14] ผู้ป่วยกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ซับซ้อนอื่นๆ ด้วย

1.2. ด้านวิชาการ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเพื่อให้สอดคล้องครอบคลุมกับสมรรถนะที่ต้องการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและเพิ่มกลุ่มควบคุม เพื่อให้ผลการวิจัยมีระดับความน่าเชื่อถือมากขึ้น

References

1. Institute of Neurology. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guide to the care of patients with intermediate-stage neurological diseases. Bangkok.Thanapress Company Limited; 2021.
2. Greenberg SM, Zia WC, Cordonnier C, Dowlatshahi D, Francis B, Goldstein JN, et al. Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke. 2022; 53(7): 282–361.
3. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2021; 143(8): 254–743.
4. Pitthayaphong S. Situation problems and obstacles in caring for patients after stroke during the transition from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018; 11(2): 26-39. (in Thai)
5. Roy S C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model (2nd ed.). New Jersy. Prentice Hall; 1984.
6. Mishra A, Malik R, Hachiya T, Jürgenson T, Namba S, Posner DC, et al. Stroke genetics informs drug discovery and risk prediction across ancestries. Nature. 2022; 611(7934): 115-23.
7. Dharmasaroja P, & Muengtaweepengsa S. Thammasat Stroke Network. Journal Thai Stroke Society. 2019; 14(1): 14-20. (in Thai)

8. Puangchan K, & Jinawin S. Effects of Using a Nursing Practice Guidelines for the Care of AcuteThrombotic or Ischemic Stroke Patients, Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital.2020; 20(2): 1-17. (in Thai)
9. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of Evidence 2013. Australia by Solito Fine Colour Printers:The Joanna Briggs Institute; 2014.
10. Phongsa Y. Results of the development of a care model for stroke patients at Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province. Journal of the Khon Kaen Provincial Public Health Office. 2020; 2(2): 139-53. (in Thai)
11. Chuvongs S, Kaewsarn P, & Sadhitwithayanan S. The Development of Stroke Fast Track Screening and Referral Model for Patients at Central Chest Institute of Thailand. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1); 511-9. (in Thai)
12. Chantra R, Sanswau R , & Heeaksorn C. Care for Stroke Patients with a Multidisciplinary Team. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(2): 49-55. (in Thai)
13. Sanchardee S, Puangpaiboon P, & Hemchanan N. Development of nursing care model for patients with acute ischemic or occlusive stroke using the 7 Aspects Model of Care. Journal of Health Sciences. Boromarajonani College of Nursing Sanphasitthiprasong. 2022; 6(3): 1-18. (in Thai)
14. Ninlaphut T, Wangsrikun S, & Vuttanon N. Development and Implementation of a Postoperative Patient Handoff Guideline in a Postopeative Anesthesia care Unit. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 25(2): 311-20. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1

Development of a Lifestyle Promotion Model Based on Lifestyle Medicine to Prevent Hypertension of Military Personnel in the 1st Army Area

ฉัตรไชย ชูแสง*[1] ประภาเพ็ญ สุวรรณ[2]
Chatchai Choosaeng*[1] Prapapen Suwan[2]
[1]**แผนกการแพทย์ กองทัพภาคที่ 1 กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10300**
[1]Medical Affairs Section, 1st Army Area, Bangkok Thailand 10300
[2]**คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปทุมธานี ประเทศไทย 12150**
[2]Faculty of Medicine, Western University, Pathumthani Thailand 12150

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมของกำลังพลนายทหารในสังกัดกองทัพภาคที่ 1 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบฯ ดังกล่าว การวิจัยเป็นแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างกำลังพล 241 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 12 คน ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบฯ โดยอาศัยผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ระยะที่ 3: การทดลองใช้รูปแบบฯ กับกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะทดลองใช้มุ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ระดับต้นและระดับกลางของการป้องกันโรค โดยใช้การเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง และพฤติกรรมวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้นสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการลดปัจจัยเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงของการป้องกันโรค ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิต, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมวิถีชีวิต, แรงจูงใจ

Abstract

This study aimed to: (1) examine the health status and lifestyle behaviors of military personnel under the 1st Army Area; (2) develop a lifestyle promotion model based on lifestyle medicine principles to prevent hypertension; and (3) implement and evaluate the developed model. The study employed a research and development (R&D) design consisting of 3 phases: Phase 1: Situation diagnosis, quantitative data was collected

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

วันที่รับ (Received) 28 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 ธ.ค. 2568

from 241 military personnel, and qualitative data was obtained from 12 stakeholders through in-depth interviews. Phase 2: Model development, the lifestyle promotion model based on lifestyle medicine principles was developed using the findings from Phase 1 and validated by experts. Phase 3: Model implementation, the developed model was implemented with an experimental group (n = 30) and a comparison group (n = 30) for 8 weeks. Data analysis in the implementation phase focused on evaluating changes in early- and intermediate-level outcomes of disease prevention, using pre–post comparisons within groups and outcome comparisons between the experimental and comparison groups.

The results revealed that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher levels of perceived severity of hypertension, perceived susceptibility, response efficacy, and health-promoting lifestyle behaviors than before the experiment and compared with the control group ($p < .01$). Furthermore, body mass index (BMI), waist circumference, and systolic blood pressure significantly decreased ($p < .01$). These findings indicate that the developed lifestyle medicine-based model was effective in promoting health and preventing hypertension. These findings reflect a reduction in risk factors and meaningful changes in disease prevention, representing key mechanisms for the effective long-term prevention of hypertension.

Keywords: Lifestyle Promotion Model, Lifestyle Medicine, Hypertension, Lifestyle Behaviors, Motivation

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีประชากรผู้ใหญ่กว่า 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงร้อยละ 46 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว[1] ทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลกกว่า 19.8 ล้านคนต่อปี[2] ในประเทศไทย รายงานจากกรมควบคุมโรค พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 14 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักของประเทศ สาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับพฤติกรรมวิถีชีวิต (Lifestyle behaviors) ที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม[3,4] ปัจจัยเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อระดับความดันโลหิตและสมรรถภาพหัวใจโดยตรง

ในบริบทของกองทัพภาคที่ 1 กำลังพลถือเป็นกลุ่มบุคลากรที่ต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อปฏิบัติภารกิจเพื่อความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้ บริบทของกองทัพภาคที่ 1 กับภาคอื่นๆ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านรูปแบบการใช้ชีวิต ลักษณะงาน และระดับความเครียดจากภารกิจ ส่งผลให้กำลังพลในพื้นที่ดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมากยิ่งขึ้น และจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของกำลังพลในปี 2567 พบว่า ร้อยละ 65 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (BMI >25), ร้อยละ 58 มีระดับความดันโลหิตเกิน 130/85 มม. ปรอท, และร้อยละ 62 ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากำลังพลจำนวนมากอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยอาศัยหลัก “เวชศาสตร์วิถีชีวิต” (Lifestyle medicine) ซึ่งเป็นศาสตร์การแพทย์เชิงป้องกันที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ ดังกล่าว5 ซึ่งเป็นวิธีป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับบริบทเฉพาะของกำลังพลกองทัพ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะการพัฒนารูปแบบฯ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

นอกจากนี้ รูปแบบฯ ดังกล่าวมีคุณค่าและความจำเป็นต่อการเสริมสร้างสุขภาพและสมรรถภาพของกำลังพลในเชิงป้องกัน ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติภารกิจ และลดภาระด้านสุขภาพ

ขององค์กร ทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางต้นแบบในการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของกองทัพบกในอนาคตได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1 มีวัตถุประสงค์ดังนี้

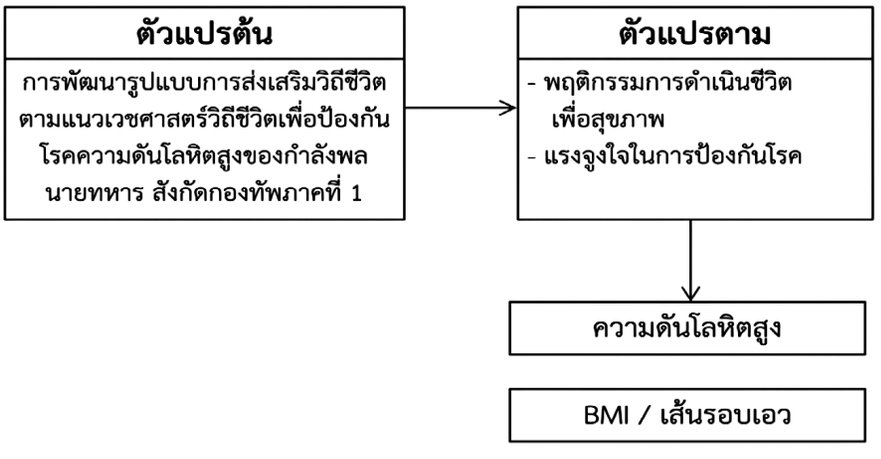
1. เพื่อพัฒนารูปแบบฯ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมวิถีชีวิตของกำลังพลนายทหารในสังกัดกองทัพภาคที่ 1
3. เพื่อพัฒนารูปแบบฯ เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหารในสังกัดกองทัพภาคที่ 1
4. ทดลองใช้และประเมินผล รูปแบบฯ เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกำลังพลนายทหารในสังกัดกองทัพภาคที่ 1

สมมติฐาน

หลังทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีวิถีชีวิต แรงจูงใจป้องกันโรค และสุขภาพดีขึ้นทั้งเมื่อเทียบกับก่อนใช้และกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ออกแบบกรอบแนวคิดส่งเสริมวิถีชีวิตแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกำลังพลกองทัพภาคที่ 1 โดยคาดว่าจะช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจในการป้องกันโรคดีขึ้น เช่น ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ผ่านกิจกรรม 8 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค อาหาร การออกกำลังกาย จัดการความเครียด ปรับความคิด สร้างวินัยในตนเอง และพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อให้สามารถนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน โดยอิงแนวคิดของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[6] แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง[7] เวชศาสตร์วิถีชีวิต[8] ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)[9] และแนวคิดการพัฒนารูปแบบฯ[10] สรุปตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) กลุ่มประชากรคือกำลังพลนายทหาร สังกัดกองทัพภาคที่ 1 อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 609 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สมัครใจตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออกผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบถ้วน การวิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ การวินิจฉัยสถานการณ์การพัฒนารูปแบบฯ และการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยทดลองใช้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และประเมินผลก่อน–หลังการทดลองด้านพฤติกรรมวิถีชีวิต แรงจูงใจในการป้องกันโรค และสถานะสุขภาพ (ความดันโลหิต BMI และเส้นรอบเอว)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568-0031 วันที่ 5 มีนาคม 2568 ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยการไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุล ที่อยู่ใดๆ ทั้งสิ้นโดยเด็ดขาด แต่จะใช้การปรับเป็นรหัส เพื่อไม่ให้มีการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือสำหรับระยะที่ 1 และระยะที่ 3

ระยะที่ 1 ระยะวินิจฉัยสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือชุดที่ 1 ชุดแบบสอบถาม (Questionnaire) โครงการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าความดันโลหิต จำนวน 11 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มี 20 ข้อ โดยผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็นระดับดี (2.34–3.00) ระดับปานกลาง (1.67–2.33) และไม่ดี (1.00–1.66)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมวิถีชีวิต (Lifestyle behaviors) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีความหมาย โดยผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น ระดับดี (2.34–3.00) ระดับปานกลาง (1.67–2.33) และไม่ดี (1.00–1.66)

เครื่องมือชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) จำนวน 12 คน เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของกำลังพลนายทหารของกองทัพภาคที่ 1 โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับโรคไร้เชื้อเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ความคิดเห็นต่อความรุนแรงของโรค กิจกรรมที่เคยจัดให้กับกลุ่มกำลังพลนายทหาร และผลสำเร็จที่ได้รับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต ความต้องการที่จะพัฒนาโครงการการป้องกัน/ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ไม่มีโครงสร้าง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินรูปแบบฯ

ใช้เครื่องมือชุดที่ 1 เช่นเดียวกับที่ใช้ในการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1

เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้รับจากโครงการพัฒนารูปแบบฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อคำถาม ซึ่งมีความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และอาจารย์นักสาธารณสุข โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกำลังพลทหารที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 ราย ในมณฑลทหารบกที่ 11 กรุงเทพมหานคร นำผลของข้อมูลมาคำนวน เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์ที่เป็นที่ยอมรับได้คือ ≥0.7011 ผลการคำนวนค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม = 0.87 ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต = 0.81 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมวิถีชีวิต = 0.88 นำเครื่องมือที่ทดลองใช้แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์จัดพิมพ์ฉบับสมบูรณ์ และนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพและพฤติกรรมวิถีชีวิตของกำลังพล

การศึกษาพบว่า กำลังพลในสังกัดกองทัพภาคที่ 1 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารรสเค็มและมีไขมันสูง (ร้อยละ 70) การไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 62) ภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 65 มี BMI >25) มีระดับความดันโลหิตเกิน 130/85 มม.ปรอท ร้อยละ 58 และมีภาวะเครียดจากการทำงานร้อยละ 55

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพกำลังพล

รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	SD	ระดับ
การบริโภคอาหาร	2.85	0.68	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.71	0.75	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	2.90	0.62	ปานกลาง
พฤติกรรมโดยรวม	2.82	0.68	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกำลังพลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.82, SD = 0.68) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากำลังพลยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$= 2.71, SD = 0.75) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$= 2.85, SD = 0.68) อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แสดงถึงพฤติกรรมการเลือกอาหารที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น (NCDs)

ด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X}$= 2.90, SD = 0.62) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แสดงว่ากำลังพลบางส่วนมีการใช้วิธีผ่อนคลายหรือการปรับตัวทางจิตใจในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ถึงขั้นดี

โดยสรุป ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากำลังพลกลุ่มนี้อยู่ในช่วง “พฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง” ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการสร้างแรงจูงใจและออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การพัฒนารูปแบบฯ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อปรับพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน นำไปสู่สุขภาวะที่ดีและลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว

2. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบฯ โดยมีองค์ประกอบกิจกรรม 8 ด้าน ได้แก่ (1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (2) วิถีชีวิตและโรคความดันโลหิตสูง (3) อาหารเพื่อสุขภาพ (4) ออกกำลังกายสร้างพลัง (5) จัดการความเครียดด้วยตนเอง (6) เปลี่ยนความคิด เปลี่ยนชีวิต (7) เราคือผู้กำหนดชีวิตของเรา และ (8) มีวินัย ใส่ใจ และสม่ำเสมอ รูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีพื้นฐานจากแนวคิด Lifestyle medicine ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (Active learning) และการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม (Participatory approach) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

รูปแบบฯ นี้ถูกออกแบบให้มีการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและปรับพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้กำลังพลมีเครื่องมือในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และสามารถเป็นต้นแบบขยายผลสู่หน่วยทหารอื่นๆ ได้ในอนาคต

3. ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ

3.1 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยแรงจูงใจก่อนและหลังการทดลอง

ด้านแรงจูงใจ	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$)	t	p-value	การแปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.28	4.19	4.672	<.001**	แตกต่าง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.31	4.12	4.521	<.001**	แตกต่าง
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.42	4.26	4.733	<.001**	แตกต่าง
รวม	3.34	4.19	4.712	<.001**	แตกต่าง

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p <.001) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า รูปแบบฯ สามารถเสริมสร้างความตระหนักและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองของกำลังพลได้อย่างมีประสิทธิผล ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืน

3.2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมวิถีชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมวิถีชีวิตโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p <.001) ซึ่งสะท้อนว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้กำลังพลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวกได้จริง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมวิถีชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

พฤติกรรมวิถีชีวิต	กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$)	SD	กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$)	SD	p-value	การแปลผล
การบริโภคอาหาร	3.78	0.28	3.07	0.64	<.001**	แตกต่าง
การออกกำลังกาย	3.71	0.35	2.91	0.75	<.001**	แตกต่าง
การจัดการความเครียด	3.69	0.32	2.86	0.62	<.001**	แตกต่าง
รวม	3.73	0.33	3.31	0.17	<.001**	แตกต่าง

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมวิถีชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p <.001) ทุกด้าน ผลดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบฯ มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกำลังพลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงตลอดจนส่งเสริมสุขภาวะที่ดีขึ้นในระยะยาว

3.3 ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยลดลงจากก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p <.001)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยสถานะสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปรสุขภาพ	กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$)	SD	กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}$)	SD	p-value	การแปลผล
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	73.5	4.6	77.2	5.1	<.001**	ลดลง
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	88.1	4.8	93.2	5.2	<.001**	ลดลง
ความดันโลหิต Systolic	128.0	6.1	137.5	7.2	<.001**	ลดลง
BMI	25.8	2.4	27.1	2.8	<.001**	ลดลง

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีสถานะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.001) สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการปรับพฤติกรรมดังกล่าวยืนยันว่า รูปแบบฯ ที่นำมาใช้มีประสิทธิผลในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของกำลังพล และช่วยให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ตารางที่ 5 สรุปผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$)	p-value	การแปลผล
แรงจูงใจในการป้องกันโรค	3.34	4.19	<.001**	เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
พฤติกรรมวิถีชีวิตโดยรวม	2.82	3.73	<.001**	ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
น้ำหนัก (กก.)	77.2	73.5	<.001**	ลดลง
เส้นรอบเอว (ซม.)	93.2	88.1	<.001**	ลดลง
ความดันโลหิต Systolic (มม.ปรอท)	137.5	128.0	<.001**	ลดลง
BMI	27.1	25.8	<.001**	ลดลง

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจและพฤติกรรมวิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) สะท้อนถึงความตระหนักรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ตัวแปรสุขภาพด้านชีวภาพได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และ BMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางกายภาพที่ดีขึ้นจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลที่ได้ชี้ว่ารูปแบบฯ ดังกล่าวมีประสิทธิผลทั้งด้านพฤติกรรมและสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน และสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางพัฒนาสุขภาพเชิงป้องกันในหน่วยงานทางทหารอื่นได้อย่างเหมาะสม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมวิถีชีวิตตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกำลังพลนายทหารกองทัพภาคที่ 1 อย่างชัดเจน โดยตอบรับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1: พฤติกรรมวิถีชีวิตดีขึ้น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมวิถีชีวิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) โดยพฤติกรรมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดดีขึ้นอย่างเด่นชัด แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและเน้นการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจริง สอดคล้องกับกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมรูปแบบฯ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)” มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนได้รับรูปแบบฯ (p <.05) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (p <.05)[12] และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)” กับ “พฤติกรรมสุขภาพ (Health behaviors)” ยิ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (เช่น เข้าใจข้อมูลสุขภาพ, สื่อสารสุขภาพ) ก็มีโอกาสสูงที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น[13] และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความ รอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05)[14]

สมมติฐานข้อที่ 2: แรงจูงใจในการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจสูงขึ้นในทุกด้านเมื่อเทียบก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ สนับสนุนว่าการชี้แนะ (Coaching)

เป็นเครื่องมือหนึ่งที่พยาบาลควรนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้[15] การเพิ่มขึ้นของแรงจูงใจดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากลักษณะของกิจกรรมที่เน้นการชี้แนะ (Coaching) การสะท้อนผลการปฏิบัติ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้กำลังพลตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และสนับสนุนผลการศึกษาที่ชี้ว่าการชี้แนะเป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างแรงจูงใจและการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงหรือควบคุมโรคได้ยาก

สมมติฐานข้อที่ 3: สถานะสุขภาพดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ผลการตรวจสุขภาพพบว่า น้ำหนัก เส้นรอบเอว BMI และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หลังการเข้าร่วมรูปแบบฯ และมีค่าสถานะสุขภาพดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างเด่นชัด สะท้อนถึงผลเชิงกายภาพที่เกิดจากการปรับวิถีชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ควรนำรูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่สามารถติดตามผลการดูแลรักษาได้ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์[16]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยงานต้นสังกัดของกองทัพ ภาคที่ 1 ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้เป็นนโยบายสุขภาพเชิงรุกในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น ความดันโลหิตสูง และโรคอื่นๆ รวมทั้งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบมีการสนับสนุนกำลังคน และทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจ และทำให้สถานะสุขภาพของกำลังพลดียิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรยกระดับเป็นนโยบายสุขภาพเชิงรุกที่มีการสนับสนุนด้านบุคลากรและทรัพยากรอย่างเป็นระบบ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

2. นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในระดับกองร้อย หรือหน่วยงานย่อย โดยสามารถปรับใช้ได้ตามบริบทพื้นที่ เช่น เวลาทำงาน การฝึกภาคสนาม เนื่องจากกิจกรรมตามรูปแบบฯ สามารถนำไปใช้ได้จริงและสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของกำลังพล การปรับใช้ตามลักษณะภารกิจและช่วงเวลาการฝึกจะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและเอื้อต่อการขยายผลสู่หน่วยทหารอื่น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มกำลังพลจากหน่วยงานหรือเหล่าทัพอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์การดำเนินงานตามแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต เนื่องจากบริบทการทำงานและวิถีชีวิตของกำลังพลแต่ละหน่วยแตกต่างกัน การศึกษาเพิ่มเติมจะช่วยยืนยันความเหมาะสมและการประยุกต์ใช้รูปแบบฯ ในบริบทที่หลากหลาย

2. ควรเพิ่มระยะเวลาติดตามผลหลังการดำเนินโครงการอย่างน้อย 6 เดือน – 1 ปี เพื่อประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพกาย-จิตในระยะยาว เนื่องจากการศึกษานี้ติดตามผลในระยะสั้น การติดตามระยะยาวจะช่วยประเมินความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Heart Federation. Global cardiovascular disease report 2024. Geneva: World Heart Federation; 2024.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. ACC/AHA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. Journal of the American College of Cardiology. 2018;71(19): e127–248.

4. Fadi JC, Priscilla RP, Charlotte M, Siew MC, Dinesh N, Francine ZM, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. Journal of Hypertension. 2024;42(1):23–49.
5. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension in general practice. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2015. (in Thai)
6. American College of Lifestyle Medicine. Six pillars of lifestyle medicine. Chesterfield (MO): American College of Lifestyle Medicine; 2023.
7. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2001.
8. Kushner RF, & Mechanick JI. Lifestyle medicine: A manual for clinical practice. New York: Springer; 2010.
9. Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology. 1975;91(1):93–114.
10. Steiner G. Models for teaching: A sourcebook for higher education. New York: Springer Publishing; 1988.
11. Bhattacharya P. Research methodology in the health sciences: A quick reference guide. 1st ed. India: McGraw-Hill; 2021.
12. Rethanu T. Effects of behavioral modification program on medication adherence among uncontrolled hypertension patients, Nawa district, Nakhon Phanom province. Journal of Public Health Nursing. 2021;35(1):91–107. (in Thai)
13. Charoenpong C, Nititham A, Teravechcharoenchai S, & Chaleoykitti S. A development of health behavior promotion program of primary hypertensive patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(1):157-64. (in Thai)
14. Wayo W, Kadsanit K, & Konyai J. 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)
15. Sermsinsiri K, & Sriklo M. Improving health behaviors and blood pressure control through self-efficacy health promotion program among adults with uncontrolled hypertension: A quasi-experimental study. Pacific International Journal of Nursing Research. 2025;29(2):412–25. (in Thai)
16. Ponchom T, Mangkarakeree N, & Meekusol S. Effectiveness of a hypertension prevention program on prevention behaviors among a hypertension-risk group, Si Songkhram district, Nakhon Phanom province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;26(2):253–62. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

Effect of the Group Resilience Enhancement Program on Suicide Risk of Patients with Mood Disorders Hospitalized in Psychiatric Hospitals

สโรชาลักขณ์ ทิณพัฒน์ สมบัติ สกุลพรรณ์* ขวัญพนมพร ธรรมไทย
Sarochaluck Thinnaphat* Sombat Skulphan Kwaunpanomporn Thummathai
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50180
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand 50180

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุในช่วง 25-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางอารมณ์ (F31.x, F32.x) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 34 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 17 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ One-way ANOVA with repeated measure และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนและ 2 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือน ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the group resilience enhancement program on the suicide risk of patients with mood disorders. The sample consisted of 34 patients, both male and female, aged between 25-59 years, diagnosed with mood disorders (F31.x, F32.x) and receiving treatment in the inpatient department of a psychiatric hospital under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The participants were divided into an experimental group and a control group, each consisting of 17 patients. Data were collected using a personal information questionnaire and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) for suicide risk assessment. Data analysis was performed using descriptive

Corresponding Author: E-mail Sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ (received) 1 ส.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ 29 ส.ค. 2568

statistics, one-way ANOVA with repeated measures, and independent t-test statistics.

The results showed that: The suicide risk scores of patients with mood disorders in the experimental group were significantly lower after 1 month and 2 months of receiving the group resilience enhancement program compared to their pre-program scores, with statistical significance at .05. The suicide risk scores of the experimental group were significantly lower after 1 month and 2 months of receiving the mental resilience enhancement program compared to the control group which received standard nursing care, with statistical significance at .05. There was no significant difference in the suicide risk scores of the experimental group between the 1-month and 2-month follow-up periods.

Keywords: Resilience Enhancement Program, Suicide Risk, Mood Disorders

บทนำ

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีทั้งความคิด การวางแผนที่จะฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย[1] ซึ่งเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำโดยเจตนาของบุคคลที่จะจบชีวิตของตนเองโดยไตร่ตรองมาแล้ว[2]

ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรง ขาดความสุข ได้รับความกดดัน รู้สึกเศร้า เสียใจและการสิ้นหวัง[3] จากสถิติโลกพบว่าทุก 30 - 40 วินาที จะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน หรือ 1 วัน เท่ากับ 2,160 - 2,880 คน หรือหนึ่งปีจะมีคนทั่วโลกฆ่าตัวตาย 788,400 - 1,051,200 คน อัตราเฉลี่ย 9 คนต่อแสนประชากร4 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 20 เท่า หรือหนึ่งปีจะมีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 16 - 20 ล้านคน[3] สำหรับประเทศไทย พบมีการฆ่าตัวตายวันละ 10 - 11 คน[5] ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 4,000 คน[6] ปี 2562-2565 พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 4,418 คน 4,822 คน 4,890 คนและ 4,625 คน หรือคิดเป็นอัตรา 6.64, 7.37 ,7.38 และ 6.93 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ[7] ผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ป่วยโรคทางจิตเวชและพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคทางอารมณ์[8]

ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ หมายถึง โรคอารมณ์สองขั้วหรือไบโพลาร์และโรคซึมเศร้า โดยโรคอารมณ์สองขั้วนั้นพบว่า มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง ที่เป็นความชุกชั่วชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 25.6 – 42 และร้อยละ 10-20 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย4 หรือมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 30–50 และเกิดการเสียชีวิต ร้อยละ 15–20[9] สูงกว่าประชากรทั่วไปวัยผู้ใหญ่ 20 เท่า วัยเด็กและเยาวชน 50 เท่า[8] ร้อยละ 20 ของผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย[10] และหากอยู่ในช่วงอาการกำเริบจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 10-19 ส่วนโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงชั่วชีวิตต่อการเสียชีวิตจากฆ่าตัวตายร้อยละ 15[11] โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 36.7[12] ในช่วงของการระบาดของโรค Covid -19 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้นจากร้อยละ 26 เป็นร้อยละ 33[13] ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะที่มีอาการทางจิตร่วม (Mood disorder with psychotic features) และผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วในระยะแมเนียสูงสุดของจิตเวช คือ ร้อยละ 87.9 และร้อยละ 64.3 ตามลำดับ[14] โดยจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย[15] ด้านจิตใจ[16] ด้านครอบครัว สังคม[17] และด้านเศรษฐกิจ คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจกว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นต้นทุนต่อระบบบริการประมาณ 41 - 107 ล้านบาทต่อปี[16] และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์และเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่รุนแรงที่สุด[18] จึงมีการพยายามหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาหรือลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ เช่น การดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า[6] การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy; PST)[18] หรือบำบัดตามแนวคิดทางพุทธศาสนา6 แต่ยังพบว่าสถิติการฆ่าตัวตายที่ยังสูงขึ้นและพบข้อจำกัดคือ ใช้ระยะเวลาบำบัดนาน หลายขั้นตอน และต้องผ่านกระบวนคิดที่ค่อนข้างซับซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรม ความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของกรอทเบอร์ก[19] พบว่าความเข้มแข็งทางใจในระดับที่สูงขึ้นสามารถป้องกันความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] ($r = -.53$, $p < .001$) และพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

ซึมเศร้า (r = -.478, p < .001) กับความคิดฆ่าตัวตาย (r = -.32, p < .0001) กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (r = -.31, p < .000) และความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.269)[21] และมีการนำแนวคิดพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช[22] และต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งเพศชายและหญิง[23] แต่ที่ผ่านมาพบว่าใช้เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายที่เป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และยังไม่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ จึงไม่สามารถนำโปรแกรมของผู้ที่ศึกษาดังกล่าวมาปรับใช้ได้ และเป็นการพัฒนาโปรแกรมเป็นแบบรายบุคคล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดความเสี่ยงใน การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ตามแนวคิดของของกรอทเบอร์ก ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่ฉันมี (I have...) 2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am...) และ 3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ผสมผสานกับแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “ต้นไม้ของฉัน” 2) กิจกรรมรู้จักและเข้าใจ “ความเข้มแข็งทางใจคืออะไร” 3) กิจกรรมสิ่งที่ฉันมี “กัลยาณมิตรในยามชีวิตมืดมน” 4) กิจกรรมสิ่งที่ฉันเป็น “ความงดงามของฉัน” 5) กิจกรรมสิ่งที่ฉันทำได้ “เสริมทักษะการสื่อสารและจัดการ กับอารมณ์” 6) กิจกรรมบทสรุป “4 ปรับ 3 เติม”นั้น จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ประกอบไปด้วย ความคิด การวางแผน และการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ให้เกิดมีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น จะช่วยให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น เมื่อเผชิญความทุกข์ยาก มีกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้าย มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต และจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องให้เพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มกับหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนและติดตามผล 2 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มและที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และติดตามผล 2 เดือน

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือน ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มเพื่อลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของของกรอทเบอร์ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่ฉันมี (I have...) 2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am...) และ 3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ผสมผสานกับแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่ม ที่จะช่วยบรรเทาความรู้สึกโดดเดี่ยว จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น[25] ทำให้อาการทางจิตดีขึ้นเร็ว ส่งเสริมการปรับตัวทางสังคม ช่วยเสริมสร้างความหวัง ลดอารมณ์ซึมเศร้า ลดความรู้สึกตราบาปหรือแยกตัวเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่พยายามฆ่าตัวตาย เลิกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง[26] รวมเป็น 6 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “ต้นไม้ของฉัน” 2) กิจกรรมรู้จักและเข้าใจ “ความเข้มแข็งทางใจคืออะไร” 3) กิจกรรมสิ่งที่ฉันมี “กัลยาณมิตรในยามชีวิตมืดมน” 4) กิจกรรมสิ่งที่ฉันเป็น “ความงดงามของฉัน” 5) กิจกรรมสิ่งที่ฉันทำได้ “เสริมทักษะการสื่อสารและจัดการกับอารมณ์” 6) กิจกรรมบทสรุป “4 ปรับ 3 เติม” จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ประกอบไปด้วย ความคิด การวางแผน และการพยายามฆ่าตัวตายเกิดความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น ช่วยให้เกิดการฟื้นคืนสู่สภาพปกติเร็วขึ้น เมื่อเผชิญความทุกข์ยาก มีกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้าย มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหา

และวิกฤติของชีวิต ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องให้มีเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่ม (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ที่ลงรหัสโรค F31.x และ F32.x ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุในช่วง 25-59 ปี คำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยเชิงทดลอง (Effect Size) คำนวณได้จากสูตรและจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงได้ค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.8 และ 9.2 ตามลำดับ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (SD=3.4) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.29 แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างแบบสมมติฐานทางเดียวของโคเฮ็น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 13 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) จึงทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน รวมทั้งหมดจำนวน 34 คน

การคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสุ่มโดยใช้การสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ได้โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลสำหรับกลุ่มทดลองและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลสำหรับกลุ่มควบคุม และจัดให้มีการจัดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (pair matching) ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อแบ่งระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง ได้แก่ เพศ และคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยค่าคะแนนต้องอยู่ระดับเดียวกัน และตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางอารมณ์ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำถึงปานกลาง ตามเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับย่อ Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I ในหมวดสำหรับประเมินการฆ่าตัวตาย (Suicidality) ระหว่าง 1-16 คะแนน 3) มีระดับประเมินความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ โดยมีคะแนนรวมตามแบบประเมิน น้อยกว่า 55 คะแนน 4) สามารถพูดคุยสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น 5) ไม่มีความพร่องด้านความคิด ความจำ และเชาวน์ปัญญา โดยมีคะแนนรวมตามแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (The Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai) ตั้งแต่ 17 คะแนน ขึ้นไป 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการบำบัด ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคทางด้านร่างกาย เช่น โรคทางสมองที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่รู้คิดผิดปกติ 2) อยู่ในโครงการวิจัยอื่นที่ให้การบำบัดทางจิตสังคม เกณฑ์ในการยุติการวิจัย (Discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนครบทุกกิจกรรมการวิจัยตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) เพื่อประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด ความจำและเชาวน์ปัญญา 3) แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ที่อยู่ในหมวดสำหรับประเมินการฆ่าตัวตาย (Suicidality) ของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I)[1]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ เป็นกิจกรรมแบบกลุ่ม ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สิ่งที่ฉันมี (I have ...) 2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am...) 3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can...) ผสมผสานกับแนวคิดการบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับผลลัพธ์ของโปรแกรม แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ-20) หรือที่เรียกว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตอาร์คิว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา S-CVI ซึ่งได้เท่ากับ 0.99 2) แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย แปลและผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยโดย

พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ตามกรอบการวินิจฉัยเครื่องมือ พบว่า การวินิจฉัย current suicide risk มีค่า kappa ค่าความไว ค่าความคาดหมายที่เป็นบวกสูง มากกว่า 0.75, 0.81 และ 0.81 ตามลำดับ ส่วนค่าความจำเพาะ ค่าความคาดที่เป็นลบประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกันอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก คือ 0.81 ในทุกวินิจฉัยโรค และ 3) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ-20) ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง อำนาจจำแนก มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินฉบับเล็ก 20 ข้อ เท่ากับ 0.749

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 112/2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือรับรองเลขที่ 02/2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หนังสือรับรองเลขที่ 004/2567 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดย 1) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือนโดยใช้สถิติ One-way ANOVA with repeated measure 2) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 34 คน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 64.8 และ 58.8 มีสถานภาพไม่สมรส หย่าร้าง หรือแยกทาง คิดเป็นร้อยละ 76.4 และ 70.6 ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาหรือปวส. กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีความไม่เพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 64.8 สำหรับอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 25 - 36 ปี คิดเป็น ร้อยละ 64.8 และ 53.0 ตามลำดับ มีประวัติเคยทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มทดลองมีประวัติเคยมากกว่า 5 ครั้งสูง คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ เคยน้อยกว่า 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.2 ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประวัติคนในครอบครัวเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 64.8 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่คิดเป็นร้อยละ 58.8

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 2 เดือน

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือน (n=34)

ระยะคะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ก่อนทดลอง	12.235 (ปานกลาง)	3.817	10.882 (ปานกลาง)	4.091
หลังทดลอง 1 เดือน	5.294 (ต่ำ)	1.571	9.177 (ปานกลาง)	2.834
ติดตามผล 2 เดือน	3.882 (ต่ำ)	1.317	8.765 (ปานกลาง)	2.137

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน แต่ในระยะ หลังทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 2 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงอยู่ในระดับต่ำ แต่กลุ่มควบคุมยังมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือน หลังการวิเคราะห์ความแปรปรวนวัดซ้ำทางเดียว (One-way ANOVA with repeated measure) และจากการทดสอบค่า Post Hoc ด้วยวิธีการทดสอบแบบ Bonferroni เพื่อดูความแตกต่างในแต่ละระยะเวลา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ในกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences = 6.941, $p < .05$ และ 8.353, $p < .05$) แต่เมื่อเทียบคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ในระยะหลังทดลอง 1 เดือนกับระยะติดตามผล 2 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ในกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผล 2 เดือน กับระยะหลังทดลอง 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน (Mean differences = 1.411, $p = .319$)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 2 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 2 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ลดลงโดยมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนจากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลังการทดลอง 1 เดือนและระยะติดตามผล 2 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ลดลงโดยมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่ม ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดแนวคิดของของกรอทเบอร์ก[19] ที่ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) สิ่งที่ฉันมี (I have...) 2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am...) และ 3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “ต้นไม้ของฉัน” 2) กิจกรรมรู้จักและเข้าใจ “ความเข้มแข็งทางใจคืออะไร” 3) กิจกรรมสิ่งที่ฉันมี “กัลยาณมิตรในยามชีวิตมืดมน” 4) กิจกรรมสิ่งที่ฉันเป็น “ความงดงามของฉัน” 5) กิจกรรมสิ่งที่ฉันทำได้ “เสริมทักษะการสื่อสารและจัดการกับอารมณ์” 6) กิจกรรมบทสรุป “4 ปรับ 3 เติม” นั้น ช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ประกอบไปด้วย ความคิด การวางแผน และการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ให้เกิดมีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น โดยช่วยให้เกิดการฟื้นคืน เมื่อเผชิญความทุกข์ยาก มีกระบวนการปรับตัวภายใต้สถานการณ์ที่เลวร้าย มีกำลังใจที่

จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต และช่วยเสริมสร้างปัจจัยปกป้องให้ผู้ป่วย และเมื่อปัจจัยปกป้องเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ลดลง ผลการวิจัยนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช[22] ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คล้ายคลึงกับการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้ลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย[23] โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องการศึกษาผลของโปรแกรมที่กำหนดเป้าหมายความเข้มแข็งทางใจตามกลยุทธ์ “I have, I am, I can” ต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุด้วยการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (A randomized controlled trial) พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกความเข้มแข็งทางใจดังกล่าว มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ถึงแม้ว่า ผลการวิจัยจะพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือนจะลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก็ตาม แต่คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ระยะติดตามผล 2 เดือน กับหลังการทดลอง 1 เดือน นั้นไม่แตกต่างกัน กล่าวคือคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระยะติดตามผล 2 เดือน ต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง 1 เดือน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระยะติดตามผล 2 เดือนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก็ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในระยะติดตามผล 2 เดือน ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความคงทนของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มยังมีไม่เพียงพอ หรือจากสาเหตุในด้านคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สถานภาพไม่สมรส หย่าร้างหรือแยกทาง สูงถึงร้อยละ 76.4 มีประวัติเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 5 ครั้งสูงถึงร้อยละ 41.2 และจำนวนครั้งในการเคยทำร้ายตนเองสูงสุด คือ 12 ครั้ง และมีประวัติคนในครอบครัวเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายสูง คิดเป็นร้อยละ 64.8

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. พยาบาลจิตเวชหรือบุคลากรทางสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคทางอารมณ์เพื่อลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

2. สามารถนำไปสอนหรือแนะนำในหลักสูตรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์

3. สามารถนำเสนอผู้บริหารให้พิจารณาโปรแกรมนี้ว่าเป็นอีกตัวเลือกหนึ่ง ที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคทางอารมณ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มระยะ 3 เดือนหรือ 6 เดือน เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแบบกลุ่มในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อดูผลลัพธ์ต่างๆ เช่น ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และหรือความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นต้น

References

1. Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, M., Sheehan, M MINI Plus: Mini International Neuropsychiatric Interview. Version 5.0.0. Tampa (FL): University of South Florida; 2006.
2. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
3. World Health Organization. Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2018.

4. World Health Organization. Suicide worldwide in the 21st century. Geneva: WHO; 2020.
5. Champathong N. Poisoned by COVID-19: the trend of suicide reaching 10 per 100,000 population. Defense Center National Suicide. 2021. (in Thai)
6. Skulphan S. Nursing care of people with suicidal behavior. Smart Coating Publishing House and service; 2021. (in Thai)
7. Ministry of Public Health. District-level government inspection report. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
8. Tondo L, Vázquez GH, & Baldessarini RJ. Prevention of suicidal behavior in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2021;23(1):14–23.
9. Miller JN, & Black DW. Bipolar disorder and suicide: a review. Current Psychiatry Rep. 2020;22(2):6.
10. Dome P, Rihmer Z, & Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. Medicina (Kaunas). 2019;55(8):403.
11. Berardelli I, Corigliano V, Hawkins M, Comparelli A, Erbuto D, & Pompili M. Lifestyle interventions and prevention of suicide: a review. Front Psychiatry. 2018;9:567.
12. Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risks in 12 DSM-5 psychiatric disorders. Journal Affect Disord. 2020;271:66–73.
13. Ross JS. Despite pandemic-era drop, suicide threat remains. Public Health Rep. 2022; 137(4):641–3.
14. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pengchan W, Kittirattanapaiboon P, Kenbuppa K, Yingyuen R, et al. Risks to Suicide among Thai people: a national survey. Journal of the National Psychiatric Association Thailand; 2011;56(4): 413-24. (in Thai)
15. Bunsawat P, Phetlorlian A, Thongbancha J, Rattanavicha W, Duangduean Y, & Yanisa Duangluen, Seven Health Powers of the Elderly Healthy People's Clinic, Journal Kasetsart University Military Nurse. 2020; 21(3):481-90. (in Thai)
16. Department of Mental Health. Psychiatric and mental health nursing standards. Phichit: Fine Printing Press. 2013. (in Thai)
17. Saengsanguan. W. Efficacy of the program for strengthening the mind using Problem-based learning in nursing students. Army Nursing Journal. 2019;.20(2):186-94. (in Thai)
18. Bell A C, D'Zurilla T J. Problem-solving therapy for depression: A meta analysis. Clinical Psychology Review. 2009; 29(4):348–53.
19. Grotberg, H.E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Netherlands: The Hague: Bernard van Leer Foundation. 1995.
20. Maria C., e. a. Different roles of resilience in depressive patients with history of suicide attempts and no history of suicide attempts. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2017(39), 216–9.
21. Hunngam A, Sakulphon S, & Phattharasakul P. Social support. sense of self-worth Life strength and the risk of repeat suicide in Depression patients. Thai Pharm Health Sci Journal. 2022; 18(3), 244-52. (in Thai)
22. Jingga T, & Khemwichai S. Effects of the mental strengthening program on Self-esteem and suicidal ideation in suicide attempters. Institute journal Somdet Chaopraya Psychiatry. 2020;14(1), 1-9. (in Thai)

23. Phongto K, & Luebunthawatchai O. Results of the strengthening program. Psychological effects on suicidal ideation in those who attempt suicide. Journal of Mental Health Nursing and Psychiatry. 2014;28(1), 121-32. (in Thai)
24. Yalom, I. D. The theory and practice of group psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books; 1995.
25. Generes WM. Psychotherapy Guide: Group Therapy vs. Individual Therapy. 2022.
26. Orenstein BW. 6 Benefits of Group Therapy for Mental Health Treatment. 2014.

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Competency of Charge Nurse in University Hospitals

รัชนีวรรณ แก้วทอง ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์* รุ่งทิวา บุญประคม**
Ratchaneewan Kaewthong** Phattharamanat Pongrangsan* Roongtiva Boonpracom
สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก 65000
Faculty of Nursing Naresuan University Thailand 65000**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 514 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 โดยมีวิธีการเก็บข้อมูล ผ่านผู้ประสานงานวิจัยซึ่งได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ความรู้ ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างทำหน้าที่ในการแจกแบบสอบถามและรับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลักและหมุนแกนตัวประกอบแบบออโธโกนอลด้วยวิธีแวริแมกซ์

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมี 3 องค์ประกอบ 30 ตัวประกอบ มีค่าความแปรปรวนรวมกันเท่ากับ 62.761 ได้แก่ 1) ด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพมี 14 ตัวประกอบ มีค่าน้ำหนักมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.461-0.744 2) ด้านทักษะการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มี 14 ตัวประกอบ มีค่าน้ำหนักมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.465- 0.768 และ3) ด้านปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ มี 6 ตัวประกอบมีค่าน้ำหนักมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.569 – 0.783 มีข้อเสนอแนะคือการนำผลการวิจัยสมรรถนะด้านที่มีระดับความสำคัญของค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ ด้านความสามารถในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม และด้านการใช้ภาษาต่างประเทศไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อให้พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : สมรรถนะ, พยาบาลหัวหน้าเวร, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย, การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

Abstract

This research aimed to analyze the component of the charge nurse competencies at a university hospital. The participants (n = 514) were randomly selected using simple random from charge nurse who had experiences at least one year in an inpatient ward. The research instrument were sets questionnaire of charge nurse competency in University Hospital with a content validity value of 0.84 and a reliability value of 0.94. There is a method for collecting data. Through the research coordinator the objectives of the research were explained. Method of data collection and give knowledge To access the sample, the person responsible for distributing questionnaires and receiving them back from the sample group. The Data was used for data

Corresponding Author: *E-mail: phattharamanatp@nu.ac.th

** นิสิตสาขาวิชาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับ (Received) 22 เม.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 22 ก.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (Accepted) 3 ส.ค. 2567

collection and analyzed using Varimax method for component analysis, principal factor extraction and orthogonal factor rotation. The results of the analysis of competency components of charge nurses at University Hospital included 3 components, and 30 indicators with cumulative of variance acconnted for 62.761%, 1) Leaderships and quality management 14 indicators with standardized factor loading ranking from 0.461-0.744. 2) Regarding work skills required in the 21st century had 10 indicators with standardized factor loading ranking from 0.465- 0.768. and 3) Nursing practice and professional ethics had 10 indicators with standardized factor loading ranking from 0.569 – 0.783. It is suggested to use the results of research on competency in areas that have a low average level of importance, namely the ability to research and develop innovations. and the use of foreign languages as a guideline for developing the competencies of shift supervisor nurses so that shift supervisor nurses can perform their duties efficiently

Keywords : Competency, Charge Nurse, University Hospitals, Exploratory factor analysis

บทนำ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง (super tertiary care) ที่มีขีดความสามารถสูงสุดในการให้บริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลและมีภาระกิจในด้านการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ ทั้งนี้การให้บริการทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยในมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลและดูแลระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจะมีพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่เป็นผู้บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วยแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการบริหารจัดการ[1] ในการประเมิน วางแผนการปฏิบัติงาน และมอบหมายงานให้กับสมาชิกทุกคนในเวร[2] รวมทั้งช่วยเหลือและควบคุมดูแลสมาชิกในเวรให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ[3] นอกจากนี้พยาบาลหัวหน้าเวรต้องเป็นผู้นำในด้านอำนวยการ การแก้ปัญหา การเป็นที่ปรึกษา การประสานงานและการตัดสินใจต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการบริหารงานแต่ละเวรในหอผู้ป่วย[4] ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าเวรต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่บทบาทหน้าที่ใหม่เพื่อให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงาน การเตรียมความพร้อมของพยาบาลหัวหน้าเวรในปัจจุบัน ได้รับการฝึกปฏิบัติสังเกตและให้คำแนะนำโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลพี่เลี้ยงที่ผ่านการเป็นหัวหน้าเวรอย่างน้อย 1 ปี แต่ยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อม ส่งผลให้พยาบาลพี่เลี้ยงไม่สามารถสอนงานพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างครอบคลุมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เป็นผลให้พยาบาลหัวหน้าเวรเกิดความเครียดและไม่มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนหนึ่งเกิดจากหัวหน้าเวรมีทักษะไม่เพียงพอในด้านการวางแผนงาน การบริหารเวลา การควบคุมงานและการตัดสินใจแก้ปัญหาหลังเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้[5] จึงอาจกล่าวได้ว่าสมรรถนะหัวหน้าเวรถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบริการพยาบาล[1]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในต่างประเทศได้กล่าวถึงสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรควรจะมีความเชี่ยวชาญในการทำงานขององค์กร ความรู้ทางคลินิก ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลการทำงานร่วมกับผู้อื่นและกระบวนการรู้คิด[6] ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่าสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรมี 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านภาวะผู้นำ ด้านการติดต่อสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการแก้ปัญหาและตัดสินใจ ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านอื่น ๆ[7] ซึ่งการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในปัจจุบัน ซึ่งการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีบริบทเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเฉพาะทาง

ที่ซับซ้อน และมีการนำเครื่องมือ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย[7]

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญจำเป็นที่จะศึกษาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่สอดคล้องและเฉพาะเจาะจงกับการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร นำไปใช้ในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพเพื่อการมอบหมายงานในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร และนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อประโยชน์ในด้านการบริหาร การพัฒนาบุคลากร และเพื่อส่งเสริมให้การบริการมีคุณภาพและได้มาตรฐาน สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด เอกสาร บทความและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลวิชาชีพทั่วไป[7] สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย รายละเอียดดังนี้

สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรจากการทบทวนวรรณกรรม 9 ด้าน

1. ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์
3. ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ
4. ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ
5. ด้านวิชาการ วิจัย และการพัฒนานวัตกรรม
6. ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ
7. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
8. ด้านสังคม
9. ด้านอื่นๆ

(สภาการพยาบาล(2561), วรา เขียวประทุม (2563), ภัทรารัตน์ ตันนุกิจ (2562), Margot Russel (2014), The American Nurses Association (2016), Jennifer M.Jamieson (2018), และ Zafke, & Angela (2020)10,11,1,6

→

องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภายหลังวิเคราะห์องค์ประกอบ

ตัวประกอบ 1 ด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพ

ตัวประกอบ 2 ด้านทักษะการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

ตัวประกอบ 3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 702 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ คอมเลย์เสนอว่า ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบ จำนวน 500 คน ถือว่า ดีมาก[8] จึงได้จากการสุ่มเลือกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการนำรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดมาจับฉลากแบบไม่แทนที่ และบวกจำนวนพยาบาลหัวหน้าเวรในแต่ละโรงพยาบาลให้ใกล้เคียงกับจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ จำนวน 514 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรในหอผู้ป่วยในนั้นตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สามารถเขียนและอ่านภาษาไทยได้

เข้าใจ ปฏิบัติงานเต็มเวลา ไม่อยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ และ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายเข้าหรือออกจากหอผู้ป่วย ในระหว่างการทำวิจัย ลาออกจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในระหว่างการทำวิจัยและมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการทำวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 30 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวรที่รวบรวมได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นข้อคำถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดที่มีความหมายชัดเจน และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามถามสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้ค่าเท่ากับ .84[9] การหาค่าความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งแบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ค่าความเที่ยง .95[9]

3.4 เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอหนังสืออนุญาตการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวรส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพร้อมยื่นเอกสารเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมภายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้ง 4 แห่ง เมื่อได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือจากทางโรงพยาบาลให้มีผู้ประสานงานวิจัยซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่ได้ทำงานอยู่ในหอผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำหน้าที่ในการแจกแบบสอบถามและรับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ความรู้ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างให้กับผู้ประสานงานวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อและขอรับคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรคอมพิวเตอร์มสำเร็จรูป และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ(Exploratory Factor Analysis, EFA) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนและร้อยละความสะสมของความแปรปรวนขององค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพ	15.406	51.352	51.352
2. สมรรถนะด้านทักษะการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่21	2.217	7.389	58.741
3. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณ วิชาชีพ	1.206	4.020	62.761

จากตารางที่ 1 พบว่าสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีจำนวน 3 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.206 – 15.406 และค่าร้อยละสะสมของความแปรปรวนเท่ากับ 62.761 ผ่านเกณฑ์ความเหมาะสมของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ COA No.017/2023 วันที่ 18 มกราคม 2566 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เอกสารรับรองเลขที่ COA No.68/2566 วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เอกสารรับรองเลขที่ SWUEC-662110 วันที่ 12 ธันวาคม 2566 และศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน เอกสารรับรองเลขที่ EC 019/66 วันที่ 18 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 องค์ประกอบ ตัวแปรและค่าน้ำหนักองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

องค์ประกอบ	ตัวแปร	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ 1		
สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพ	1. มีคุณลักษณะของผู้นำ	.744
	2. มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	.730
	3. มีความรู้และสามารถบริหารจัดการงานที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.682
	4. มีความรู้ และทักษะในการติดต่อสื่อสาร กับผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.651
	5. มีความสามารถในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน	.639
	6. ใช้กระบวนการจัดการ บูรณาการระบบงานสำคัญกับการบริการพยาบาลเพื่อการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	.638
	7. มีความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์ และการใช้วิจารณญาณทางคลินิก	.626
	8. มีทักษะในการสื่อสารเชิงวิชาชีพ	.609
	9. มีความสามารถในการสอนงาน การจัดทำคู่มือ เอกสารทางวิชาการและการจัดการความรู้	.589
	10. พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง	.576
	11. มีความสามารถในการทำงานเป็นทีม เป็นสมาชิกในทีมการพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ	.571
	12. มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ	.568
	13. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และมาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติงาน	.544
	14. เป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพ	.461
องค์ประกอบที่ 2	1. วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์	0.768
สมรรถนะด้านทักษะการทำงาน		
ที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21	2. มีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม	0.749
	3. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการ	0.748
	4. สามารถนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัย	0.696
	5. มีความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ	0.687
	6. มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมใช้งานพื้นฐาน	0.657
	7. สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์และเชื่อมโยงวิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยงานกับการปฏิบัติงานได้	0.655
	8. มีความสามารถในการวิจัยและพัฒนานวตกรรม	0.634
	9. มีความสามารถในการนำเสนอเชิงวิชาการ	0.599
	10. ปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงความหลากหลายของผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ	0.465
องค์ประกอบที่ 3	1. ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	.783
สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล		
และจรรยาบรรณวิชาชีพ	2. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ	.720
	3. มีความไวต่อประเด็นจริยธรรมและมีความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม	.687
	4. มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน	.683
	5. บันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพและเกณฑ์การประเมินคุณภาพเวชระเบียน	.679
	6. มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล	.569

จากตารางที่ 2 พบว่า สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำแนกได้ 3 องค์ประกอบ 30 ตัวแปร ได้แก่ 1) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพ ประกอบด้วย 14 ตัวแปร มีน้ำหนักขององค์ประกอบ .46 - .74 2) สมรรถนะด้านการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่ ประกอบด้วย 10 ตัวแปร มีน้ำหนักขององค์ประกอบ .46-.76 และ 3) สมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ ประกอบด้วย 6 ตัวแปรมีน้ำหนักขององค์ประกอบ .56 - .78

การอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 30 ตัวแปร อภิปรายในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการคุณภาพ เป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลหัวหน้าเวรที่ต้องแสดงภาวะผู้นำในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรทั้งในด้านอำนวยการ การแก้ปัญหา การเป็นที่ปรึกษา การประสานงาน และการตัดสินใจต่างๆ ที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการบริหารงานแต่ละเวรในหอผู้ป่วย[4] เนื่องจากการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทุกระดับ พยาบาลหัวหน้าเวรจึงต้องมีภาวะผู้นำ[1,10,11,12,13,14,15,17] ที่จะควบคุม บริหารจัดการงาน ประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น นอกจากนี้พยาบาลหัวหน้าเวรยังมีหน้าที่ในด้านการบริหารจัดการโดยมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย เป็นผู้นำในทีมการพยาบาลบริหารจัดการให้ทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นเป้าหมายคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นสมรรถนะด้านภาวะผู้นำจึงเป็นสมรรถนะหนึ่งที่พยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต้องมี

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะด้านทักษะการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 พยาบาลหัวหน้าเวรควรจะต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการใช้งานพื้นฐาน การจัดเก็บและการสืบค้นข้อมูลต่างๆ[10,11] และควรมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ[10,11,18] ในการมีกระบวนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมสุขภาพ[11] มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล นอกจากตัวแปรด้านสังคมเทคโนโลยีและสารสนเทศ การสื่อสารและสัมพันธภาพ และตัวประกอบสมรรถนะในการวิจัยนี้ยังได้รวมตัวประกอบด้านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กรในปัจจุบัน[12] ส่วนตัวแปรตัวแปรด้านอื่น ๆ ได้แก่ มีความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ[11] สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์และเชื่อมโยงวิสัยทัศน์พันธกิจของหน่วยงานกับการปฏิบัติงานได้ และปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงความหลากหลายของผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ เกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นแห่งอนาคตเพื่อเตรียมการพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัย รองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกศตวรรษที่ 21 ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรนั้นเป็นบุคคลที่มีอายุในช่วงวัยแรงงานควรมีทักษะแห่งอนาคตที่มีความสำคัญที่สุด ได้แก่ ทักษะความเข้าใจและการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะความรู้ทางธุรกิจและการเป็นผู้ประกอบการ ทักษะการคิดเชิงสร้างสรรค์ ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทักษะการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมที่หลากหลาย[15] ดังนั้นควรมีการพัฒนาทักษะด้านการทำงานที่จำเป็นให้มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศักยภาพ ทักษะ ความรู้ และสมรรถะของพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยให้มีสอดคล้องกับความสามารถและเตรียมการในการรองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกศตวรรษที่ 21 จึงสรุปได้ว่าสมรรถนะด้านการทำงานที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เป็นอีกสมรรถนะหนึ่งที่มีความสำคัญกับการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าเวรเพราะพยาบาลหัวหน้าเวรมีบทบาทหน้าที่ในการด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะ มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล ยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย[10] ส่วนด้านจรรยาบรรณวิชาชีพซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลหัวหน้าเวรต้องใช้หลักจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์[10,16] ปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ[10] โดยตระหนักในคุณค่า ความเชื่อของตนเองและผู้อื่น โดยแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่า ความเชื่อและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตระหนักในข้อจำกัดของสมรรถนะตนเอง ไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้รับบริการและปรึกษาผู้รู้อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัย

ของผู้รับบริการ แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลของตน ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตน ปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรม จริยธรรม อย่างเหมาะสม วิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลตัดสินใจเชิงจริยธรรมและดำเนินการได้อย่างเหมาะสม[10,14]ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายที่ไม่ซับซ้อน และปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกซึ่งความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ[10] ซึ่งสมรรถนะด้านปฏิบัติการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพจึงเป็นสมรรถนะหนึ่งที่พยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยควรมีและนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยนำไปสร้างเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานเพื่อใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร

1.3 ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรด้านความสามารถในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม และด้านการใช้ภาษาต่างประเทศซึ่งมีระดับความสำคัญของค่าเฉลี่ยน้อย ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะให้สามมารถปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 พยาบาลหัวหน้าเวรควรมีความตระหนักในสมรรถนะที่คาดหวังเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2.2 การวิจัยหาความสัมพันธ์ของการมอบหมายงาน ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรที่พึงมี

2.3 ทำการศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรในบริบทที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น พยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยศัลยกรรม

References

1. Tannukit P. Study Charge Nurses' Competencies in Nursing Devision B.M.A. General Hospital, Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2019;15(1): 14-22.(in Thai)
2. Ucharat P. Nursing Administration. Bangkok: Boonsirikarnpim; 1998.(in Thai)
3. Jirathamkhun S. Ask and answer: Ward Management. Bangkok: Hayabusa Graphics; 2009. (in Thai)
4. Dangthern L. Factor influencing decision-making process of incharge nurses Mae Sot Hospital. Journal of Nursing and Health. 2016;10(1): 189-99. (in Thai).
5. Charoenbun C, Ucharat P, & Suwannakot k. The Effectiveness of Readiness Preparation for Being Charge Nurses at a Tertiary Level Hospital in the Department of Medical Service under the Ministry of Public Health. Journal of Nakhonratchasima College 2016; 10(2): 111-24. (in Thai).
6. Zafke A. Charge Nurse Orientation. North Dakota: Nursing Capstones; 2020.
7. Sermsri N. A Factors of Competency of Charge Nurse Government University Hospitals. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
8. Comrey A, & Lee HB. A First Course in Factor Analysis. 2nd ed. Lawrence Erlbaum: Hillsdale NJ; 1992.
9. Srisathitnarakun B. Nursing research method. Bangkok: You and I Inter Media; 2010. (in Thai)

10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing Standards 2019. Annual Report 2019 Thailand Nursing and Midwifery Council. Bangkok: Quality Thai Trading Co., LTD: 2020. (in Thai)
11. Khiewpratum V. The Component of Charge Nurse Competency at Surgical Ward in the Public Secondary Level Hospital. (thesis). Bangkok: Christian University; 2020. (in Thai)
12. Furakawa PDO, Cunha ICKO. Profile and competency of nurse managers at accredited hospitals. Rev Lat Am Enfermagem 2011;19(1): 106-14.
13. Thipfun C, Chitpakdee B, Keitlertnapha P. Development of Prepartion Program for Being Charge Nurses. (thesis). Chaing Mai: Chiang Mai University; 2014. (in Thai)
14. Fukada M. Nursing competency: definition, structure and development. Yonago Actamedica 2018;61(1): 1-7.
15. Office of the Secretariat of the Education Council Ministry of Education. Necessary skills of the future (Future Skills) to prepare for the quality development of Thai people of all ages to support the rapid changes (Disruption) of the 21st century world: study results and guidelines for promotion. Nakhonpathom; Phetkasem printing group; 2021.
16. Charoenchitsawat N, Editors. Explanation nursing standards 2019 By Nursing Development Network Club. Bangkok: Sukhumvit Press; 2020. (in Thai)
17. Kumsiri A, Moolsart S, Boonrod W. The Relationships Between Personal Factors Self-Leadership, Job Satisfaction and Job Performance of Charge Nurses in Phramongkutkloa Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(2): 145 – 53. (in Thai)
18. Kunsiripunyo J. The Development of Criterion Onevaluation Register Nurses Competencies. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2015;16(2): 123-30. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Factors Predicting Commitment To The Educational Institution Among Nursing Students Of Vongchavalitkul University

กัลยา ไผ่เกาะ ปวีณา ระบำโพธิ์*
Kanlaya Paikoh Paveena Rabampho*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา ประเทศไทย 30000
Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University Nakonratchasima, Thailand, 30000

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณแบบทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1–4 จำนวน 240 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และแบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัว แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน แบบสอบถามความผูกพันต่อสถาบัน และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ดังนี้ .90, .94 , .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน สเปียร์แมน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นปี สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน ขณะที่เกรดเฉลี่ยสะสมไม่พบความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกพบว่า สัมพันธภาพกับครอบครัว (β = 1.003, p < .01) การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน (β = 3.132, p < .001) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกิจกรรมของสถาบัน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมเพื่อเพิ่มความผูกพันของนักศึกษาพยาบาลต่อสถาบันการศึกษาได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา, นักศึกษาพยาบาล, ปัจจัยทำนาย

Abstract

This quantitative predictive study was conducted to examine the relationships between personal factors, family relationship factors, institutional involvement and relationship factors, and institutional commitment among nursing students, as well as to identify significant predictors of institutional commitment. The sample consisted of 240 first- to fourth-year nursing students, who were selected using stratified random sampling. The research instruments included a personal characteristics questionnaire, a family relationship questionnaire, an institutional involvement and relationship questionnaire, and an institutional commitment

Corresponding Author : Email : pavna.nid1@gmail.com

วันที่รับ (Received)19 พ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 10 ม.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 ม.ค. 2569

questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .90, .94, and .95, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, Spearman's rank correlation, chi-square test, and logistic regression analysis.

The findings indicated that institutional commitment was significantly associated with gender, age, academic year, family relationships, and institutional involvement and relationships. However, cumulative grade point average was not found to be significantly related to institutional commitment. Logistic regression analysis revealed that family relationships (β = 1.003, p < .01) and institutional involvement and relationships (β = 3.132, p < .001) were significant predictors of institutional commitment among nursing students.

These findings reflected the importance of strengthening family relationships and promoting student involvement in institutional activities. The results could be utilized as a guideline for developing policies and activities aimed at enhancing sustainable institutional commitment among nursing students.

Keywords: institutional commitment, nursing students, predictive factors

บทนำ

ความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษา นับว่ามีความสำคัญต่อสถาบันการศึกษาเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันมีการแข่งขันด้านคุณภาพที่สูงมากขึ้น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและความผูกพันของลูกค้าหรือผู้รับบริการ สถาบันการศึกษาก็เช่นเดียวกันที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพและต้องมีการบริหารจัดการศึกษาให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ลูกค้าคือนักศึกษามีความพึงพอใจและมีความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ซึ่งความผูกพันของนักศึกษาต่อสถาบันการศึกษา เป็นเกณฑ์คุณภาพและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ โดยในหมวด 3 หัวข้อ 3.2 ความผูกพันของลูกค้า ระบุว่าสถาบันมีการค้นหาความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจและความผูกพันของผู้เรียนและลูกค้ากลุ่มอื่นอย่างไร[1] นอกจากนี้ เกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล ได้กำหนดตัวชี้วัดเรื่องความผูกพันและการจัดการความสัมพันธ์ของนักศึกษาและศิษย์เก่า โดยสถาบันต้องมีรายงานกระบวนการและแสดงหลักฐานผลการดำเนินงานในการประเมินความผูกพันของนักศึกษา[2] ดังนั้น การวิจัยเพื่อให้สถาบันมีข้อมูลและหลักฐานในการประเมินความผูกพันของนักศึกษา จึงนับว่ามีความสำคัญต่อการบริหารจัดการศึกษาให้มีคุณภาพ

ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาส่งผลให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ของนักศึกษาที่มีต่อสถาบันการศึกษาซึ่งนิวแมน[3] กล่าวถึงความสำคัญของความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษา ดังนี้ ความผูกพันต่อสถาบันจะสะท้อนให้เห็นทัศนคติที่นักศึกษามีต่อสถาบันทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการจัดกิจกรรมต่างๆ ของสถาบัน รวมทั้งครอบคลุมถึงพฤติกรรมในอนาคตของนักศึกษาที่แสดงออกถึงความตั้งใจที่จะกระทำเพื่อสถาบัน อันจะเป็นแรงดึงดูดใจให้นักศึกษาสนใจที่จะเข้าศึกษาต่อเพิ่มมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้น สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้เรียนมีความผูกพันกับสถาบัน เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยที่พบว่าผู้เรียนที่มีความผูกพันน้อยต่อสถาบันการศึกษามีโอกาสลาออกและเลิกเรียนกลางคัน[4] และความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษา ได้รับผลกระทบจากคุณภาพการศึกษา ภาพลักษณ์ของมหาวิทยาลัย/คณะ และคุณภาพของสิ่งอำนวยความสะดวก[5]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ดำเนินการเปิดรับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละปีการศึกษาจำนวน 130 คน โดยข้อมูลสถิติในปีการศึกษา 2565-2567 พบว่ามีนักศึกษาพยาบาลลาออกจำนวน 3 คน 6 คน และ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31, 4.61, 2.31 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์นักศึกษาที่ลาออกพบว่า นักศึกษาลาออกด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ความไม่พึงพอใจในวิชาชีพพยาบาล การมาเรียนวิชาชีพพยาบาลเป็นอิทธิพลมาจากครอบครัว การไม่มีความสุขในการเรียน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าการลาออกของนักศึกษามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษา พบว่าสิ่งที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบัน ได้แก่ เพศ ชั้นปี การเข้าร่วมกิจกรรมกลางของสถาบัน ความภาคภูมิใจ ความเชื่อมั่น เป้าหมายของสถาบัน สภาพแวดล้อมภายในสถาบัน ความผูกพันต่ออาจารย์ ความผูกพันต่อเพื่อน ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่[6,7,8] สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศพบว่า ความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามเพศและอายุ โดยนักศึกษาเพศหญิงและนักศึกษาที่มีอายุมากกว่ามีทัศนคติที่ดีกว่านักศึกษาเพศชายและนักศึกษาที่มีอายุน้อยกว่า[9]

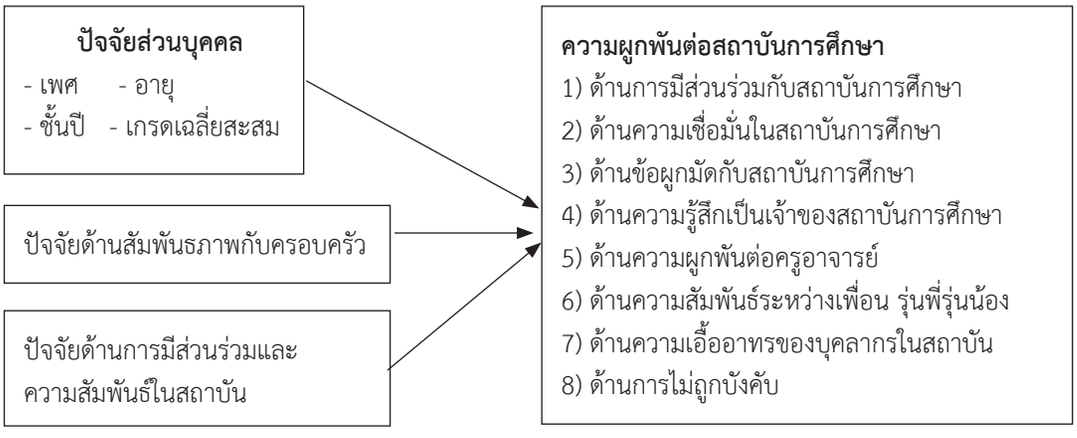
ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้คือ มีบางปัจจัยที่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งบางงานวิจัยสรุปว่ามีผลต่อความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษา แต่บางงานวิจัยสรุปว่าไม่ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ชั้นปี ผลการเรียนหรือเกรดเฉลี่ย (GPAX) และเหตุผลที่เข้ามาศึกษา คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษาหรือไม่ ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว เช่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านสถาบันการศึกษา เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมสถาบัน สิ่งอำนวยความสะดวกของสถาบัน และค่านิยม/เป้าหมายของสถาบัน ทั้งสองปัจจัยยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อยเช่นกัน คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและความสัมพันธ์ในสถาบัน ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษาหรือไม่ โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับอาจารย์และผู้บริหารสถาบันในการนำไปใช้เป็นแนวทางสร้างเสริมความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบัน จากการทบทวนวรรณกรรมและผลงานทางวิชาการพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม ระดับชั้นปี และในส่วนปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทุนทางสังคมของ James Coleman ส่วนปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของนักศึกษาของ Vincent Tinto สำหรับความผูกพันต่อสถาบันของนักศึกษาใช้กรอบแนวคิดของ Neumann and Neumann และแนวคิดทฤษฎีความผูกพันต่อสังคม ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบที่มีผลต่อความผูกพันที่กล่าวว่า ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ[5,7,9,10]



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบ Descriptive: Predictive Research เพื่อศึกษาระดับความผูกพันและปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปรต้น 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม 2) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว 3) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมสถาบัน สิ่งอำนวยความสะดวกของสถาบัน ค่านิยม/เป้าหมายของสถาบัน

ตัวแปรตาม คือ ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมกับสถาบันการศึกษา 2) ด้านความเชื่อมั่นในสถาบันการศึกษา 3) ด้านข้อผูกมัดกับสถาบันการศึกษา 4) ด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของสถาบันการศึกษา 5) ด้านความผูกพันต่อครูอาจารย์ 6) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้อง 7) ด้านความเอื้ออาทรของบุคลากรในสถาบัน 8) ด้านการไม่ถูกบังคับ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 507 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากนั้นใช้วิธีการจับฉลากด้วยวิธีการสุ่มแบบใส่คืน (Sampling with replacement) ให้ได้ตามสัดส่วนที่คำนวณ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2568 ตามเลขที่หนังสือ 249/2568 รหัสโครงการวิจัย มว.จ. 39/2568.18.02.2568 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ซึ่งก่อนดำเนินการวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย โดยจัดทำหนังสือยินยอมและผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการบอกกล่าวและสมัครใจ (Informed Consent Form) การปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 10-40 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 32.51 - 40.00 หมายถึง สัมพันธภาพเหมาะสมที่สุด 25.01 - 32.50 = เหมาะสม 17.60 - 25.00 = ต้องปรับปรุง 10.00 -17.50 = ต้องปรับปรุงที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน ผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของสถาบันการศึกษา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถาบันและด้านค่านิยม/เป้าหมายของสถาบัน มีข้อคำถามด้านละ 4 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 4.50– 5.00 = มากที่สุด 3.50– 4.49 = มาก 2.50– 3.49 = ปานกลาง 1.50– 2.49 = น้อย 0– 1.49 = น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความผูกพันต่อสถาบันที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม[5] โดยผู้วิจัยได้ปรับถ้อยคำภาษาให้สอดคล้องกับบริบทของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล โดยยังคงสาระเนื้อหาเดิม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ จำแนกเป็น 8 ด้าน เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 4.50– 5.00 = มากที่สุด 3.50– 4.49 = มาก 2.50– 3.49 = ปานกลาง 1.50– 2.49 = น้อย 0– 1.49 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหา และพัฒนาขึ้นมาให้เหมาะสมกับบริบท จึงได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัวเท่ากับ .90 แบบสอบถามการมีส่วน

ร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันเท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาเท่ากับ .95 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัวเท่ากับ .83 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันเท่ากับ .91 และแบบสอบถามความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาเท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือนเมษายน 2568 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทีละชั้นปี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของโครงการวิจัย จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเองใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบัน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และสเปียร์แมน ไคสแควร์ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันใช้สถิติการถดถอยลอจิสติก (Logistic Regression) ด้วยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายตัวพบว่าตัวแปรมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน และความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.08 มีอายุเฉลี่ย 20.83 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.42 ระดับชั้นปีมีจำนวนเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 24.58 – 25.42 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.08 สำหรับสัมพันธภาพกับครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.33 (SD = 3.73) อยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 (SD = 0.46) อยู่ในระดับมาก และความผูกพันต่อสถาบันมีค่าเฉลี่ย 4.19 (SD = 0.45) มีความผูกพันอยู่ในระดับมาก

2. การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ เกรดเฉลี่ยสะสม สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษากับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษา และคะแนนความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (n=240)

ตัวแปรศึกษา	ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา	
	r	p-value
อายุ	-.222 (rs)	.001*
เกรดเฉลี่ยสะสม	-.059 (rp)	.362
สัมพันธภาพกับครอบครัว	.341 (rs)	.000*
การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษา	.805 (rs)	.000*

* = p < .05, rp = Pearson correlation, rs = Spearman correlation

จากตาราง 1 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (rs = -.222, p-value = .001) ส่วนสัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (rs = .341, p-value = .000, rs = .805, p-value = .000) ส่วนเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square ระหว่างตัวแปรอายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษากับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา

ตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน และความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (n=240)

ตัวแปรศึกษา	ความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา มีความผูกพันระดับต่ำ/มีความผูกพันระดับสูง	
	χ^2	p-value
เพศ	5.514	.019*
อายุ	6.944	.008*
ระดับชั้นปี	8.771	.033*
เกรดเฉลี่ยสะสม	.536	.765
สัมพันธภาพกับครอบครัว	20.328	.000*
การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน	98.978	.000*

*= Chi-square p < .05

จากตาราง 2 แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ตัวแปรด้านเพศ (χ^2= 5.514, p = 0.19) อายุ (χ^2 = 6.944, p = .008) ระดับชั้นปี (χ^2 = 8.771, p = .33) สัมพันธภาพกับครอบครัว (χ^2 = 20.328, p = .000) และการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน (χ^2 = 98.978, p = .000) ทั้ง 5 ตัวแปรนี้ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ในขณะที่ตัวแปรด้านเกรดเฉลี่ยสะสม ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ ระดับชั้นปี สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันการศึกษา

ตาราง 3 แสดงผลการวิเคราะห์ระหว่างตัวแปร เพศ อายุ ระดับชั้นปี สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน ที่มีผลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (n=240)

ปัจจัย	β	S.E.	Exp(β)	P-value
เพศ	21.096	13647.419	1451432240.188	.999
อายุ	-.701	.553	.496	.205
ระดับชั้นปีการศึกษา	.021	232	1.021	.928
สัมพันธภาพกับครอบครัว	1.003	.368	2.728	.006**
การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน	3.132	.399	22.909	.000***
Constant	-	25.945	13647.419	.000

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

จากตาราง 3 แสดงว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา ตัวแปรสัมพันธภาพกับครอบครัว (βeta=1.003, p= .006) การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน (βeta=3.132, p= .000) ทั้ง 2 ตัวแปรนี้ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา สามารถเขียนสมการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา คือ Log (odds) = -25.945+1.003 (ระดับคะแนนสัมพันธภาพกับครอบครัว) + 3.132 (ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัยจากตารางที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับชั้นปี สัมพันธภาพกับครอบครัว การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อสถาบัน ส่วนเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพัน สำหรับผลการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา มีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม[11,12,13] ทั้งนี้เพศมักเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมและความรู้สึกผูกพัน อายุและระดับชั้นปีที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มส่งผลให้มีความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาได้[14,15] อาจเนื่องจากว่าการที่บุคคลมีวุฒิภาวะที่เพิ่มขึ้นจะมีความเป็นผู้ใหญ่ มีความรับผิดชอบ มีเหตุผล มีเป้าหมายที่ชัดเจน ทำให้เกิดความผูกพันต่อสถาบันมากขึ้น[16] สำหรับเกรดเฉลี่ยสะสมกับความผูกพันต่อสถาบันพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า นักศึกษาที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมที่แตกต่างกันจะมีความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาแตกต่างกัน[11]

สัมพันธภาพกับครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา (rs = 0.341, p value = .000 และ (χ^2= 20.328 p value = .000) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยเชิงบวกที่สำคัญต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา[17] อาจอภิปรายได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมอันดับแรกที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมและพัฒนาบุคคลให้มีความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีความผูกพันของ Bowlby ซึ่งอธิบายว่าความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับบุคคลสำคัญจะส่งผลต่อความสามารถในการสร้างความผูกพันกับองค์กรหรือสถาบันในระยะยาว นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Social Support Theory ที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นทรัพยากรทางจิตสังคมที่สำคัญ และมีงานวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผูกพันต่อสถาบันและการมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาล[18,19] ซึ่งนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล มีสัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสมมากที่สุด ส่งผลให้นักศึกษามีความรักความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาที่ดี

การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อสถาบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rs = 0.805 , p value = .000 และ(χ^2 = 98.97, p value= .000) มีค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก สะท้อนให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักศึกษากับเพื่อน อาจารย์และบุคลากร รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการและกิจกรรมนอกหลักสูตร เป็นหัวใจสำคัญของการสร้างความผูกพัน ซึ่งการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรม และสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน ส่งผลต่อความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาในภาพรวมที่แตกต่างกัน[7] รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตร จะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความผูกพันต่อสถาบันสูงขึ้น[20] ซึ่งอาจอภิปรายได้ว่า ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามหลักการทฤษฎีความผูกพันต่อองค์กร การที่นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบันก่อให้เกิดการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับอาจารย์และเพื่อนจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และความรู้สึกรักสถาบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมหลักสูตรและการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากอาจารย์และเพื่อน จะมีอิทธิพลและส่งผลอย่างมากต่อความผูกพันต่อสถาบัน[21] ผลดังกล่าวสอดคล้องอย่างชัดเจนกับ Student Engagement Theory และ Organizational Commitment Theory (Meyer & Allen) ซึ่งระบุว่าความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง การได้รับการยอมรับและการมีบทบาทในองค์กร จะนำไปสู่ความผูกพันเชิงอารมณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบผลในทิศทางเดียวกันว่าการมีส่วนร่วมในสถาบันเป็นตัวทำนายที่สำคัญของความผูกพัน

และความคงอยู่ในระบบการศึกษา[7,22,23]

2. ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์ในตาราง 3 พบว่า ตัวแปรสัมพันธภาพกับครอบครัว (β=1.003, p= .006) การมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน (β=3.132, p= .000) ส่งผลต่อความผูกพันต่อคณะพยาบาลศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญ สามารถเขียนสมการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อคณะพยาบาลศาสตร์ ดังนี้ Log (odds) = -25.945 + 1.003 (ระดับคะแนนสัมพันธภาพภายในครอบครัว) + 3.132 (ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบัน)

จากผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพกับครอบครัวร่วมกับการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความผูกพันของนักศึกษาต่อสถาบันการศึกษา ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความผูกพันของนักศึกษาต่อสถาบันการศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์จากครอบครัวมักมีความมั่นคงทางจิตใจและความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถเผชิญกับความท้าทายในการเรียนได้ดี และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียน ให้การสนับสนุนการเรียนของบุตรหลาน และบุตรหลานรับรู้ถึงการสนับสนุนนั้น จะส่งผลต่อความผูกพันและความสามารถในการปรับตัวของนักศึกษา[19] และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองทางวิชาการ ลดภาวะความเหนื่อยล้าทางวิชาการ และนำไปสู่ความพึงพอใจและความผูกพันต่อการเรียนพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ[18] การสนับสนุนจากครอบครัวยังช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับบทบาททั้งการเรียนและชีวิตส่วนตัวได้ดีขึ้น ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผูกพันกับคณะพยาบาลศาสตร์[24] และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาและความสำเร็จในระดับอุดมศึกษา เพราะการสนับสนุนจากครอบครัวนำไปสู่การมีส่วนร่วมและความผูกพันที่สูงขึ้นของนักศึกษา[25]

สำหรับการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ในสถาบันที่มีผลต่อความผูกพันของนักศึกษาต่อสถาบันการศึกษา ผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้ที่พบว่ามีอิทธิพลในระดับมาก (β=3.132, p= .000) อภิปรายได้ว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักศึกษากับสถาบัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ เพื่อนร่วมชั้น หรือการเข้าร่วมกิจกรรมของคณะ มีผลต่อความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและความเต็มใจในการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน กิจกรรมนอกหลักสูตร และการสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความผูกพันและความมุ่งมั่นทางวิชาชีพในสายพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบัน เช่น กิจกรรมทางวิชาการ สโมสรนักศึกษา กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ และการสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนและอาจารย์ เป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนและปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากอาจารย์มีแรงจูงใจสูงสามารถรับมือกับความยากลำบากในการเรียนและมีความตระหนักรู้ในบทบาทวิชาชีพสูง[26,27] นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาจารย์กับนักศึกษา การมีบรรยากาศสนับสนุนและสภาพแวดล้อมการเรียนที่ปลอดภัย ส่งผลโดยตรงต่อความตั้งใจศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความตั้งใจอยู่ในวิชาชีพ และความผูกพันต่อสถาบันการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พัฒนาระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาทางจิตใจแก่นักศึกษาที่มีปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์ ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในกิจกรรมต่าง ๆ ของคณะและมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและเพิ่มความผูกพันทางวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทางบุคลิกภาพหรือวิถีชีวิตที่อาจส่งผลต่อความผูกพันของนักศึกษา เช่น กลยุทธ์การเผชิญปัญหา หรือภาวะผู้นำ และวางแผนติดตามผลเพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของความผูกพันในระยะยาวและผลกระทบต่อความสำเร็จทางวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะพยาบาลศาสตร์จึงควรมีนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับสถาบันการศึกษา และบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาสถาบัน

References

1. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. 2024. (in Thai)
2. Nursing Council of Thailand. Draft accreditation standards for nursing and midwifery education institutions. 2024. (in Thai)
3. Neumann Y, & Neumann L. Equity theory and students' commitment to their university. Research in Higher Education. 1984. 20(3), 269–80.
4. Crasto NM. Student engagement and its relationship to student success and retention [dissertation]. Saint Louis (MO): Saint Louis University; 2021.
5. Cinkir S, Yildiz S, & Kurum G. The effect of undergraduate students' perceived service quality on student commitment. SAGE Open. 2022;12(2):1–15.
6. Rongthong C, & Phanomwan T. Alumni engagement strategies for the Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. Mahidol University Journal. 2018;21(2):46–61. (in Thai)
7. Thipboonsup C, & Rojjanasongkram S. Student commitment toward Mahidol University International College. Mahidol R2R e-Journal. 2017;4(1):56–69. (in Thai)
8. Rungruangsri T. Satisfaction and institutional commitment among students of the College of Public Administration, Burapha University. Journal of Public Administration and Politics. 2020;9(2):125–47. (in Thai)
9. Gonzalez RR, Santos AM, Fuente NV, Perez ML & Iglesia JF. Identifying engagement and associated factors in nursing students: an exploratory study. Journal of Professional Nursing. 2023;48(5):77–83.
10. Prachankhet O, & Chulawong O. Development of institutional relationship components among Army Nursing College students. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2018;19(1):233–40. (in Thai)
11. Phusaphanich P, Wongsinpinpetch W, Smithikrai C, & Krueasukon P. Predictive factors of student commitment at Chiang Mai University. (Research Report). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2017. (in Thai).
12. Promkhamsao P, Satyabundit W, & Hosungnoen J. Predictive factors of professional commitment among nursing students. The Royal Thai Army Nursing Journal. 2017;18(2):163–72. (in Thai)
13. Phongwarin P, Tirasankha W, & Nuamkrathok A. Institutional commitment and related factors among male nursing students. Journal of Health Science Research. 2019;13(1):10–20. (in Thai)
14. Dondi S. Commitment to nursing profession and related factors among nursing students. Journal of Medical and Regional Academy. 2016;34(3):209–18. (in Thai)
15. Wisetchai N. Factors influencing institutional commitment among nursing students. Master's thesis. Bangkok: Ramkhamhaeng University; 2015. (in Thai)
16. Mangkala S, Boonpradit S, & Sahakanok S. Social responsibility and institutional commitment among nursing students. Thai Journal Nursing. 2018;67(3):44–55. (in Thai)
17. Sammakarn S. Social support and institutional commitment among nursing students in Northeastern Thailand. Journal of Nursing Education. 2020;13(4):110–20. (in Thai)

18. Yang Y, Sujiao L, Min Z, Lihong M. & Xuejuan L. Family functioning and academic burnout among nursing students. BMC Nursing. 2025;24(1):19–28.
19. Shibily FM, Nada SA, Yara MA, & Aisha SA. The perceptions of nurses and nursing students on family involvement. Journal Nursing Reports. 2021;11(1):132–42.
20. Ueapanchasinth P. Factors influencing commitment among pharmacy students of Silpakorn University. Master's thesis. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2021. (in Thai)
21. Prommet P. Influence of institutional commitment on intention to leave among nursing students. Nursing Journal. 2017;44(2):52–65. (in Thai)
22. Kahu E R. Framing student engagement in higher education. Studies in Higher Education, 2019;44(2), 1–14.
23. Bond M, Buntins K, Bedenlier S, Zawacki-Richter O, & Kerres M. Mapping research instudent engagement and educational technology. International Journal of Educational Technology in Higher Education, 2020;17(1), 1–30.
24. Pwavra JB, Iddrisu M, Poku CA, Yawson AO, Mensah E, & Oppong SS. Balancing family, work, and academics among female graduate nursing students. Scientific Reports. 2025;15(1):8216.
25. Chunmei Chen, Yujie Zhu, Fanghao Xiao & Mingkun Que. The relationship between social support and academic engagement among university students: the chain mediating effects of life satisfaction and academic motivation. BioMed Central public health. 2023;23(1):236.
26. Opoku-Danso R, Commey IT, Agyare DF, Owusu G, Amoadu M & Abraham SA. Quality faculty–nursing students' relationship: a systematic review. BioMed Central Nursing. 2025;24(1):925.
27. Cabag KKT, & Legaspi MJB. Clinical instructor behavior and student engagement of nursing students in a Catholic higher educational institution. Asian Journal of Educational and Social Studies. Asian Journal of Education and Social Studies, 2025;51(8), 881-95.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาคลอดในโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Anemia in Pregnancy and Maternal and Neonatal Outcomes among Adolescent Mothers at Community Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

กัญญาภัค ปลื้มใจ ชุติมา รอดเนียม* สุดา ใจห้าว รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ ปฤษดาพร ผลประสาร
Kanyapak Pluemjai Chutima Rodniam* Suda Jaihow Rachadaporn Jantasuwan Pridsadaporn Polprasarn
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80160
School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80160

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 249 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ 3) แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด (CVI = 1.00) เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพของมารดา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอด โดยการทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน หรือการทดสอบฟิชเชอร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 17.58±1.38 ปี อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเฉลี่ย 13.08±6.47 สัปดาห์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 21.52±4.05 กก./ม.^{2} น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 11.47±5.52 กก. อายุครรภ์ขณะคลอดเฉลี่ย 38.27±1.45 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2,903.61±445.48 กรัม โดยอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดมีอายุครรภ์ที่ทารกคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อให้ทารกในครรภ์มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์, อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก, การคลอดก่อนกำหนด, น้ำหนักทารกแรกคลอด

Corresponding Author: *Email: chutima.rodn@gmail.com
งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน

วันที่รับ (received) 31 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 29 พ.ย. 2568

Abstract

This retrospective study aimed to examine the factors influencing anemia and birth outcomes among adolescent pregnant women. The study sample consisted of 249 adolescent mothers. Four research instruments were employed: (1) a general information record form, (2) a maternal health record, (3) a record form assessing factors related to anemia during pregnancy, and (4) a birth outcome record form, all of which demonstrated excellent content validity (CVI = 1.00). Data were collected from the HosXP database and delivery records. Information on general characteristics, maternal health, factors associated with anemia, and birth outcomes was analyzed using descriptive statistics. Factors influencing anemia and birth outcomes were analyzed using Pearson's chi-square test or Fisher's exact test.

The results revealed that the mean age of participants was 17.58 ± 1.38 years. The mean gestational age at the first antenatal care (ANC) visit was 13.08 ± 6.47 weeks, with a mean pre-pregnancy body mass index (BMI) of 21.52 ± 4.05 kg/m². The mean total weight gain was 11.47 ± 5.52 Kg. The mean gestational age at delivery was 38.27 ± 1.45 weeks, and the mean birth weight was 2,903.61 ± 445.48 grams. Gestational age at the first ANC visit and pre-pregnancy BMI were significantly associated with anemia during pregnancy ($p<.05$). Furthermore, gestational age at delivery differed significantly between adolescent pregnant women with anemia and those without anemia ($p < .05$). Therefore, stakeholders should promote normal BMI in adolescents and encourage early ANC before 12 weeks to ensure proper fetal development.

Keywords: Pre-pregnancy body mass index, Gestational age at first prenatal care visit, Preterm delivery, Birth weight

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ทั่วโลกมีการคลอดจากมารดาวัยรุ่นประมาณ 14 ล้านคนต่อปี โดยกว่าร้อยละ 90 หรือประมาณ 12.8 ล้านคน เกิดในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง[1] สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15–19 ปี 31.50 ต่อพันประชากร[2] จังหวัดนครศรีธรรมราช อัตราการเกิดมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี ในปี 2566 พบ 117.10 ต่อพันประชากร[3] ซึ่งยังคงเกินเกณฑ์เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ที่กำหนดไม่ควรเกิน 25 ต่อพันประชากร ภายในปี 2573[2] โดยวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีด เนื่องจากร่างกายอยู่ในช่วงเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเพิ่มปริมาณเลือดและเม็ดเลือดแดง จึงมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเมื่อมีการตั้งครรภ์จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีดได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่[4]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เกิดจากปริมาตรของพลาสมาเพิ่มขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin; Hb) และฮีมาโตคริต (Hematocrit; Hct) ลดลงต่ำกว่า 11.0 g/dl และ 33% ตามลำดับ ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 20–56.50 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ 1) อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ทำให้มีการฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลต่อการคัดกรองภาวะซีดช้า ซึ่งพบภาวะซีดสูงถึง 5.08 เท่า เมื่อเทียบกับการมาฝากครรภ์ตามปกติ[6] 2) `จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง ร้อยละ 56 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข[7] ทั้งนี้การฝากครรภ์ตามเกณฑ์จะได้รับการคัดกรองภาวะผิดปกติขณะตั้งครรภ์รวมไปถึงภาวะซีด ทำให้ได้รับคำแนะนำและการส่งเสริมโภชนาการจากเจ้าหน้าที่อย่างถูกต้องเหมาะสม 3) ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยในกลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์ต่ำ จะพบภาวะซีดสูงกว่ากลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูง[8] 4) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ หากมารดา

มีภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลให้เกิดภาวะซีดได้ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ของ The Institute of Medicine (IOM) กล่าวคือ 12.50-18.00, 11.50-16.00, 7.00-11.50 กิโลกรัม ในผู้ที่มี BMI น้อยกว่าเกณฑ์ (≤ 18.49 กก./ม.^{2}) ปกติ (18.50-24.99 กก./ม.^{2}) และเกินเกณฑ์ (≥ 25.00-29.99 กก./ม.^{2}) ตามลำดับ[9]

ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด มีทั้งด้านมารดาและทารก ซึ่งด้านมารดา จะส่งผลให้โอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001)[10] ส่วนด้านทารก มีดังนี้ 1) อายุครรภ์ที่ทารกคลอด หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด มีการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 44.00 และ 17.00 ตามลำดับ)[11] ส่งผลให้ทารกมีการเสียชีวิตและเกิดความพิการได้[1,12] นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซีดทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้าและทารกเสียชีวิตในครรภ์[13] 2) น้ำหนักแรกคลอด ภาวะซีดทำให้การขนส่งออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เกิด hypoxia เรื้อรัง ทั้งในรกและทารก ซึ่งรบกวนการส่งผ่านสารอาหารและการพัฒนาของอวัยวะ นำไปสู่การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการ สามารถเพิ่มน้ำหนักแรกคลอดและลดอัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ได้[14] 3) Hct แรกคลอด การขาดธาตุเหล็กและระดับ Hb ต่ำของมารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในทารกแรกเกิด (Neonatal anemia)[5]

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อมารดาและทารก แม้ว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลากหลาย แต่พบปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะซีดแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ โดยภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช พบร้อยละ 34.07 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันและลดภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

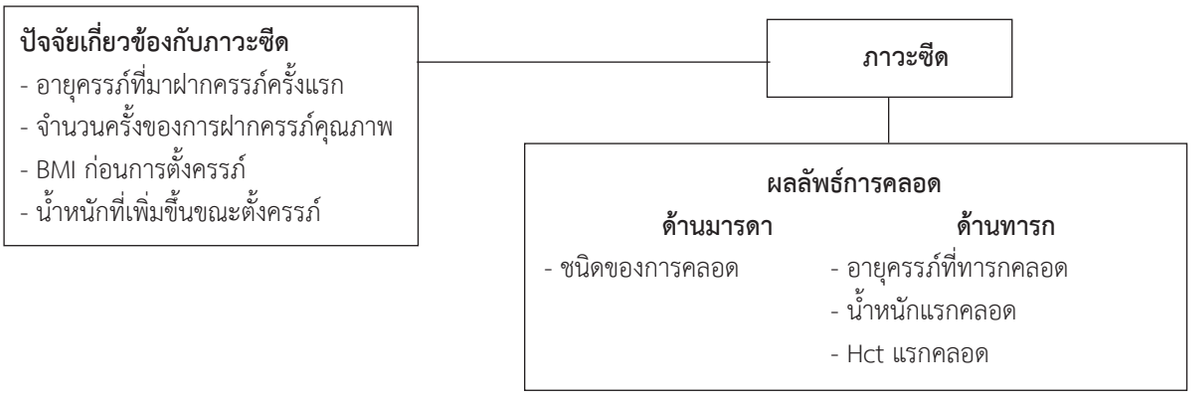
วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ (Medical Model) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และภาวะซีดมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของการคลอดในมารดา อายุครรภ์ที่ทารกคลอด น้ำหนักแรกคลอด และ Hct แรกคลอด ซึ่งแสดงได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลท่าศาลา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2666

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ ≤19 ปี) ที่มาคลอดโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ทั้งหมด 361 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย 2) มีผล Hb หรือ Hct ระหว่างตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดในตัวแปรที่ศึกษาไม่สมบูรณ์ คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 249 ราย

วิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอใช้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากฐานข้อมูล HosXP และบันทึกการคลอด

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุที่ตั้งครรภ์นับถึงวันคลอด

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ผลการตรวจ Hct

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจางในขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ อายุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์การคลอด ประกอบด้วย 1) ผลลัพธ์ด้านมารดา (ชนิดของการคลอด) และ 2) ผลลัพธ์ด้านทารก (อายุครรภ์ที่ทารกคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด Hct แรกคลอด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยขอใช้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งเครื่องมือส่วนที่ 2-4 ผ่านการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูตินรีแพทย์ 1 คน พยาบาลแผนกฝากครรภ์ 1 คน พยาบาลห้องคลอด 1 คน และอาจารย์พยาบาล 2 คน ได้ CVI = 1.00 และนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-221-01 ระยะรับรอง 1 ปี ตั้งแต่ 25 มิถุนายน 2567 - 24 มิถุนายน 2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หัวหน้าโครงการวิจัยทำหนังสือถึง ผศ.ดร. รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์ เพื่อขอข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจากโครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางและผลลัพธ์การคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่เอกสารรับรอง WUEC-24-047-01

2. ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เพื่อขอยกเว้นการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากโครงการดังกล่าวไม่เข้าข่ายที่ต้องรับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. หลังได้รับเอกสารรับรองโครงการ ผู้วิจัยนำข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดและผลลัพธ์การคลอดมาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจึงจัดกลุ่มวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ และผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาและทารก ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

2. ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ใช้การทดสอบ Mann–Whitney U test

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ใช้การทดสอบไคว์สแควร์ของเพียร์สัน (Pearson's chi-square test) หรือการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 249 คน จากข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 3) ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก

ข้อมูลทั่วไปด้านมารดาและทารก และความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด (n=249)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะซีด		Mann–Whitney U test	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126) $\bar{X}$±SD.	ซีด (n=123) $\bar{X}$±SD.		
ด้านมารดา				
อายุ (ปี)	17.59±0.13	17.58±0.12	7675.50	.894
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	1.21±0.04	1.15±0.04	7238.50	.170
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	12.06±0.50	14.14±0.65	6605.00	.044*
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพ	10.39±0.30	10.07±0.38	7171.50	.308
BMI ก่อนการตั้งครรภ์ (กก./ม.^{2})	22.26±0.40	20.76±0.31	6261.50	.009**
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (กก.)	11.37±0.47	11.57±0.52	7684.00	.909
ด้านทารก				
อายุครรภ์ที่ทารกคลอด (สัปดาห์)	38.20±0.15	38.33±0.11	7575.00	.745
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)	2897.34±43.19	2910.04±36.35	7573.50	.757
Hct แรกคลอด (%)	52.92±0.63	51.62±0.60	6665.00	.056

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

จากตารางที่ 1 พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด มีอายุเฉลี่ย 17.58±0.12 และ 17.59±0.13 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์เฉลี่ย 1.15±0.04 และ 1.21±0.04 ครั้ง มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 14.14±0.65 และ 12.06±0.50 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์คุณภาพเฉลี่ย 10.07±0.38 และ 10.39±0.30 ครั้ง BMI ก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.76±0.31 และ 22.26±0.40 กก./ม.^{2} น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 11.57±0.52 และ

11.37±0.47 ตามลำดับสำหรับ ข้อมูลด้านทารก พบว่า อายุครรภ์ที่ทารกคลอดเฉลี่ย 38.33±0.11 และ 38.20±0.15 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 2910.04±36.35 และ 2897.34±43.19 กรัม และ Hct แรกคลอดเฉลี่ย 51.62±0.60% และ 52.92±0.63% ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยของอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และค่าเฉลี่ยของ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05 และ p<.01 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสัมพันธ์กับกับภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n=249)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีด	ภาวะซีด		χ^2	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126) n (%)	ซีด (n=123) n (%)		
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก			4.905	.031*
น้อยกว่า 12 สัปดาห์	73 (57.94)	54 (43.90)		
≥ 12 สัปดาห์	53 (42.06)	69 (56.10)		
การฝากครรภ์คุณภาพ			2.481	.143
< 8 ครั้ง	26 (20.63)	36 (29.27)		
≥ 8 ครั้ง	100 (79.37)	87 (70.73)		
BMI ก่อนตั้งครรภ์ (กก./ม.^{2})			6.404	.041*
≤ 18.49	34 (26.98)	35 (28.46)		
18.50-24.99	60 (47.62)	72 (58.54)		
≥ 25.00	32 (25.40)	16 (13.01)		
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์			0.909	.635
น้อยกว่าเกณฑ์	58 (46.03)	64 (52.03)		
ตามเกณฑ์	42 (33.33)	37 (30.08)		
เกินเกณฑ์	26 (20.63)	22 (17.89)		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และ BMI ก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

ความแตกต่างระหว่างผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด แสดงได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด (n= 249)

ผลลัพธ์การคลอด	ภาวะซีด		χ^2 or Fisher's Exact Test	(p-value)
	ไม่ซีด (n=126)	ซีด (n=123)		
ด้านมารดา				
ชนิดการคลอด			.740[a]	.789
คลอดทางช่องคลอด	83 (65.87)	79 (64.23)		
ผ่าตัดคลอด	41 (32.54)	40 (32.52)		
อื่นๆ	2 (1.59)	4 (3.25)		
ด้านทารก				
อายุครรภ์ที่ทารกคลอด (สัปดาห์)			5.732[a]	.025*
คลอดก่อนกำหนด (<37)	14 (11.11)	4 (3.25)		
คลอดครบกำหนด (37-42)	112 (88.89)	119 (96.75)		
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)			2.447	.145
น้อยกว่า 2,500	22 (17.46)	13 (10.57)		
2,500 – 3,999	104 (82.54	110 (89.43)		
Hct แรกคลอด (%)			.329[a]	1.000
ซีด (<40)	3 (2.38)	3 (2.44)		
ปกติ (40-65)	120 (95.24)	118 (95.93)		
ภาวะเลือดข้น (>65)	3 (2.38)	2 (1.63)		

aFisher's Exact Test., *p<.05

จากตารางที่ 3 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด มีผลลัพธ์การคลอดด้านมารดาไม่แตกต่างกัน สำหรับผลลัพธ์การคลอดด้านทารก พบว่า อายุครรภ์ที่ทารกคลอดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผลการวิจัยพบว่า อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด พบฝากครรภ์ <12 สัปดาห์ ร้อยละ 43.90 ซึ่งต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซีด ที่พบ ร้อยละ 57.94 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความชุกของภาวะซีดในกลุ่มที่ฝากครรภ์ครั้งแรก < 12 สัปดาห์ต่ำกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป[15] เนื่องจากการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <12 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการคัดกรองภาวะซีด และได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากทีมสุขภาพ เพื่อแก้ไขภาวะซีดได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการป้องกันภาวะซีดที่จะเกิดเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 จากการเพิ่มขึ้นของปริมาณพลาสมา ทำให้ความเข้มข้นของ Hb รวมถึง Hct ลดลง ร่วมกับความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์[5,16]

นอกจากนี้ยังพบว่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดจะมี BMI ≤ 18.49 กก./ม.^{2} มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 28.46 และ 26.98 ตามลำดับ) สอดคล้องกับ

งานวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่พบว่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ต่ำจะพบภาวะซีดสูงกว่ากลุ่มที่มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)[8] เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ซึ่งส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อหรือน้อยกว่า/วัน[17] นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มักจะมีภาวะทุพโภชนาการ จากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เช่น ธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และวิตามินบี 12 เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง[18] ส่งผลให้เกิดภาวะซีดได้ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดจะมี BMI ≥ 25 กก./ม.^{2} น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด (ร้อยละ 13.01 และ 25.40 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน มีแนวโน้มการเกิดภาวะซีดน้อยกว่ากลุ่มที่มี BMI ต่ำ เนื่องจากกลุ่มนี้มีการบริโภคพลังงานและสารอาหารเพียงพอ ทำให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น[19]

2) ผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีด

ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดและไม่มีภาวะซีดมีอายุครรภ์ที่ทารกคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.25 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด ที่พบ ร้อยละ 11.11 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์จะมีระดับฮีโมโกลบินลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการขนส่งออกซิเจนลดลง เมื่อรกได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ รกจะหลั่งสาร pro-inflammatory cytokines และ prostaglandins ทำให้มดลูกหดรัดเร็วกว่าปกติ จึงเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด[20] นอกจากนี้มารดาที่มีภาวะซีดระหว่างการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 1.5 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ซีด (RR = 1.5, 95% CI = 1.33-1.72)[21] ซึ่งการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซีดมีการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซีด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลท่าศาลา ที่มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหรือคลินิกครรภ์เสี่ยง โดยมีแนวทางการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว มีการดูแลและติดตามให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิคอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการให้แนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและจัดการภาวะซีด ซึ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซีดลดลงร้อยละ 21.95[22] ทำให้โอกาสคลอดก่อนกำหนดลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการส่งเสริมภาวะโภชนาการในวัยรุ่น เพื่อให้มี BMI ที่เหมาะสม และควรมีระบบส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ควรมีระบบติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์และให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้สื่อสั้นๆ เข้าใจง่าย และติดตามต่อเนื่องผ่าน Line/โทรศัพท์

References

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Department of Health. Situation of adolescent pregnancy in Thailand 2022–2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai).
3. Division of Strategy and Plan, Ministry of Public Health. Standard data storage and submission in compliance to health standard set of the Ministry of Public Health version 2.4 fiscal year 2023 (B.E. 2566) dashboard [internet]. 2023. (in Thai)
4. Tesfaye M, Yemane T, Adisu W, Asres Y, & Gedefaw L. Anemia and iron deficiency among school adolescents: burden, severity, and determining factors in southwest Ethiopia. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. 2015;6: 189–96.
5. Theodoridou S, Vyzantiadis A, Theodoridis A, Sotiriadis A, Mamopoulos A, & Dinas K. Adolescent pregnancy and anemia. Ten years of referrals in Northern Greece. Hippokratia. 2024;28(1):11–6.

6. Homsub P. The prevalence and factors associated with anemia in young adolescent pregnant women at Phranarai Maharaj Hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2023;42(2):33–42. (in Thai).
7. Suppaseemanont W, Klomyong S, & Deoisres W. Factors influencing qualified antenatal care visits among pregnant adolescents. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2020; 31(2):41-53. (in Thai).
8. Juntarapimon P, Rakhab A, & Thongwon T. Factors influencing on the occurrence of anemia in pregnant adolescents at Chaiya hospital, Surat Thani province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2025;17(2): 192-207. (in Thai).
9. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009.
10. Eminov E, & Eminov A. Prevalence of adolescent pregnancy and evaluation of pregnancy outcomes: a retrospective study. Archives Gynecology and Obstetrics. 2025; 311(5): 1351–8.
11. Bashir N, Bashir S, & Kuchay A. Impact of maternal anemia on birth outcomes a hospital-based study. International Journal of Medicine and Public Health. 2024;14(4):1442-8.
12. Dewey KG, & Oaks BM. U-shaped curve for risk associated with maternal hemoglobin, iron status, or iron supplementation. The American Journal of Clinical Nutrition. 2017; 106 (Suppl 6):1694S-702S.
13. Moreis M. Maternal iron deficiency anaemia and its association with antrauterine growth restriction (IUGR) and small fetal growth in DAHC. EC Gynaecology. 2024;13(12):1-8.
14. Buranasak J, Hungsawanus P, Raiva W, Pungbangkadee R, & Khadking N. The effects of health promotion program for teenage pregnancy on total gestational weight gain and infant birth weight. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2):434-42. (in Thai).
15. Poowang W. The Prevalence and associate factors of anemia in mothers delivered In Nongkhai hospital. Nursing Health, and Education Journal, 2020;3(1):18-27. (in Thai)
16. Costantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. Frontiers in pharmacology. 2014;5(65):1-6.
17. Sámano R, Martínez-Rojano H, Ortiz-Hernández L, Nájera-Medina O, Chico-Barba G, Godínez-Martínez E, et al. Dietary and nutrient intake, eating habits, and its association with maternal gestational weight gain and offspring's birth weight in pregnant adolescents. Nutrients. 2022;14(21):1-17.
18. Talin IA, Abid MH, Samad MA, Azpíroz ID, Diez IT, Ashraf I, & Nahid AA. Exploring factors influencing the severity of pregnancy anemia in India: A study using proportional odds model. Scientific Reports, 2023;13, 228-216.
19. Juntarapimon P, Rakhab A, & Thongwon T. Factors influencing on the occurrence of anemia in pregnant adolescents at Chaiya Hospital, Surat Thani Province. Princess of Naradhiwas University Journal, 2025;17(2):192-207. (in Thai)
20. Ekblad U, Erkkola R, & Uotila P. The effect of acute hypoxia on prostaglandin release in perfused human fetal placenta. Prostaglandins. 1987;33(4):553-60.
21. Wang R, Xu S, Hao X, Jin X, Pan D, Xia H, et al. Anemia during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. Frontiers in global women's health. 2025;6(1502585): 1-12.
22. Thasala Hospital. Delivery records, fiscal year 2021–2023. Nakhon Si Thammarat: Thasala Hospital; 2023.

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship between Macronutrients Consumption and Nutritional Status of Elderly Bedridden in Nakhon Si Thammarat Province

ทิพย์วัลย์ พลโทพงศ์ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์* นัยนา หนูนิล
Tipwan Ponthophong Rachadaporn Jantasuwan* Naiyana Noonil
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80161
School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand 80161

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 210 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 2) แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ (IOC=0.80-0.89) 3) แบบบันทึกการรับประทานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และ 4) แบบประเมินดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณพลังงานจากสารอาหารที่ได้รับด้วยโปรแกรม INMUCAL Version 4.0 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณสารอาหารหลักที่ได้รับกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้การทดสอบฟิสเชอร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 80.70±10.55 ปี ระยะเวลาติดเตียงเฉลี่ย 4.10±5.67 ปี บริโภคคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เฉลี่ย 450.11±246.07, 122.00±84.75, และ 191.71±143.71 กิโลแคลอรี่/วัน ตามลำดับ โดยได้รับพลังงานรวม เฉลี่ย 763.83±393.89 กิโลแคลอรี่/วัน ส่วนใหญ่ได้รับพลังงานจากสารอาหารน้อยกว่าที่ควรได้รับต่อวันของคนไทย โดยปริมาณคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันประเมินภาวะโภชนาการ และดูแลให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การบริโภคสารอาหารหลัก, ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุติดเตียง

Abstract

This correlational descriptive study examined the consumption of macronutrients and their association with the nutritional status of 210 elderly bedridden persons in the Nakhon Si Thammarat province that were calculated by using G*Power program. The research tools include 1) Barthel Activities of Daily Living: ADL and 2) the interview form created by the researcher's literature review consist of 2.1) personal information 2.2) health conditions information (IOC = 0.80 - 0.89), 2.3) retroactive 24-hour dining record form and

*Corresponding author: E-mail: rachadaporn.wu@gmail.com

วันที่รับ (received) 17 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 7 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 8 มิ.ย. 2566

2.4) Body mass index assessment form. Analyze data by using numbers, percentages, averages, standard deviations and calculate energy from nutrients obtained with INMUCAL Version 4.0. Analyze the correlation between the amount of macronutrients obtained and nutrition in bedridden elderly using the Fischer statistically significant test at .05.

The results showed that the sample had an average age of 80.70±10.55 years, an average bedtime of 4.10±5.67 years, consumed carbohydrates, proteins, and fats, averaged 450.11±246.07, 122.00±84.75, and 191.71±143.71 kcal/day, respectively. By an average obtaining total energy of 763.83±393.89 kcal/day. Most of them obtain energy from macronutrients less than they should have per day for Thai people. The amount of carbohydrates, proteins, and fats that the sample obtained is statistically significant in relation to nutrition ($p<.05$).

Therefore, community nurses practitioner and related parties should jointly assess the elderly bedridden people's nutritional status and ensure that they get the proper amount of macronutrients.

Keywords: Macronutrient Consumption, Nutritional Status, Elderly Bedridden

บทนำ

ผู้สูงอายุติดเตียงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการเตรียมอาหาร บางรายไม่มีผู้ดูแลในช่วงกลางวัน เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงาน ส่งผลให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ[1] นอกจากนี้ยังมีความเกรงใจผู้ดูแล อาหารที่รับประทานจึงขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ดูแล[2] ประกอบกับความเสื่อมตามวัย เช่น จำนวนฟันและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ตับ/ตับอ่อนเสื่อมสภาพ เป็นต้น ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ส่วนการนอนติดเตียงทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานาน มีผลให้การสังเคราะห์โปรตีนล้มเหลว[3] หากเกิดภาวะขาดสารอาหารสะสมทีละน้อยในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายและคุณภาพชีวิตลดลงได้[4]

อาหารช่วยในการทำงานและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย[5] การได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะโภชนาการต่ำหรือภาวะโภชนาการเกิน โดยภาวะโภชนาการต่ำทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันและการทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง มีภาวะกระดูกเปราะง่ายจากการขาดแคลเซียม ประกอบกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงส่งผลต่อการเคลื่อนไหวด้านร่างกาย และมวลกระดูกลดลง ทำให้การทำกิจกรรมมีความบกพร่อง[6] เกิดโรคโลหิตจางจากการได้รับธาตุเหล็กน้อย ส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การรับรู้ลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลและพักฟื้นเป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดแผลกดทับ หรือแผลหายช้า[7] ส่วนการมีภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน เป็นต้น[8] ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ รวมถึงการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[9]

ผู้สูงอายุติดเตียงมีความต้องการพลังงานลดลง โดยต้องการ 1,500-1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน แต่ควรได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน[10] โดยควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-65 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือประมาณ 300 – 400 กรัม[11] โปรตีนร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน หรือประมาณ 0.75-0.8 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือวันละ 44-51 กรัม เพื่อเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ไขมัน ร้อยละ 20 – 3510

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 1,604 คน คิดเป็นร้อยละ 0.87 ของประชากรทั้งหมด และจากการสรุปผลงานติดตามเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนบ้านห้วยไทร ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 42 และมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ร้อยละ 16

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ บริโภโปรตีนไม่เพียงพอ[12] ซึ่งการบริโภคโปรตีนที่เพียงพอจะช่วยลดความเปราะบางในผู้สูงอายุ[13] และการบริโภคโปรตีนจากสัตว์มีผลต่อดัชนีมวลกาย

(Body mass index; BMI) ในผู้สูงอายุ โดยไม่ขึ้นกับระดับพลังงาน[14] ส่วนการบริโภคคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการ และจะส่งผลต่อการเผาผลาญโปรตีนและไขมันในร่างกาย ทำให้การคงสภาพหรือการสร้างมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลง[15] การศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ผ่านมาพบในผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปริมาณสารอาหารหลักที่ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับต่อวัน และภาวะโภชนาการ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดูแลและการจัดการด้านโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

คำถามการวิจัย

ปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักที่ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐาน

ปริมาณการบริโภค คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (น้ำหนักน้อย น้ำหนักปกติ และน้ำหนักเกิน) ในผู้สูงอายุติดเตียง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical concept) เกี่ยวกับปริมาณสารอาหารหลักที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้สูงอายุติดเตียงได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอจะส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง[16] และในทางตรงกันข้ามหากได้รับเกินความต้องการของร่างกาย ก็จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม และหากได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และอาจส่งผลให้น้ำหนักตัวน้อยด้วย[17] นอกจากนี้ควรได้รับไขมันในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อช่วยเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์และฮอร์โมนบางชนิด ช่วยดูดซึม ขนถ่ายวิตามินที่ละลายในไขมัน (fat-solution vitamin) เข้าสู่ร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายและห่อหุ้มใยประสาท ป้องกันร่างกายไม่ให้น้ำหนักตัวลดลง แต่อาจส่งผลให้คอเลสเตอรอลชนิดที่ไม่ดี (Low Density Lipoprotein Cholesterol: LDL-C) เพิ่มขึ้น[16] ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณสารอาหารหลักที่ได้รับ กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งประเมินจาก BMI (น้อย ปกติ เกิน)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (Correlational descriptive study) โดยใช้แนวคิดชีวการแพทย์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2563 จำนวน 1,604 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power[18] กำหนดขนาดอิทธิพล (ค่า effect size) 0.30 เมื่อทำการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) 0.95[19] ค่าองศาอิสระของตัวแบบ (df) 3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 191 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 210 คน ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลในอำเภอที่มีผู้ป่วยติดเตียงมากที่สุด 4 อำเภอ (เมือง ท่าศาลา ทุ่งสง และสิชล) และสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) มี Barthel ADL 0 - 4 คะแนน 2) ผู้สูงอายุติดเตียงและ/หรือผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และ 3) มีภาวะติดเตียงไม่น้อยกว่า 30 วัน และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบ 3 ครั้ง 2) เสียชีวิตระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือวิกฤติที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พัฒนาโดย กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของคำถามเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-28 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ รวมคะแนนทุกข้อ เป็น 20 คะแนน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ความสามารถในการรับประทานอาหาร จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ลักษณะของครอบครัว จำนวนแรงงานในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนผู้ดูแลหลัก จำนวนผู้ดูแลรอง ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก การมีรายได้เป็นของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การเยี่ยมบ้าน และแหล่งที่มาของอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ จำนวนฟัน ปัญหาในการเคี้ยว/กลืน และปัญหาการขับถ่าย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการรับประทานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง ประกอบด้วยมื้ออาหาร ปริมาณอาหารที่รับประทาน ส่วนประกอบอาหาร เป็นแบบบันทึกมาตรฐานที่ใช้ประเมินปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันธรรมดา 2 วัน และวันหยุดสุดสัปดาห์ 1 วัน รวม 3 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลการรับประทานอาหารที่หลากหลาย สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับถามผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เกี่ยวกับอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

ส่วนที่ 5 แบบประเมิน BMI และสัดส่วนร่างกาย เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดเตียงที่อยู่ในชุมชน จึงมีความยากลำบากในการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการประเมินโดยการวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูงของเข่า เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก เส้นรอบน่อง เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน และความยาวครึ่งแขน (ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงที่มีพยาธิสภาพ เช่น มีอาการบวมที่ด้านใดด้านหนึ่ง จะเลือกวัดด้านที่ไม่มีพยาธิสภาพ) แล้วนำมาคำนวณส่วนสูง[20] คำนวณน้ำหนัก และ BMI ตามสูตรการคำนวณค่าประมาณส่วนสูงและน้ำหนัก และ BMI ซึ่งวิธีนี้มีความคลาดเคลื่อนของ BMI ที่ใช้ส่วนสูงจริงน้อยกว่า 0.3 kg/m^2 [21]

1) การคำนวณค่าประมาณส่วนสูง

เพศชาย (เซนติเมตร) = (2.02 X ส่วนสูงของเข่า (เซนติเมตร) – (0.4 X อายุ (ปี)) + 64.19

เพศหญิง(เซนติเมตร) = (1.83 X ส่วนสูงของเข่า (เซนติเมตร) –(0.24 X อายุ (ปี)) + 84.88

2) การคำนวณค่าประมาณน้ำหนัก

เพศชาย = -85.93 + 0.27 เส้นรอบเอว (ซม.)+ 0.59 เส้นรอบสะโพก (ซม.) + 0.43 เส้นรอบน่อง (ซม.) + 0.89 เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน (ซม.) + 0.40 ความยาวครึ่งแขน (ซม.)

เพศหญิง = -76.86 + 0.24 เส้นรอบเอว (ซม.) + 0.36 เส้นรอบสะโพก (ซม.) + 0.66 เส้นรอบน่อง (ซม.) + 0.49 เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนส่วนบน (ซม.) + 0.53 ความยาวครึ่งแขน (ซม.)

3) การคำนวณ BMI ใช้สูตร น้ำหนัก/ส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง และแปลค่าดังนี้ 1) น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5) 2) น้ำหนักปกติ (BMI 18.50-24.99) และ 3) น้ำหนักเกิน ซึ่งแบ่งเป็นอ้วนระดับที่ 1 (BMI 25.00-29.99) และอ้วนระดับที่ 2 (BMI 30.00-34.99)[22]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item – Objective Congruence; IOC) ของเครื่องมือส่วนที่ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2) นักปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลชุมชน 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 4) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน และ 5) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ได้ค่าระหว่าง 0.80-0.89 จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามถูกต้องสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-21-040-01 อนุมัติวันที่ 10 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการโดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence) และ 3 หลักความยุติธรรม (Justice) โดยชี้แจงและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจน ครบถ้วน และให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ โดยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ จะเผยแพร่ในภาพรวมโดยไม่ระบุถึงตัวบุคคล โดยในแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หรือ

ข้อมูลต่างๆ ที่สามารถสื่อถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้ และเอกสารดังกล่าวจะถูกทำลายเมื่อครบ 3 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการหน่วยปฐมภูมิที่เป็นพื้นที่เป้าหมายในอำเภอเมือง อำเภอท่าศาลา อำเภอทุ่งสง และอำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงติดต่อกับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง นัดหมายผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลในพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูล

2. เก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วัดสัดส่วนร่างกายเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ เก็บข้อมูลทั่วไป สอบถามอาหารที่บริโภคย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง ใช้เวลาในการเก็บ 30 นาที

ครั้งที่ 2 และ 3 สอบถามอาหารที่บริโภคย้อนหลังใน 24 ชั่วโมง จำนวน 1 วัน ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลซ้ำ บันทึกรหัสตามคู่มือที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ การรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมง และ BMI โดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ได้รับด้วยโปรแกรม INMUCAL Version 4.0

3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณสารอาหารหลักที่ได้รับกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้การทดสอบของฟิสเชอร์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 210 คน ร้อยละ 47.14 มีค่าดัชนีบาร์เธล ADL 0 คะแนน ร้อยละ 63.33 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 80.70±10.55 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.50 เป็นหม้าย ร้อยละ 50.47 รองลงมามีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 41.42 มีระยะเวลาในการติดเตียงเฉลี่ย 4.10±5.67 ปี รับประทานอาหารโดยอาศัยผู้อื่นป้อน ร้อยละ 43.33 รองลงมาเป็นรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 23.81 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.56±1.77 คน ต่อครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 45.70 ผู้ดูแลหลักสองในสามเป็นบุตร/หลาน (ร้อยละ 60.95) ผู้ดูแลรองร้อยละ 37.61 เป็นบุตร รายได้ของผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ย 1,966.67±2856.31 บาท/เดือน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 14,038±14951.24 บาท/เดือน มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 29.05 แหล่งที่มาของรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/เบี้ยยังชีพผู้พิการ (ร้อยละ 87.62) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 78.09) เกือบทั้งหมดได้รับการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 95.71) สองในสามของผู้เยี่ยมเป็น อสม/ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ/นักบริบาล (ร้อยละ 66.67) ความถี่ในการเยี่ยมบ้าน เฉลี่ย 2.14±1.63 ครั้ง/เดือน แหล่งอาหารของกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมาจากครอบครัวประกอบอาหารเอง (ร้อยละ 51.90)

ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้วิจัยเขียนผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง และ 2) ปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักที่ผู้สูงอายุติดเตียงต่อวัน และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

1) ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้วิจัยใช้ BMI เพื่อนำเสนอภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงจำแนกตาม BMI (n = 210)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย (BMI < 18.50)	144	68.57
น้ำหนักปกติ (BMI 18.50-24.99)	50	23.81
น้ำหนักเกิน		
อ้วนระดับที่ 1 (BMI 25.00-29.99)	12	6.67
อ้วนระดับที่ 2 (BMI 30.00-34.99)	2	0.95

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 มี BMI อยู่ในระดับน้ำหนักน้อย (ร้อยละ 68.57) และมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 7.62

2) ปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักที่ผู้สูงอายุติดเตียงต่อวัน และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง ผลการวิจัย แสดงได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักของผู้สูงอายุติดเตียงต่อวัน และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียง

ปริมาณสารอาหารที่ได้รับตามเกณฑ์ที่ควรได้รับ (กิโลแคลอรี/วัน)	ภาวะโภชนาการ (ร้อยละ)			Fisher's Exact Test	(p-value)
	ต่ำ	ปกติ	เกิน		
คาร์โบไฮเดรต (Mean = 450.11±246.07, Max = 1802.40, Min = 84.63)				6.898	.032*
ไม่ตามเกณฑ์	122 (58.09)	48 (22.86)	16 (7.62)		
ตามเกณฑ์	22 (10.48)	2 (0.95)	0 (0.00)		
โปรตีน (Mean = 122.00±84.75, Max = 816.64, Min = 15.96)				8.004	.018*
ไม่ตามเกณฑ์	111 (52.86)	45 (21.43)	16 (7.62)		
ตามเกณฑ์	33 (15.71)	5 (2.38)	0 (0.00)		
ไขมัน (Mean = 191.71±143.71, Max = 1031.06, Min = 6.04)				6.992	.030*
ไม่ตามเกณฑ์	118 (56.19)	48 (22.86)	15 (7.14)		
ตามเกณฑ์	26 (12.38)	2 (0.95)	1 (0.48)		
พลังงาน (Mean = 763.83±393.89, Max = 2530.12, Min = 162.92)					
มาก/น้อยกว่าเกณฑ์	140 (66.67)	50 (23.81)	16 (7.62)	1.869	.393
ตามเกณฑ์	4 (1.90)	0 (0.00)	0 (0.00)		

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงบริโภคสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน เฉลี่ย เฉลี่ย 450.11±246.07, 122.00±84.75 และ 191.71±143.71 กิโลแคลอรี/วัน ส่วนพลังงานรวมที่ได้รับจากสารอาหารที่บริโภคเฉลี่ย 763.83±393.89 กิโลแคลอรี่/วัน โดยปริมาณสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายตามประเด็น ดังนี้

1) ปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักที่ผู้สูงอายุติดเตียงบริโภคต่อวัน

กลุ่มตัวอย่างบริโภคสารอาหารทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน น้อยกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ได้รับพลังงานน้อยกว่าเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซึ่งผู้สูงอายุติดเตียงควรได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ร้อยละ

45-65, 10-12, และ 20-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับ/วัน หากได้รับคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอจะส่งผลให้น้ำหนักตัวลดลง[16] หากได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และอาจส่งผลให้น้ำหนักตัวน้อยด้วย[17] และหากได้รับไขมันไม่เพียงพอ จะทำให้น้ำหนักตัวลดลง แต่อาจส่งผลให้ LDL-C เพิ่มขึ้น[17] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันไม่เหมาะสม ร้อยละ 21.65[16] ซึ่งการได้รับไม่เพียงพออาจเกิดจากอุปสรรคในการรับประทานอาหารและการเข้าถึงอาหาร หรือโรคบางโรคที่เป็นอยู่อาจเพิ่มความต้องการของพลังงานของร่างกายได้ เช่น ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยามากกว่าวัยอื่น ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียง เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง จากการใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic effect หรือได้รับยาที่มีผลลดความอยากอาหาร ทำให้เบื่ออาหาร[23] ประกอบกับภาวะติดเตียงทำให้กล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานานส่งผลให้การสังเคราะห์โปรตีนล้มเหลว[24]

2) ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุติดเตียง

ปริมาณการบริโภคสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ จะทำให้น้ำหนักตัวลดลง ซึ่งเป็นผลจากการสลายของเนื้อเยื่อไขมัน[25] หากได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ จะทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเพื่อใช้เป็นพลังงาน ทำให้น้ำหนักตัวลดลง และยังเกิดการสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ[26] นอกจากนี้การได้รับพลังงานจากไขมันน้อย จะทำให้น้ำหนักตัวลดลง[27]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำการวิจัย

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ควรวิเคราะห์หาความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนรายบุคคล และวางแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับสารอาหารเพียงพอ และควรประสานส่งต่อ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในรายที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง

2. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพทางสุขภาพ ญาติผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) นักบริบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ควรวางแผนร่วมกันในการดูแลด้านภาวะโภชนาการผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนและพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การนำข้อมูลการบริโภคสารอาหารหลักและภาวะโภชนาการ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เพื่อให้ได้รับสารอาหารหลักเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและภาวะสุขภาพ

References

1. Harbottle L. The effect of nutrition on older people's mental health. British Journal of Community Nursing. 2019; 24(7): S12-6.
2. Vudhironarit S, Pommala W, & Satthathummarak A. Self-care experience of bed-bound elderly. J. Roy. The Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 252-61. (in Thai)
3. Khotkham K, & Muktaphan B. Factors associated with Nutritional status of elderly person in the area of responsibility of Ban Non-Somboon health promoting hospital, PalChom district, Loei province. Journal of Public Health Research. Khon Kaen University. 2019; 12(1): 62-72.
4. Pan-Uthai S. Elderly nursing. 2nd ed. Chiang Mai: Faculty of Nursing Textbook Project Chiang Mai University; 2018. (in Thai)
5. Cabo R, & Couteur D. The biology of aging. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw Hill; 2018. 1-14.

6. Neyens J, Halfens R, Spreeswenberg M, Meijers J, Luiking Y, Verlaan G, et al. Malnutrition is associated with an increased risk of fall and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care: A cross-sectional study. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2013; 56(1): 265-9.
7. Riches K, & Jeanes Y. The prevalence of malnutrition in elderly residents in a warden-assisted setting compared with a home-living environment. British Journal of Community Nursing. 2014; 19(7): 324-7.
8. Sriwichian T, Study of nutritional status and factors related to malnutrition among the elderly living in the area of responsibility of Pomphet Community Medical Center. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand. 2010; 6(2): 119-32. (in Thai)
9. Ahmed T, & Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. Clinical Interventions in Aging. 2010; 5: 207-16.
10. Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. Reference Daily Intakes for Thai People 2020. Bangkok: A.V. Progressive Partnership; 2020. (in Thai)
11. Malazonia M, Anvashvili A, Vasgakmadze N, & Corpos E. Assessment of nutritional Status in the elder, causes and management of nutritional status in the elderly. In: Corpas Editor. Endocrinology of Aging. Amsterdam: Elsevier; 2021. p. 651-87.
12. Temcharoen P, Phawatkul P, & Sirikulchayanon Ch. Public Health Nutrition. Bangkok: Saeng Chan Printing; 2015.
13. Schoufour, JD, Franco, OH, Kiefte-de Jong, JC, Trajanoska, K, Stricker, B, Brusselle, G, et al. The association between dietary protein intake, energy intake and physical frailty: results from the Rotterdam Study. The British journal of nutrition 2019; 121(4): 393-401.
14. Moon K, Krems C, Heuer T, & Hoffmann I. Association between body mass index and macronutrients differs along the body mass index range of German adults: results from the German National Nutrition Survey II. Journal of nutritional science 2021; 10(e8): 1-8.
15. Lin CH, Chang HY, Li TC, Liu CS, Lin WY, Lee MC, et al. Trends in energy and macronutrient intake among Taiwanese older adults in 1999–2000, 2005–2008 and 2013–2016 periods. Bio Med Central Public Health 2023; 23(871): 1-14.
16. Mansoor N, Vinknes KJ, Veierod MB, & Retterstol K. Effects of low-carbohydrate diets v. low-fat diets on body weight and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomised controlled trials. British Journal of Nutrition. 2016; 115(3): 466-79.
17. Baum JI, Kim IY, & Wolfe RR. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake?. Nutrient. 2016; 8(6): 1-9.
18. Faul F, Erdfelder E, Lang A, & Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical poweranalysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007; 39(2): 175-91.
19. Sanidlue N, Satpet W, & Naphaaruk Y, Sample size calculation using G*Power program. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology. 2019; 5(1): 496-507.

20. Pan-Uthai S. Elderly nursing. 2nd ed. Chiang Mai: Faculty of Nursing Textbook Project Chiang Mai University; 2018. (in Thai)
21. Chawasit W. Development of dietary guidelines for good nutritional status of the elderly. Nakhon Pratom: Mahidol University; 2011. (in Thai)
22. Thanatakorn N, & Kanokthet T. Obesity in the elderly: Evaluation and prevention guidelines. Journal of East China University of Science and Technology. 2019; 13(1): 16-26.
23. Thaniwattananont P. Nursing excellence care according to common symptoms in the elderly. Songkhla: The Chan-Muang Printing; 2016.
24. Deutz, NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al.. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN expert group. Clinical Nutrition 2014; 33(6): 929-36.
25. Goss AM, Gower B, Soleymani T, Stewart M, Pendergrass M, Lockhart M, et al. Effects of weight loss during a very low carbohydrate diet on specific adipose tissue depots and insulin sensitivity in older adults with obesity: a randomized clinical trial. Nutrition and Metabolism. 2020; 17(64): 1-12.
26. Klingerlhofer-Noe J, Dassen T, & Lahmann NA. Nursing home versus assisted living facilities: Outcome quality regarding pressure ulcers, falls and malnutrition. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 2015; 48: 263-9.
27. Temcharoen P, Phawatkul P, & SirikulChayanon C. Nutriton of public health. Nonthaburi: Saeng Chan Printing; 2015.

การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

A study of the competence of professional nurses in discharge planning for hip fracture patients

สุชาติ พันธุ์ลาภ*[1] อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย[1] วรา เขียวประทุม[2]
Suchart Panlarp[1] Oraphun Lueboonthavatchai[1] Vara Khiewpratum[2]
[1]อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, ประเทศไทย 10170
[1]Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University, Thailand 10170
[2]หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, ประเทศไทย 74110
[2]Professional Nurse & Head of Surgery and Orthopedic Krathum Baen Hospital, Thailand 74110

บทคัดย่อ:

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พัฒนาและทดลองใช้แบบประเมินสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และระดับชำนาญการ จำนวน 108 ราย การสัมภาษณ์ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย จากนั้นประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 90 ราย โดยใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.95

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสนอให้เน้นสมรรถนะด้านจริยธรรมเชิงวิชาชีพ บุคลิกภาพความเป็นผู้นำ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับโรค การแจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อการสอนจากแผ่นพับ วีดีโอ e-book โดย QR code สามารถส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมต่อในชุมชน ผลการใช้แบบประเมินเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ด้านทักษะในการวางแผนจำหน่าย และทักษะการพยาบาลมีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับสมรรถนะด้านการสื่อสารและใช้ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีสมรรถนะในการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ สมควรต้องพัฒนาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ, การวางแผนจำหน่าย, ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

Abstract

This research aimed to study the competencies of professional nurses in discharge planning for hip fracture patients, and to develop and pilot an assessment tool for discharge planning competencies. The sample consisted of 108 professional nurses at both operational and expert levels. Eighteen professional nurses were interviewed, and the competencies of 90 nurses were assessed using the developed assessment tool, which had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.95.

*Corresponding author: email: suchart.pan@bkkthon.ac.th

วันที่รับ (Received) 23 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 14 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 28 ก.พ. 2569

Qualitative results showed that the sample suggested emphasizing competencies in professional ethics, leadership personality, respect for human dignity, knowledge of the disease, informing patients about their treatment plans, self-care, attending appointments, preventing complications, and using educational materials such as brochures, videos, e-books, and QR codes to disseminate information to community health volunteer teams. Quantitative results showed that the majority of the sample had competencies in professional ethics and nursing conduct, discharge planning skills, and nursing skills, scoring above 80%. However, competencies in communication and information technology use were relatively low and need improvement for more comprehensive and up-to-date discharge planning for hip fracture patients. To be effective and a best practice.

Keywords: Professional Nursing competence, discharge planning, hip fracture patients

บทนำ

สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) ให้ความสำคัญในสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบสมรรถนะและเป็นแนวทางปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[1] อีกทั้งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ทั้งหมด 8 ด้าน 1) ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการ 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 8) ด้านสังคม เป็นตัวบ่งชี้สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่สำคัญ[2] จากการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลกปี 2568 ทั่วโลกประมาณ 1.5 ล้านคน ปัจจุบันพบอัตราการเกิดในประเทศไทย 151.2 คนต่อประชาชนแสนคน[3] เมื่อผู้ป่วยมีอาการกระดูกหักบริเวณสะโพก จะส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สามารถลุกเดินได้ เนื่องจากกระดูกสะโพกส่วนต้นขา (Trochanteric) เป็นส่วนหนึ่งของกระดูก femur ซึ่งอยู่ระหว่าง greater และ lesser trochanteric เมื่อมีอาการกระดูกสะโพกหัก[4] จากการมีแรงมากระทำโดยตรงจากอุบัติเหตุ หรือโดยทางอ้อมจากภาวะกระดูกพรุนก็ตาม ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด และการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกเพิ่มความมั่นคง หลังทำผ่าตัดอาจต้องนอนพักอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน เป็นเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การติดเตียง ระบบการหายใจจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด และระบบไหลเวียนเลือดที่ส่งผลให้เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ในที่สุด[5] เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา จนอาการดีขึ้นยังต้องการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลต้องมีการระมัดระวังขาให้อยู่ในแนวที่ถูกต้อง น้ำหนักแขวนลอย ยกขาสูงเล็กน้อยไม่หมุนขาเข้าด้านในหรือแบะขาออกด้านนอกตามแรงการดึงตลอดเวลา ความแน่นของผ้าพันไม่ให้แน่นหรือหลวมเกินไป และบางรายได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูกที่ยังคงจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องการการฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบปัสสาวะ การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การทำความสะอาดร่างกาย อีกทั้งการปฏิบัติตนในท่าที่ถูกต้อง ห้ามนั่งยอง ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามปั่นจักรยาน ห้ามนั่งในท่าเข่าอยู่เหนือข้อสะโพก ห้ามหมุนตัวบิดขาเข้าด้านใน การปรับที่นั่งรองส้วมเป็นชักโครก การป้องกันการหกล้ม โดยการฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์เสริมช่วยพยุงเวลาเดิน การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาในการทำกิจวัตรประจำวัน[6]

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลที่มุ่งเน้นการจัดระบบประสานงาน ระบบบันทึกรายงาน จัดทำคู่มือการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังชุมชนตามรูปแบบ D-METHOD ในการวางแผนจำหน่าย[7] บทบาทของพยาบาลเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพ จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่เนิ่น ๆ ก่อนกลับบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลผู้ดูแลจะต้องเตรียมดำเนินการอย่างสม่ำเสมอทุกราย เพื่อการกลับสู่สภาพเดิม และไม่ป่วยซ้ำ ดังนั้นสมรรถนะในการวางแผน

จำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลต้องมีความรู้สามารถการเตรียมวางแผนผู้ป่วยก่อนกลับบ้านได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง

คณะผู้วิจัยมีความสนใจศึกษา กระบวนการเตรียมความพร้อมด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลและเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านทุกรายให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง อย่างถูกต้องเหมาะสม พยาบาลต้องพัฒนาบทบาทของตนให้มีสมรรถนะในการให้ความรู้ การสอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการประเมินและสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านภายหลังจำหน่าย รวมถึงการส่งต่อ การประสานกับบุคลากรในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการตรวจสอบสมรรถนะและเป็นแนวทางปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตามสมรรถนะทางวิชาชีพของสภาการพยาบาล[8]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ปฏิบัติอยู่

2. เสนอแนวทางในการพัฒนาและทดลองใช้แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสะโพกหัก ตามกรอบแนวคิดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล[8] ซึ่งครอบคลุมสมรรถนะ 8 ด้าน คือ 1) ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 3) ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ 4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 5) ด้านวิชาการ 6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ 7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ 8) ด้านสังคม โดยเน้นการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักก่อนกลับบ้านในเบื้องต้น จากนั้นนำข้อมูลมาสร้างเป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการสะโพกหักก่อนกลับบ้านและใช้ประเมินระดับของสมรรถนะของพยาบาลในการวางแผนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความรู้ ความสามารถ และเจตคติที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขอบเขตของวิชาชีพอย่างปลอดภัย มีความรับผิดชอบเป็นผู้ร่วมงานที่มีประสิทธิภาพ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เป็นสมาชิกที่ดีทั้ง 8 ด้านดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก คือผู้ป่วยที่เกิดการหักของกระดูกต้นขาส่วนบน (Proximal Femur) บริเวณ Trochanteri ซึ่งอยู่ระหว่างบริเวณ greater และ lesser trochanter ของกระดูก femur เกิดจากอุบัติเหตุ หรือการหกล้ม หรือภาวะกระดูกพรุน จะมีอาการเจ็บปวด ต้องการรักษาโดยการถ่วงดึงด้วย Buck's Extension Skin Traction หรือด้วยการผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกเพิ่มความมั่นคง หรืออาจต้องการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม[4] เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้คำแนะนำการฝึกการหายใจ การรับประทานอาหารที่มีแคลเซี่ยม การรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์[3] การรักษาโดยการผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ฝึกการเคลื่อนไหวด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน และดูแลโภชนาการ ลดความวิตกกังวลในการผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูหลังผ่าตัด การจัดการความปวดด้วยยากลุ่ม Opioids และ Non steroid anti Inframmatory drug การป้องกันแผลกดทับด้วยการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ระยะหลังผ่าตัด[9] การป้องกันการติดเชื้อ ด้วยการทำความสะอาดบาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ จัดหาอุปกรณ์ช่วยเดิน ประเมินอาการปวดทุก 4 ชั่วโมง การฝึกกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้านบ้าน ติดตั้งราวจับห้องน้ำ ปรับพื้นบ้านให้เรียบ ประสานงานกับชุมชนส่งข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามต่อเนื่อง ในระยะ 3 วันและต่อเนื่องจนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อทบทวนความรู้และประเมินการปฏิบัติตน

ปัญหาอุปสรรค ด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลต่อที่บ้านภายหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล แต่ยังขาดการพัฒนาแบบประเมินการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทันสมัย และดีที่สุด จากการอธิบายให้ความรู้ก่อนกลับบ้านติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การออกกำลังกาย การระวังการเดินขาด้านที่บาดเจ็บขาผิดรูป การจัดท่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทำให้ข้อสะโพกหลุด การนั่งไม่ควรนั่งงอสะโพก[5] ซึ่งเป็นบทบาทที่พยาบาลจะต้องอธิบายให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน

การวางแผนจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งพยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเอง และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิด D-METHOD[10] ซึ่งประกอบด้วย การใช้ยา (Medication) ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้รับความรู้การจัดการสภาพแวดล้อมที่บ้านได้เหมาะสม (Treatment) ได้รับรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ การดูแลสุขภาพ (Health) ได้รับข้อจำกัดของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การปรับตัวการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมารับการตรวจตามที่แพทย์นัดและการจัดอาหาร (Diet) เน้นความเข้าใจสามารถเลือกอาหารที่ควรรับประทานและงดรับประทานอาหารอะไรบ้าง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เพื่อค้นหาสภาพปัญหา และหาแนวทางการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการดูแลและวางแผนผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ให้มีประสิทธิภาพที่สุด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานโดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (a qualitative research mixed with quantitative research) ในเบื้องต้นใช้การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสะโพกหักตามกรอบแนวคิดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล8โดยเน้นการปฏิบัติการของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักก่อนกลับบ้านในเบื้องต้น จากนั้นนำข้อมูลมาสร้างเป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการสะโพกหักก่อนกลับบ้านและใช้ประเมินระดับของสมรรถนะของพยาบาลในการวางแผนผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และระดับชำนาญการจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ (กรุงเทพมหานคร) โรงพยาบาลกระทุ่มแบน (จังหวัดสมุทรสาคร) และ โรงพยาบาลโพธาราม (จังหวัดราชบุรี) รวมทั้งสิ้นจำนวน 108 คนโดยผู้วิจัยพิจารณาทั้ง 3 สถาบันให้ความร่วมมือในการวิจัยดีมากและพร้อมที่จะพัฒนาการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและยินดีร่วมมือในการให้สัมภาษณ์จำนวน 18 คน และให้ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 90 คน รวมทั้งสิ้น 108 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ตารางกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970)[11] จากประชากร 110 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้ครบเป็นจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบประเมินระดับสมรรถนะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักก่อนกลับบ้าน แบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดสมรรถนะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุม 8 ด้าน8 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์จนข้อมูลมีลักษณะซ้ำกันหรือถึงจุดอิ่มตัว (Data Saturation) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Inductive Analysis) โดยการตีความ สังเคราะห์ และเชื่อมโยงความหมายของข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาสร้างแบบประเมินระดับของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักตามเกณฑ์สมรรถนะเชิงวิชาชีพ 8 ด้านตามเกณฑ์ ของสภาการพยาบาล[8] โดยสร้างเป็นข้อคำถามข้อละ 3 ข้อย่อย รวมทั้งสิ้น จำนวน 24 ข้อ และนำไปให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เพื่อสอบถามการปฏิบัติการพยาบาล ตามสมรรถนะ 8 ด้าน 90 ราย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสัมภาษณ์แนวทางการประเมินระดับสมรรถนะและแบบประเมินระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการ

วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล การวิจัย และการประเมินสมรรถนะ โดยได้คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 1 และนำผลการตรวจสอบไปทดลองใช้ เพื่อปรับปรุงแบบให้มีความชัดเจนและเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง เครื่องมือของวัตถุประสงค์ข้อ 2 มีการพัฒนาและทดลองใช้แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability Testing) นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลกับผู้ป่วยสะโพกหัก จากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี แห่งหนึ่ง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน รหัสโครงการ No. 004/67 ลงวันที่ 25 เมษายน 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธารพิพัฒน์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโรงพยาบาลโพธาราม ที่มีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การให้การดูแลรักษาโดยในรูปแบบที่ลักษณะต่างกันในแต่ละแหล่งฝึกปฏิบัติที่ครอบคลุมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยตรง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติ จากหน่วยงานเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 18 ราย โดยได้รับความยินยอมให้บันทึกเสียงการสนทนาด้วยโทรศัพท์มือถือ ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละรายใช้เวลาประมาณ 30–60 นาทีดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2568 จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และสร้างเป็นแบบประเมินระดับของสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายเป็นข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยใช้กระบวนการเตรียมการและการรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลหลัก นัดหมายแจ้งรายละเอียดสิ่งที่ศึกษา และส่งจดหมายเพื่อขออนุญาตอีกทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูล คือ สมุดจดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง และเครื่องมืออื่น ๆ และขั้นการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม เริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพเจ้าของประสบการณ์ ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการพูดคุยกับเจ้าของประสบการณ์เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่เจ้าของประสบการณ์สามารถแสดงความคิดเห็นและเปลี่ยนมุมมองต่าง ๆ กับผู้วิจัยได้อย่างอิสระ

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ นำข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้ มาพัฒนาสร้างเป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพว่าปฏิบัติหรือไม่เพียงใด จากนั้นนำแบบประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความตรงและความเชื่อมั่นอีกครั้ง โดย ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลโรคกระดูกสะโพกหัก เมื่อได้แบบประเมินที่มีคุณภาพแล้วจึงนำมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยสะโพกหักที่เตรียมตัวกลับบ้านจริง จำนวน 90 ราย ดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2568 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลลัพธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหาและสังเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การประเมินสมรรถนะด้านบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับโรค การแจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อการสอนจากแผ่นพับ วีดีโอ e-book โดย QR code สามารถส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมต่อในชุมชน สรุป 8 ด้านดังนี้

1. สมรรถนะด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณ

พบว่า พยาบาลวิชาชีพ เน้นถึงความตระหนักถึงจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล โดยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ทุกครั้ง โดยเสนอแนะดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพกล่าวว่า “ก่อนอื่นมีการแนะนำตัวแจ้งให้ทราบว่าเป็นเจ้าหน้าที่ มีการถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาและสิทธิการรักษา เซ็นใบยินยอมและแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบด้วย” เน้น “การทำประโยชน์ให้ผู้ป่วย การเคารพเอกสิทธิ์ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถตัดสินใจ” และ “ต้องตระหนักถึงการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาและสิทธิการรักษา ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นใบยินยอมตัดสินใจทุกครั้ง การเคารพเอกสิทธิ์ เคารพศักดิ์ศศรีความเป็นมนุษย์”

2. สมรรถนะพยาบาลด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล เน้นการวางแผนจำหน่ายต้องให้คำแนะนำก่อนผู้ป่วยกลับบ้านโดยการสำรวจประเมินผู้ป่วย และครอบครัวว่า “ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเองร่วมกับญาติ ครอบครัว วางแผนทบทวนแผนการรักษาแพทย์ในการจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อมในบ้าน เช่น ดูแลพื้นบ้าน บันได ห้องน้ำ การปฏิบัติให้คำแนะนำการรักษา ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน” “การมาตรวจตามนัดต้องมีการประเมินโดยมีทีมเยี่ยมบ้านติดตามเยี่ยมดูพัฒนาการการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวว่า “ต้องดูแผนการรักษาของแพทย์ว่าผู้ป่วยมีกระดูกหักผ่าตัดแบบไหนหรือไม่ได้ผ่าตัดการดูแลจะแตกต่างกัน การวางแผนในรูปแบบใดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย” “บทบาทสี่มิติ ในการสำรวจประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ วางแผนรวมกับญาติครอบครัวในการจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อมในบ้าน” และ“ก่อนกลับบ้านจะส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้าน มีการเตรียมความพร้อมตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด”

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ และแสดงออกเหมาะสม ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวว่า “การสร้างบุคลิกภาพพยาบาลวิชาชีพต้องมีความเป็นผู้นำ บุคลิกภาพน่าเชื่อถือ มีความรู้ มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม เป็นตัวอย่างที่ดี” “สิ่งสำคัญที่สามารถสร้างกำลังใจโดยพูดคุยด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใสให้ผู้ป่วยไว้วางใจ” การเข้าพบผู้ป่วย “ต้องมีการแนะนำตัว แจ้งให้ทราบว่าเป็นพยาบาล และจะไปพูดคุยสร้างสัมพันธ์ภาพให้เขาเกิดความน่าเชื่อถือ ต้องมีคุณลักษณะความเป็นผู้นำ มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ แสดงออกพูดคุยด้วยหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส สร้างกำลังใจ และสัมพันธ์ภาพที่ดี แสดงออกอย่างเหมาะสมเป็นตัวอย่างที่ดี”

4. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ต้องสามารถถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์แก่รุ่นน้องทั้งในและนอกองค์กร ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพว่า “พยาบาลต้องมีการพัฒนาความรู้ ฝึกทักษะต่อเนื่อง ให้มีมาตรฐานร่วมกับทีมสหสาขา มีการจัดอบรมทุกปี ทำงานด้วยความเชื่อมั่นตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย” “ต้องพัฒนาความรู้ให้ทัดเทียมกับแพทย์ หาความรู้อย่างต่อเนื่อง มีแผนในการพัฒนา สร้างนวัตกรรมที่สามารถปฏิบัติและออกนโยบายการวางแผนจำหน่ายเพื่อไม่กลับมานอนโรงพยาบาลใหม่”

5. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพัฒนาวิชาการ พยาบาลวิชาชีพต้องมีความสามารถพัฒนารูปแบบ/แนวปฏิบัติทางวิชาการใหม่ๆ ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพว่า “พยาบาลวิชาชีพต้องมีการฝึกฝนทักษะในการวางแผนจำหน่ายทุกปีทั้งรูปแบบและแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก สามารถเป็นต้นแบบแก่พยาบาลในการวางแผนจำหน่าย รวมถึงสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านศัลยกรรมกระดูก มีการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมความรู้ในรูปแบบใหม่ๆ เช่น e-book ที่เหมาะสม” “มีการฝึกฝนทักษะเป็นประจำ”

6. สรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการสื่อสาร ด้านการสื่อสารให้คำแนะนำทาง เน้นว่า “ควรใช้อุปกรณ์แผ่นพลับโทรศัพท์ วีดีโอสอนในหน่วยงาน การติดต่อสื่อสาร โดยเฉพาะการใช้ Line official Account, D-method ในรูปแบบ e-book นำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก” ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวว่า “พยาบาลต้องมี Line official Account สามารถเสริมพลังสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ พูดคุยได้โดยตรงและใช้โทรศัพท์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยญาติ มีการวางแผนจำหน่าย มีการสแกน QR code Line ประเมินหลังกลับบ้าน” “มี line contact ในส่วนของญาติในการดูแล”

7. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการเทคโนโลยีและสารสนเทศ พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสะโพกหัก ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพว่า “ในการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญควรมี

Line official Account ให้คำปรึกษา” “มีการพัฒนา D-method ในรูปแบบ e-book สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสะโพกหัก” “พยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการติดต่อสื่อสารในหน่วยงาน”

8. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านสังคม พยาบาลวิชาชีพติดตามเยี่ยม ดูแลที่บ้านและส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบล อบต.ติดตามเยี่ยมดูแลในชุมชน ดังคำพูดของพยาบาลวิชาชีพว่า “การดูแลต่อเพื่อสู่ชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบลเยี่ยมต่อ เป็นสิ่งจำเป็น เช่นการให้ผู้ป่วยสามารถ add Line สื่อสารได้อีกช่องทางหนึ่งในเยี่ยมบ้าน” “มีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบล อบต.ติดตามในชุมชน ต่อเนื่อง”

สรุป กลุ่มตัวอย่างเสนอให้เน้นสมรรถนะด้านจริยธรรม เชิงวิชาชีพ บุคลิกภาพความเป็นผู้นำ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับโรค การแจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อการสอนจากแผ่นพับ วีดีโอ e-book โดย QR code สามารถส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมต่อในชุมชน

ข้อมูลเชิงปริมาณ การศึกษาระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้วยการตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติพื้นฐานแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ สรุปผลได้ดังตารางนี้

ตาราง 1 ข้อมูลการปฏิบัติต่อผู้ป่วยก่อนกลับบ้านของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละได้ดังนี้

ลำดับ	ระดับปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก	ร้อยละ
1	มีการแนะนำตัวแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นเจ้าหน้าที่	100
2	มีการดูแผนการรักษาของแพทย์ว่าผู้ป่วยมีกระดูกหักผ่าตัดแบบใหนหรือไม่ และวางแผนในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย	100
3	มีการสำรวจประเมินผู้ป่วยว่า มีความรู้ในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดซ้ำ และวางแผนร่วมกับญาติ	100
4	พยาบาลมีบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ มีความเป็นผู้นำ น่าเชื่อถือ มีความรู้ และแสดงออกอย่างเหมาะสม	100
5	มีการถามชื่อ นามสกุลผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการรักษาและสิทธิการรักษา เซ็นใบยินยอมและแจ้งให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบ	98.9
6	ปฏิบัติโดยคำนึงถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วย การเคารพเอกสิทธิ คำนึงถึงความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	98.9
7	พัฒนาการวางแผนจำหน่ายฯ มีทีมพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มการพยาบาล และทำงานเป็นทีม	97.8
8	สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการติดต่อสื่อสารในหน่วยงาน	97.0
9	ขั้นแรกในการวางแผนจำหน่าย ได้ดูแผนการรักษาแพทย์ ก่อนกลับบ้านจัดส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัด	97.0
10	ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการรักษา ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด	96.7
11	มีทีมไปเยี่ยมดูที่บ้านและการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน	95.0
12	มีการพัฒนาความรู้ต่อเนื่องให้มีมาตรฐานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	92.2
13	สามารถพัฒนารูปแบบ/แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นต้นแบบแก่พยาบาลในการวางแผนจำหน่าย	90.0
14	ให้ผู้ป่วย add Line สื่อสารได้อีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารประสานงานกับทีม	88.5
15	การดูแลต่อเพื่อสู่ชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยายาบาลประจำตำบลเยี่ยมต่อให้ผู้ป่วยสามารถ add Line สื่อสารได้อีกช่องทางหนึ่งในการสื่อสารประสานงานทีมเยี่ยมบ้าน	86.7
16	พยาบาลวิชาชีพมีการฝึกฝนทักษะในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทุกปี	85.0
17	พัฒนาความรู้ให้ทัดเทียมกับแพทย์ มีการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง มีแผนในการพัฒนา สร้างนวัตกรรมที่สามารถปฏิบัติและออกนโยบายการวางแผนจำหน่ายเพื่อไม่กลับมานอนโรงพยาบาลใหม่	78.9
18	มี Line Contact ในส่วนของญาติในการดูแล	73.3
19	มีการพัฒนาตามวิธี D-method ในรูปแบบ e-book สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสะโพกหัก	71.1
20	การสื่อสารให้คำแนะนำทางแผ่นพับ วีดีโอสอนให้ผู้ป่วย มี Line Official Account สามารถเสริมพลังสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ	66.7
21	การวางแผนจำหน่ายมีการสแกน QR code Line ประเมินหลังกลับบ้าน	66.7
22	มีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบล อบต.ติดตามเยี่ยมในการดูแลในชุมชน	62.2
23	มี Line contact ในส่วนของผู้ป่วยและญาติในการดูแลก่อนกลับบ้าน	45.6
24	การวางแผนจำน่ายมี Line official Accoont ให้ผู้ป่วยและญาติขอคำปรึกษาในชุมชน	37.8

จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านบุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ ความเป็นผู้นำ การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับโรค การแจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเอง การมาตรวจตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้สื่อการสอนจากแผ่นพับ วีดีโอ e-book โดย QR code สามารถส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขเยี่ยมต่อในชุมชน ผลการประเมินเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ด้านทักษะในการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับสมรรถนะด้านการสื่อสารและใช้ข้อมูลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีสมรรถนะในการปฏิบัติค่อนข้างต่ำกว่าร้อยละ 73.3 สมควรต้องพัฒนาเพิ่มขึ้น เพื่อความสมบูรณ์ทันสมัย ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลได้ปฏิบัติด้าน สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ มีความตระหนักถึงการเคารพเอกสิทธิ์ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมให้คำแนะนำการรักษา ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด วางแผนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในบ้าน การแนะนำ ประเมินด้านพัฒนาการ ความก้าวหน้าการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพมีความเป็นผู้นำ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ความรู้ที่ทันสมัย การพัฒนาความเจริญก้าวหน้าด้านวิชาการในการแสวงหาความรู้ใหม่ มีคะแนนจำนวนมากกว่าร้อยละ 78.9 สำหรับการปฏิบัติของพยาบาลที่มีจำนวนน้อย ก็คือ สมรรถนะด้านจัดให้มี Line Contact ในส่วนของญาติในการดูแล ร้อยละ 73.3 มีการใช้วิธี D-method ในรูปแบบ e-book การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศการสมรรถนะ วางแผนจำหน่ายร้อยละ 71.1 มีการสื่อสารให้คำแนะนำทางแผ่นพับ วีดีโอสอนให้ผู้ป่วย มี Line Official Account สามารถเสริมพลังสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ ร้อยละ 66.7 การวางแผนจำหน่ายมีการสแกน QR code Line ประเมินหลังกลับบ้าน 66.7 การส่งต่อข้อมูลให้ทีมอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลประจำตำบล อบต.ติดตามเยี่ยมในการดูแลในชุมชน ร้อยละ 62.2 และที่น้อยที่สุด คือการปฏิบัติด้าน Line contact และ line official ขอคำปรึกษาในชุมชนเพียงร้อยละ 45.6 และ 37.8 สะท้อนการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยสอดคล้องกับ Chontica Pochanakij (2018)[2] พบว่ามีองค์ประกอบด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำ ด้านวิชาการและการวิจัยด้านการสื่อสาร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและสังคม

จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และปฏิบัติด้วยความตระหนักถึงการเคารพเอกสิทธิ์ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีการแนะนำตัวก่อน แจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาและสิทธิการรักษา พร้อมเซ็นใบยินยอมตัดสินใจการรักษาพยาบาล ตลอดจนทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับ Huang Chun, Jian Song, Lingli Peng,and Zirong Tao[7] ที่ให้ความสำคัญในการตัดสินใจกำหนดการรักษาพยาบาล ตลอดจนการแจ้งให้ทราบถึงแผนการรักษาและสิทธิการรักษาในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำ การรักษา ให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด วางแผนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในบ้าน มีการปฏิบัติลงไปแนะนำ กระตุ้น และประเมินด้านพัฒนาการ ความก้าวหน้าการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ในเรื่องบทบาทพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนภายหลังกลับจากโรงพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด วางแผนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมในบ้าน ตลอดจนการสนับสนุนด้านโภชนาการและการดูแลจิตสังคม ในการเพิ่มการฟื้นสภาพและลดโอกาสบาดเจ็บซ้ำ

คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพมีด้านความเป็นผู้นำ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ความรู้ที่ทันสมัย ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ พยาบาลส่วนใหญ่เห็นว่าตนมีลักษณะความเป็นผู้นำมีการพัฒนาคุณภาพเสมอ โดยสอดคล้องกับ Stefanny Guerra, Kate Lambe, Gergana Manolova, Euan Sadler, Katie J. Sheehan.[12] การมีส่วนร่วมในทีมสหวิชาชีพ พยาบาลมีภาวะผู้นำและการจัดการในการสื่อสารและดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ความรู้ที่ทันสมัย ทำให้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพ โดยสอดคล้องกับการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าด้านวิชาการในการแสวงหาความรู้ใหม่ โดยสอดคล้องกับ Al-Maqbali, Mohammed Abdullah.[5] การมีส่วนร่วมในทีม

สหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในผู้นำการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการแสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการวางจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ คุณลักษณะด้านบุคลิกภาพ ภาวะผู้นำ การให้ความรู้และติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ แต่สิ่งที่ต้องพัฒนาคือ ด้านการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสาร รวมถึงการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง ที่ทันสมัย เช่น Line Contact และ Line Official เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ “ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสะโพกหักที่บ้านภายหลังจำหน่าย” และ “ใช้การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และรูปแบบการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสะโพกหัก”เพื่อนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยสะโพกหัก”เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสะโพกหักที่มีคุณภาพสูงที่สุด

References

1. Kingma M. Handbook on Entrepreneurial Practice: Nurses Creating Opportunities as Entrepreneurs and Intrapreneurs International Council of Nurses, 2012
2. PochanaKij C. Development of Competency Indicators for Register Nurses of Songklanagarind Hospital. PhD Thesis. Prince of Songkla University. 2019 (in Thai)
3. Watpuangkaew P, Kaewlamhat Y. Nursing management of patients with hip fractures who underwent hip replacement surgery. Journal of Environmental Health and Health. 2024. 31;9(5): 986-91. (in Thai)
4. Yusoff R M, Mulud Z A, & Mohammadnezhad M. Nursing Intervention on discharge planning for Elderly Patients with Hip Fracture A Systematic Review Malaysian. Journal of Medicine & Health Sciences 2022: 18.
5. Al-Maqbali M A. Nursing intervention in discharge planning for elderly patients with hip Fracture. International. Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing 2014,18(2) 68-80.
6. Kunbai D Case study of nursing care for patients undergoing hip replacement surgery. Journal of Environmental Health and Community Health 2nd edition. Bangkok: Siriyot Printing. 2022; 7(3): 43-53. (in Thai)
7. Huang C, Song J, Peng L, & Tao Z. Discharge transition experience and nursing needs of elderly patients with hip fracture: A qualitative systematic review. International journal of Orthopaedic and Trauma Nursing. 2025.7: 101162.
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of Registered Nurses. 2013 Competencies 2nd. Bangkok: Siriyot Printing. (In Thai)
9. Makkabphalanon K, & Suppawach P. Elderly care post total arthroplasty. Veridian E-journal Science and Technology Sipakorn University. 2016; 3(6) 57-66. (in Thai)
10. Eamchunprathip S, Discharge planning for Orthopedic Patienis. Faculty of Nursing, SuratthaniRajabhat University. 2017;27:9-18 (in Thai)
11. Suwathanpornkul I. Education Research: Concepts and Application. 2nd Ed. 2018 Jul Bangkok: Chulalongkorn University Press.(in Thai)
12. Guerra S, Lambe K, Manolova G, Sadler E, & Sheehan K J. Multidisciplinary team healthcare professionals perceptions of current and optimal acute rehabilitation, a hip fracture example A UK qualitative interview study informed by the Theoretical Domains Framework. PloS one, 2022: 17(11): e0277986.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

The Related Factors of the Request for Career Advancement among Supporting Staff in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital

หทัยรัตน์ พบชัยภูมิ[1] ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์[1] พบกร รัตนบุรี[1] วาสนา ฬาวิน[2]*

Hatairat Pobchaiyaphum[1] Patarawan Woratanarat[1] Phobkron Rattanaburi[1] Wasana Lavin[2]*

[1]โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

[2]โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สมุทรปราการ ประเทศไทย 10540

[1]Ramathibodi, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

[2]Ramathibodi Chakri Naruebodindra Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Samut Prakan, Thailand 10540

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 806 ราย ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ unpaired t-test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มในข้อมูลต่อเนื่อง สถิติไคสแควร์ และฟิชเชอร์ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ .05

ผลศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล สังกัด การดำรงตำแหน่งบริหารและตำแหน่งทางวิชาการ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่ม พบว่า ผู้ที่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีทักษะสูงกว่าทุกด้าน ($p<.05$) และมีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในทุกด้านต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ($p<.05$) ผู้ที่สนใจขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีแรงจูงใจและแรงผลักดันในทุกด้านสูงกว่า ($p<.05$) ดังนั้น จึงควรเริ่มจากกลุ่มที่สนใจก่อนในการพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรเพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการทำงานและความก้าวหน้าในอาชีพ

คำสำคัญ: การเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้น, บุคลากรสายสนับสนุน, การพัฒนาตนเอง

Abstract

This retrospective study aims to examine the factors influencing with the requests for career advancement among 806 support staffs at the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The descriptive statistics were including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The unpaired t-test was used to analyze data between groups in continuous data sets. Chi-square and Fisher's tests were used to analyze the related factors. The statistical significance level was at .05.

Corresponding author Email: Wasana.rav@mahidol.ac.th

วันที่รับ (Received) 12 ตค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 10 มค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 มค. 2569

The study was found that personal factors were significantly associated with applying for career advancement included age, education level, years of experience, nursing position, affiliation, administrative position, and academic position (p<.05). Comparing the differences between those who had applied for career advancement demonstrated higher skills in all parts (p<.05) and lower perceived problems and obstacles in all parts compared to other group (p<.05). These findings suggest that development initiatives and institutional support should be strategically provided to interested groups to increase their likelihood of achieving professional success and advancing in their career advancement.

Keywords: Career advancement, Supporting staff, Self-Development

บทนำ

การพัฒนาบุคลากรทำให้บุคลากรมีประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ สามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิผล รวมทั้งช่วยให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ ปรับพฤติกรรม เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ทัศนคติ สร้างแรงจูงใจ คุณภาพและประสิทธิภาพสูงขึ้น นับว่าเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวบุคลากรเองและต่อองค์กร[1,2] การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถาบันการศึกษาระดับสูง เช่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่มีบทบาทสำคัญในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และวิชาการคุณภาพสูง บุคลากรสายสนับสนุนนับเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานต่าง ๆ ภายในองค์กร จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาและส่งเสริมให้สามารถเติบโตและเลื่อนตำแหน่งในสายงานได้อย่างเหมาะสม

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มีบุคลากรสายสนับสนุนประมาณ 10,233 คน เช่น พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป นักวิชาการพัสดุ เป็นต้น โดยคณะฯ มีความมุ่งมั่นพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้พนักงานมีความก้าวหน้าในอาชีพ และเพื่อดึงดูดบุคลากรที่มีอยู่ให้มีความรู้สึกต้องการปฏิบัติงานในคณะฯ ลดปัญหาการลาออก[3,4] และในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของมหาวิทยาลัยมหิดล (Academic and Entrepreneurial Education) พ.ศ. 2561-2580 กำหนดตัวชี้วัดหลักเป็นจำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่ได้รับตำแหน่งสูงขึ้น[5] ทางคณะฯ สนับสนุนตามพันธกิจโดยจัดให้มีการส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพของบุคลากร สร้างแรงจูงใจ และกระตุ้นให้บุคลากร มีการเติบโตในสายอาชีพเพิ่มมากขึ้น โดยมีการดำเนินการจัดโครงการอบรมอย่างต่อเนื่องตลอดปี เช่น การเขียนคู่มือ การเขียนวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการทำวิจัย เป็นต้น เพื่อให้บุคลากรมีผลงานประกอบการยื่นประกอบการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น เช่น ในระดับผู้ชำนาญการพิเศษ ระดับผู้เชี่ยวชาญ และระดับผู้เชี่ยวชาญพิเศษ เป็นต้น[5]

ในการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน นอกจากจะทำให้บุคลากรได้รับค่าตอบแทนเพิ่มมากขึ้นต่อเดือนแล้วนั้น ยังมีผลให้เกิดการยอมรับในความสามารถและผลงานของแต่ละบุคคล ช่วยให้บุคลากรมองเห็นโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพของตน[6,7] จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุนมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความต้องการความสำเร็จ ความมั่นใจในตนเอง และทัศนคติต่อการทำงาน[1] และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร และนโยบายการบริหารทรัพยากรมนุษย์[6] นอกจากนี้การศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ยังพบปัจจัยในการทำงานด้านสภาพแวดล้อม เช่น ภาระงานที่หนัก ความเครียดจากการรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีม มีผลกระทบต่อความต้องการในการเลื่อนตำแหน่งของบุคลากร[6,8,9]

การศึกษานี้ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลระหว่างบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม ระหว่างบุคลากรที่ไม่เสนอขอกำหนดตำแหน่งกับกลุ่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ศึกษาในบุคลากรสายวิชาการ เช่น กลุ่มอาจารย์ ในขณะที่ข้อมูลในกลุ่มสายสนับสนุนยังมีน้อย การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษาในบุคลากรสายสนับสนุนในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและหาแนวทางสนับสนุนที่

เหมาะสมและในการส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรกลุ่มนี้ ผลของวิจัยนี้จะทำให้ทราบปัญหา และทำให้ผู้บริหารสามารถพัฒนากลยุทธ์ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

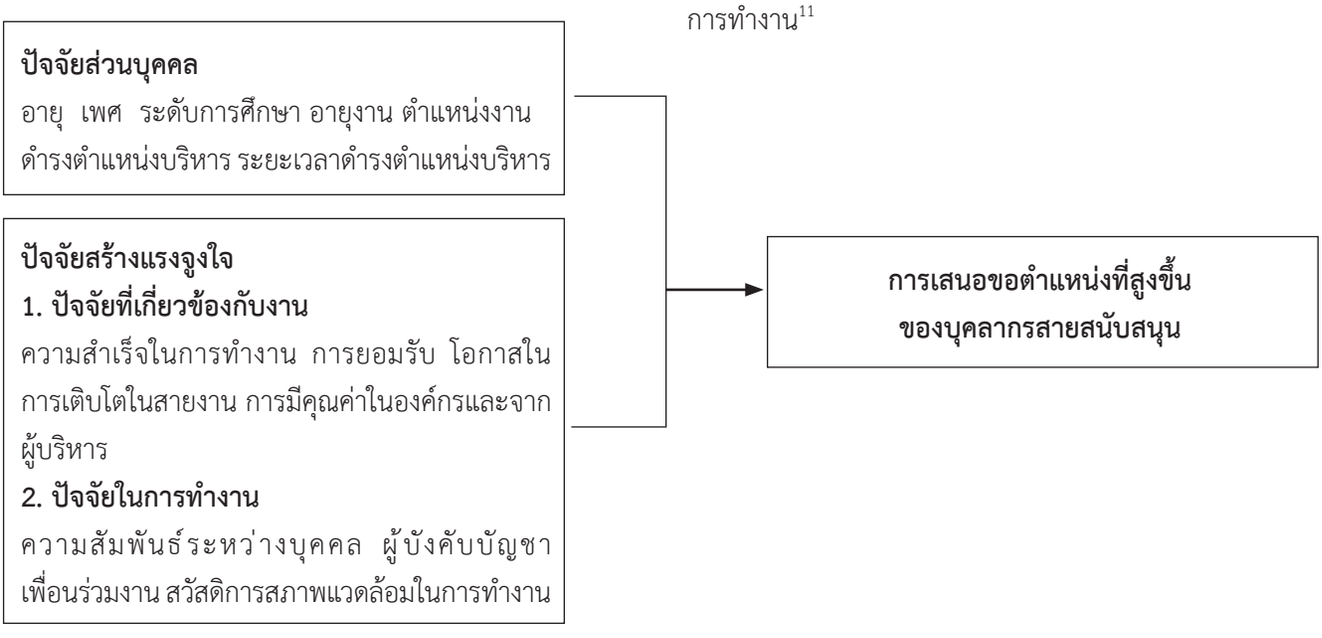
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงานระหว่างบุคลากรที่ไม่เสนอขอกำหนด ตำแหน่งกับกลุ่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น สายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ใช้การประยุกต์กับทฤษฎีระดับขั้นความต้องการของมาสโลว์[10] และทฤษฎีความพึงพอใจในงานของเฮอร์ซเบิร์กที่อธิบายการทำงานของบุคลากร 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ไม่เสนอขอกำหนดตำแหน่งกับกลุ่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น โดยมีปัจจัยสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ปัจจัยในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[11]



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective) จากผลของการตอบแบบสอบถาม เรื่อง “การเสนอขอตำแหน่งสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน” พ.ศ. 2567 ใช้สอบถามบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ก่อนใช้ข้อมูลในแบบสอบถามนี้กลุ่มผู้วิจัยได้แจ้งและขอความยินยอมแล้วจากงานบริการวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นบุคลากรสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 10,233 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ บุคลากรสายสนับสนุน ปฏิบัติงานเต็มเวลา สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อายุงาน 1 ปี ขึ้นไป ใน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ มีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรสายวิชาการ บุคลากรประเภทการจ้างลูกจ้างทุกประเภท แพทย์ประจำบ้าน และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน คงเหลือ ประมาณ 9,000 คน คณะทำงานที่ปรึกษาการเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

พ.ศ. 2567 ได้ส่งข้อความประกาศของคณะฯ เพื่อร่วมตอบแบบสอบถามได้กลับมา 806 ราย การคำนวณขนาดตัวอย่างอาศัยปัจจัยที่มีผลต่อการขอตำแหน่งสูงขึ้น กำหนดค่า alpha error .05 ค่า beta error .20 การได้รับการยอมรับจากคณะฯ ในกลุ่มที่ไม่ขอตำแหน่งมีค่าเฉลี่ย 3.0 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0 คะแนน ค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ไม่ขอตำแหน่งกับกลุ่มที่ขอตำแหน่งสูงขึ้น .50 คะแนน margin .50 สัดส่วนของผู้ที่ไม่ขอกำหนดตำแหน่งต่อผู้ที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นเป็น 1:4 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มผู้ที่ไม่เสนอขอกำหนดตำแหน่ง 493 ราย และกลุ่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น 124 ราย ดังนั้น เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลวิจัยไม่ครบจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 806 ราย ในกลุ่มผู้ที่ไม่เสนอขอกำหนดตำแหน่ง 666 ราย และกลุ่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น 140 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้กลุ่มผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามของนางหทัยรัตน์ พบชัยภูมิ ผู้วิจัยหลัก ที่ทบทวนวรรณกรรมปรับแก้ไข ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขซ้ำ โดยศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงภัทรวัณย์ วรธนารัตน์ จัดทำขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 โดยงานบริการวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ก่อนส่งให้บุคลากรในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทำ ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ กลุ่มผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพซ้ำ โดยข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อขอตำแหน่งสูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุนของคณะฯ เนื้อหาแบบสอบถาม แบ่งได้ 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน ตำแหน่งสังกัด ดำรงตำแหน่งบริหาร ตำแหน่งทางวิชาการ และหน่วยงาน 2) ความรู้ ความเข้าใจ ในการทำผลงานทางวิชาการเพื่อเสนอขอตำแหน่ง มี 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค 3) ความต้องการการสนับสนุน มี 5 ข้อ แบ่งเป็น 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่มีปัญหาและอุปสรรค 4) คำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้น ได้แก่ แรงจูงใจและแรงผลักดันในการเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้น และสิ่งใดที่ทำให้มีความต้องการทำผลงานทางวิชาการเพื่อเสนอขอตำแหน่งมากยิ่งขึ้น โดยคำตอบเป็นตัวเลือก และ 5) ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้น โดยคำตอบเป็นตัวเลือก

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลนี้ได้จากการทำแบบสอบถามเพื่อสำรวจการเสนอขอตำแหน่งสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน พ.ศ. 2567 โดยก่อนใช้ข้อมูลในแบบสอบถามนี้กลุ่มผู้วิจัยได้แจ้งและขอความยินยอมจากงานบริการวิชาการ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว เมื่อได้รับความยินยอมในการใช้ข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์และนำเสนอตีพิมพ์ กลุ่มผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ภายหลังงานผ่านการรับรองแล้ว กลุ่มผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในคณะฯ และเมื่อได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลซ้ำก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA. MURA2025/657 ได้รับการอนุมัติเมื่อ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้ข้อมูลย้อนหลังจากผลของการตอบทำแบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรสายสนับสนุนในคณะฯ เรื่อง “การเสนอขอตำแหน่งสำหรับบุคลากรสายสนับสนุน” พ.ศ.2567 ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับโดยผู้วิจัย และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาถึงคุณลักษณะกลุ่มประชากร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยรายงานข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีทำงานในหน่วยงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยข้อมูลต่อเนื่องรายงานผลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลชนิดกลุ่มรายงานผลเป็นความถี่และร้อยละ

2. ใช้สถิติทดสอบการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มใช้ unpaired t-test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องและ Fisher’s

exact test หรือ Chi-squared test สำหรับข้อมูลชนิดกลุ่ม ตามความเหมาะสมของการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติและปกติ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

3. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลจากการสำรวจบุคลากรสายปฏิบัติการคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ทั้งสิ้น 806 ราย ที่ตอบกลับแบบสอบถามแบ่งตามสังกัด 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี 301 ราย (ร้อยละ 37.3) โรงพยาบาลรามาธิบดีจักรีนฤบดินทร์ 58 ราย (ร้อยละ 7.2) สังกัดภาควิชา 263 ราย (ร้อยละ 32.6) หน่วยวิจัย 16 ราย (ร้อยละ 2) และฝ่ายสนับสนุน 168 ราย (ร้อยละ 20.8) อายุเฉลี่ย 40.16 ปี (SD=9.1 ปี) เพศหญิง 698 ราย (ร้อยละ 86.6) สถานภาพโสด 430 ราย (ร้อยละ 53.4) จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรี 448 ราย (ร้อยละ 55.6) ปริญญาโท 253 ราย (ร้อยละ 31.4) ปริญญาเอก 20 ราย (ร้อยละ 2.5) อายุงานเฉลี่ย 14.83 (SD=9.4 ปี) พยาบาล 239 ราย (ร้อยละ 29.6) วิชาชีพอื่น 123 ราย (ร้อยละ 15.2) นักวิจัย 19 ราย (ร้อยละ 2.3) สายสนับสนุนอื่น 425 ราย (ร้อยละ 52.7) ดำรงตำแหน่งบริหาร 99 ราย (ร้อยละ 12.3) ระยะเวลาดำรงตำแหน่งบริหารเฉลี่ย 6.15 ปี (SD=5.81 ปี) เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น 140 ราย (ร้อยละ 17.4) โดยเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้นในระดับช่วยปฏิบัติการ (ต่ำกว่าปริญญาตรี) 1 ราย (ร้อยละ 0.7) ระดับผู้ชำนาญงาน 10 ราย (ร้อยละ 7.1) ระดับผู้ชำนาญงานพิเศษ 10 ราย (ร้อยละ 7.1) ระดับผู้ชำนาญการ 19 ราย (ร้อยละ 13.6) ระดับผู้ชำนาญการพิเศษ 63 ราย (ร้อยละ 45) ระดับผู้เชี่ยวชาญ 9 ราย (ร้อยละ 6.4) ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสายปฏิบัติการกับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรสายปฏิบัติการกับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (n = 806)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น		P-value
	เคย (140 ราย)	ไม่เคย (666 ราย)	
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	45.6 (9.0)	39.0 (8.8)	<.001*
เพศหญิง (ร้อยละ)	120 (85.7)	578 (86.8)	.630
สถานภาพโสด (ร้อยละ)	63 (45.0)	367 (55.1)	.050
ระดับการศึกษา (ร้อยละ)			<.001*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2 (1.4)	83 (12.5)	
ปริญญาตรี	52 (37.1)	396 (59.5)	
ปริญญาโท	77 (55.0)	176 (6.4)	
ปริญญาเอก	9 (6.4)	11 (1.6)	
อายุงาน (ปี), ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	21.3 (9.5)	13.5 (8.8)	<.001*
ตำแหน่งงาน (ร้อยละ)			<.001*
พยาบาล	57 (40.7)	182 (27.3)	
วิชาชีพอื่น	40 (28.6)	83 (12.5)	
นักวิจัย	5 (3.6)	14 (2.1)	
สายสนับสนุน	38 (27.1)	387 (58.1)	
ดำรงตำแหน่งบริหาร (ร้อยละ)			<.001*
ไม่มีตำแหน่ง	109 (77.9)	598 (89.8)	
มีตำแหน่ง	31 (22.1)	68 (10.2)	
ระยะเวลาดำรงตำแหน่งบริหาร (ปี), ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.9 (7.9)	5.3 (4.3)	.082

*ค่า p-value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มที่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี (SD=9) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีอายุเฉลี่ย 39 ปี (SD=8.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนเพศและสถานภาพสมรสไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม (p=.630 และ p=.050 ตามลำดับ) ผู้ที่มีตำแหน่งบริหารมีแนวโน้มที่จะเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมากกว่าผู้ที่ไม่มีตำแหน่งบริหาร (ร้อยละ 22.1 เทียบกับ ร้อยละ 10.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ทักษะเพื่อการเสนอขอตำแหน่งกับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (n = 806)

ทักษะเพื่อการเสนอขอกำหนดตำแหน่ง	การเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น		P-value
	เคย (140 ราย)	ไม่เคย (666 ราย)	
ความรู้ความเข้าใจในการทำผลงานวิชาการ, ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			
ข้อมูลเกี่ยวกับผลงานวิชาการ	3.9 (0.8)	3.0 (0.9)	<.001*
กระบวนการขอตำแหน่งระดับคณะ	3.8 (0.8)	2.9 (0.8)	<.001*
กระบวนการขอตำแหน่งระดับมหาวิทยาลัย	3.6 (0.9)	2.7 (0.8)	<.001*
การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน	3.7 (0.9)	2.9 (0.9)	<.001*
การเขียนงานวิเคราะห์	3.0 (1.0)	2.7 (0.9)	<.001*
การเขียนงานสังเคราะห์	2.8 (0.9)	2.6 (0.9)	.015*
การเขียนงานวิจัย	3.5 (1.1)	2.7 (0.9)	<.001*
การเขียนผลงานนวัตกรรม	3.0 (1.0)	2.5 (0.9)	<.001*
การใช้สถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล	3.0 (1.0)	2.6 (0.9)	.001*
การเขียนอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการ	3.3 (1.0)	2.7 (1.0)	<.001*

***ค่า p-value <.05**

จากตารางที่ 2 ทักษะเพื่อการเสนอขอตำแหน่งมีความสัมพันธ์กับการขอตำแหน่งสูงขึ้น โดยผู้ที่เคยเสนอขอตำแหน่งสูงขึ้นมีทักษะทุกด้านสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันกับความสนใจในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (n=806)

แรงจูงใจและแรงผลักดันค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ความสนใจในขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น		P-value
	สนใจ (710 ราย)	ไม่สนใจ (96 ราย)	
แรงจูงใจ			
เงินประจำตำแหน่ง	4.4 (0.8)	3.99 (1.0)	<.001*
การเป็นที่ยอมรับ	3.8 (0.9)	3.3 (1.0)	<.001*
ความก้าวหน้าในตำแหน่ง	4.2 (0.9)	3.5 (1.0)	<.001*
การได้พัฒนาตนเอง	4.3 (0.8)	3.7 (0.9)	<.001*
ความภูมิใจในตนเอง	4.4 (0.8)	3.9 (1.0)	<.001*
แรงผลักดัน			
แรงผลักดันจากหัวหน้า	4.0 (0.9)	3.4 (1.0)	<.001*
การได้รับการยอมรับจากคนในหน่วยงาน	3.8 (0.9)	3.3 (1.0)	<.001*
การมีที่ปรึกษาที่ดีตลอดตั้งแต่เริ่มจนสำเร็จ	4.4 (0.8)	3.8 (1.0)	<.001*
การมีหัวหน้าเป็นที่ปรึกษาที่ดี	4.1 (0.9)	3.6 (1.0)	<.001*
การชื่นชมจากหัวหน้า	3.8 (1.0)	3.3 (1.0)	<.001*
การได้รับการยอมรับจากคณะฯ	3.9 (0.9)	3.4 (1.0)	<.001*
การมีทีมร่วมกันทำไปด้วยกัน	4.2 (0.8)	3.7 (1.0)	<.001*

*ค่า p-value<.05

จากตารางที่ 3 การสร้างแรงจูงใจและแรงผลักดันกับความสนใจในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น พบว่าเมื่อพิจารณาความสนใจในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น พบว่าผู้ที่มีความสนใจในการขอตำแหน่งมีแรงจูงใจและแรงผลักดันในทุกด้านสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความสนใจในการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ปัญหาอุปสรรคกับความสนใจในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (n=806)

ปัญหาและอุปสรรค, ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	การเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น		P-value
	เคย (140 ราย)	ไม่เคย (666 ราย)	
ไม่สามารถจัดสรรเวลา	3.6 (0.9)	3.8 (0.9)	.006*
ขาดแรงจูงใจ	3.2 (1.0)	3.5 (0.9)	<.001*
ไม่ทราบว่าจะเริ่มทำอย่างไร	3.2 (1.1)	3.9 (1.0)	<.001*
ขาดตัวอย่างผลงาน	3.0 (1.0)	3.6 (1.0)	<.001*
ขาดที่ปรึกษา	3.2 (1.1)	3.7 (1.0)	<.001*
ขาดการสนับสนุนจากหัวหน้า	2.5 (1.0)	3.0 (1.1)	<.001*
กลัวไม่สำเร็จ	2.4 (1.1)	2.8 (1.2)	<.001*
หน่วยงานไม่มีใครทำ ไม่กล้าทำ	2.2 (1.0)	2.7 (1.2)	<.001*
ขาดความมั่นใจ	2.5 (1.1)	3.2 (1.1)	<.001*
ไม่ถนัดงานเขียนผลงานวิชาการ	3.0 (1.1)	3.6 (1.1)	<.001*

*ค่า p-value < .05

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการทำผลงานวิชาการพบว่า กลุ่มที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่เคยเสนอขออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ได้แก่ ไม่ทราบว่าจะเริ่มทำอย่างไร ในกลุ่มที่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ปัญหาที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ไม่สามารถจัดสรรเวลา ส่วนปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ หน่วยงานไม่มีใครทำ ไม่กล้าทำ ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบบุคลากรที่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น 140 ราย (ร้อยละ 17.37) โดยผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความแตกต่างกับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน สังกัด การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล ตำแหน่งงาน และการดำรงตำแหน่งบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ[12,13] โดยพบว่ากลุ่มที่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี (SD=9) สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นมีอายุเฉลี่ย 39 ปี (SD=8.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนเพศและสถานภาพสมรสไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม (p=.630 และ p=.050 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้ที่มีตำแหน่งบริหารในกลุ่มที่เคยขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (ร้อยละ 22.1) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น (ร้อยละ 10.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001)

การขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุน นอกจากจะทำให้บุคลากรได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นต่อเดือน แล้วนั้น ยังมีผลให้เกิดการยอมรับในความสามารถและผลงานของแต่ละบุคคล ช่วยให้บุคลากรมองเห็นโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพของตน[6,7] จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสนอขอตำแหน่งที่สูงขึ้นของบุคลากรสายสนับสนุนมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความต้องการความสำเร็จ ความมั่นใจในตนเอง และทัศนคติต่อการทำงาน[1] และปัจจัยภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร[5] เมื่อพนักงานได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ ความสามารถ การพัฒนาตนเอง เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการทำงาน และความก้าวหน้าในสายอาชีพ สิ่งเหล่านี้มีผลให้ประสบความสำเร็จจะทำให้มีโอกาสก้าวหน้าจากการปรับตำแหน่งที่สูงขึ้นได้[15,16] นอกจากนี้การศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ยังพบปัจจัยในการทำงานด้านสภาพแวดล้อม เช่น ภาระงานที่หนัก ความเครียดจากการรับผิดชอบต่อชีวิตผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีม มีผลกระทบต่อความต้องการในการเลื่อนตำแหน่งของบุคลากร[6,8,9,13]

2. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงานและแรงผลักดันกับการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น พบว่าบุคลากรที่เคยขอเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น กับบุคลากรที่ไม่ขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นพบว่าปัจจัยด้าน เงินประจำตำแหน่ง การเป็นที่ยอมรับ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง การได้พัฒนาตนเอง ความภูมิใจในตนเอง การไม่สามารถจัดสรรเวลา การขาดแรงจูงใจ ไม่ทราบว่าจะเริ่มทำอย่างไร ขาดตัวอย่างผลงาน ขาดที่ปรึกษา ขาดการสนับสนุนจากหัวหน้า กลัวไม่สำเร็จ หน่วยงานไม่มีใครทำ ไม่กล้าทำ และ

ขาดความมั่นใจ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ[17] โดยปัจจัยด้านแรงผลักดัน ได้แก่ แรงผลักดันจากหัวหน้า การได้รับการยอมรับจากคนในหน่วยงาน การมีที่ปรึกษาที่ดีตลอดตั้งแต่เริ่มจนสำเร็จ การมีหัวหน้าเป็นที่ปรึกษาที่ดี การชื่นชมจากหัวหน้า การได้รับการยอมรับจากคณะฯ และ การมีทีมร่วมกันทำไปด้วยกัน แรงจูงใจใฝ่อำนาจเป็นแรงผลักดันที่ต้องการอำนาจเพื่อมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น ซึ่งบุคคลที่ต้องการอำนาจสูงมักจะแสวงหาวิถีทางเพื่อให้ผู้อื่นยอมรับหรือยกย่องตน ต้องการเป็นผู้นำ เพราะหากทำได้เหนือกว่าผู้อื่นจะถือว่าเป็นความภาคภูมิใจ ต้องการที่จะมีอิทธิพลเหนือกว่าคนอื่น และผู้นำยังมีอิทธิพลต่อการสร้างแรงบันดาลใจทำให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันระหว่างบุคลากร กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลแต่ละคน[18] การสร้างแรงจูงใจ โดยสิ่งจูงใจ ผลตอบแทน หรือรางวัลต่างๆ ที่ได้มีผลทำให้ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น และควรให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลด้วย[19]

ในมุมมองของผู้เขียน ปัจจุบันคณะฯ ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในตำแหน่งเพิ่มมากขึ้น เช่น จัดให้มีอบรมประจำปีหลายรุ่นตามกลุ่มตำแหน่งไม่ว่าจะเป็นกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ กลุ่มสนับสนุนทางวิชาการ กลุ่มสนับสนุนทั่วไป และกลุ่มช่วยปฏิบัติการ โดยมีการจัดโครงการอบรมตามประเภทผลงานที่ใช้ในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งตามระเบียบที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนด เช่น การเขียนคู่มือปฏิบัติงาน งานวิจัย งานวิเคราะห์ งานสังเคราะห์ บทความทางวิชาการ รวมถึงการจัดเสวนาการสร้างแรงบันดาลใจจากบุคลากรที่ประสบความสำเร็จได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแล้ว ซึ่งงานบริการวิชาการเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักได้ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในคณะฯ เปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยตั้งโครงการขับเคลื่อนงานประจำสู่ผลงานที่เป็นเลิศ (Driving routine work towards performance excellence; RoPex) ในการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น เพื่อให้สอดคล้องในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของมหาวิทยาลัยมหิดล[5] และเพื่อกระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรมีความก้าวหน้าในสายอาชีพทำให้พนักงานเข้าใจตนเอง และเข้าใจแนวทางเกี่ยวกับความก้าวหน้าในอาชีพเพิ่มขึ้น[20,21] จากผลการศึกษานี้กลุ่มที่น่าจะมีโอกาสเกิดความสำเร็จในการทำความก้าวหน้าในอาชีพ ควรเริ่มการพัฒนาและสนับสนุนบุคลากรจากกลุ่มที่สนใจก่อนเพื่อเพิ่มโอกาสสำเร็จและกระตุ้นให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพมากขึ้น ในขณะเดียวกันการจัดทำแผนกลยุทธ์และสนับสนุนทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค อาจช่วยส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายในการขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นอีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.1 เพิ่มการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางที่มีประสิทธิภาพ ในการสนับสนุนบุคลากรสายสนับสนุนให้ขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2 เพิ่มการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาในการเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นของกลุ่มที่ไม่ขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นในระยะเวลาที่กำหนด เช่น ในมหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดให้กลุ่มของพนักงานมหาวิทยาลัยสายสนับสนุน กลุ่มปริญญาตรีสามารถเสนอขอกำหนดตำแหน่งสูงขึ้นเมื่ออายุงาน 5 ปี ขึ้นไปได้ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

References

1. Leelachart B. Needs for development of acadamic supporting staff, Faculty of Medicine Thammasat University. (thesis). Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
2. Tangtong G, & Sirichote M. The relationship between motivation and core performance competencies of public health officers at primary care units in Trang Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;26(1): 202-20. (in Thai)
3. Jeawkok J, Dhammasaccakarn W, & Keawpimon P. Retention and intention of resignation to the job of registered nurses in the university hospital, Songkhla province. NIDA Development Journal. 2015:55(3):109-44. (in Thai)
4. Astuti EIR, Pangaribuan N, & Noer E. The influence of compensation and career development on employees' organizational commitment in class III UPBU offices in the Merauke Region. Economit Journal: Scientific Journal of Accountancy, Management and Finance. 2025;4(1):52-67.

5.Koomprom K, & Natkaew B. Factors related to retention of supporting staff, Faculty of Nursing, Mahidol University. Qualiyt of Life and Law Journal. 2020;16(1):76-89. (in Thai).

6.Siriwatcharawong P. Factor affecting access to higher positions of supporting staff Thammasat University. (thesis). Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)

7.Kesorn C, & Phinaitrup B. The career of suporting staff in autonomous university: Case study of suporting staff in the national of development administration. NRRU Community Research Journal. 2023;17(3):83-97. (in Thai)

8.Mustamu AC. Factors affecting healthcare employee satisfaction and their relationship to patient satisfaction in community health centres. Summary Care Record Medical. 2024;55(3): 263-74.

9.Sinaga WO, Ginting CN, & Siregar SD. Impact of career path strategy on healthcare workers' performance in government hospital. Media Karya Kesehatan. 2024;7(1):137-46.

10. Maslow, A.H. Motivation and Personality. New York: Harper and Row Publishers. 1954.

11. Herzberg F, Mausner B, & Snyderman BB. The motivation to work. Newyork:Transaction Publishers. 1993.

12. Meechai W, & Promlak L. The study of motivation factors affecting readiness to operation personnel of Srinakharinwirot University. Journal of Educational Measurement Educational and Psychological Test Bureau. 2022;39(106):307-18. (in Thai)

13. Varumporn T, Sillabutra J , & Prutipinyo C. Factors influencing personal competency in the department of health service support, Ministry of Public Health. Public Health Policy & Law Journal. 2025;11(2):345-58. (in Thai)

14. Anderson KI. Barriers to career advancement in the nursing profession: perceptions of black nurses in the United States. Nursing Forum. 2020;55(4):664-7.

15. Ratikanitpong A, & Sirisopana S. A Growth Mindset Attitude Affecting Work Efficiency and Career Advancement of Working People in Songkhla Province. 2024; 8;(1):102-17. (in Thai)

16. Someran L, Am-Ugsor S, Sastsara S & Supaphol S. Promotinf career advancement and career stability for the caregiver. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University. 2018;12(29):119-34. (in Thai)

17. Tha-ai S, & Na Chiangmai P. Factors affecting the higher tenure of operational personnel science and technology group, Chiang Mai University. Journal of Social Academic. 2024;17(1):31-48. (in Thai)

18. Waraasawapati W, Phengsawat W, & Chalakbang W. A causal relationship model of factors affecting organizational commitment of nurses in hospitals under the 8th regional health area in the office of permanent secretary ministry of public health. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025;26(1):307-14. (in Thai)

19. Sricharumedhiyan C, & Audmuangpiea S. Work motivation: Theory and Application. Journal of MCU Ubon Review. 2020;5(1):424-36. (in Thai)

20. Kesorn C. The career paths of supporting staff in autonomous Uuniversity : Case study of supporting staff in the national institute of development administration. (thesis). Bangkok: National Institute of Development Administration (NIDA); 2023. (in Thai)

21. Silapanorasate T. The influence of mindset on employee performance. (thesis). Bangkok: Thammasat University; 2020. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Development of a Readiness-to-Care Model for People with Psychiatric Problems in the Community of Village Health Volunteers

วรารัตน์ ประทานวรปัญญา*[1] วีรยุทธ ศรีทุมสุข[2] อัจฉราพรรณ หอมสุคนธ์[3] วินัย ไตรนาทถวัลย์[4] ณัฐปัณฑ์ เพียรธัญญกรรม[4]

Wararat Pratanvorapanya*[1] Werayuth Srithumsuk[2] Adcharaphan Homsukhon[3]
Winai Trainattawan[4] Natthapan Phianthanyakam[4]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ ประเทศไทย 11130

[1]Faculty of Nursing, Ratchaphruek University, Thailand 11130

[2]คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ประเทศไทย 76000

[2]Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Thailand 76000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ประเทศไทย 70110

[3]Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Thailand 70110

[4]คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย 11000

[4]Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Thailand 11000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน และ (2) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน ระยะที่ 2–3 ดำเนินการทดลองใช้และประเมินผลกับ อสม. จำนวน 93 คน ตามลำดับ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความพร้อมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า จากการประเมินสถานการณ์ในชุมชน ตัวแทนชุมชนได้ให้ข้อมูลที่สามารถประเมินสถานการณ์เป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 มิติด้านตัว อสม. (ทักษะ ทัศนคติ ความมั่นใจ และแรงจูงใจ) มิติที่ 2 มิติด้านความรู้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน และมิติที่ 3 มิติด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เมื่อทดลองนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ คะแนนความพร้อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และรูปแบบมีความเป็นไปได้ในการใช้ระดับปานกลางถึงสูง สะท้อนว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ในบริบทชุมชน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การเตรียมความพร้อม, สุขภาพจิตชุมชน, การดูแลผู้ป่วยจิตเวช, การวิจัยและพัฒนา

Corresponding Author: *E-mail: Wararat.pratan@gmail.com

วันที่รับ (received) 1 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 ก.พ. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 10 ก.พ. 2568

Abstract

This research and development study aimed to (1) examine the readiness of village health volunteers in caring for individuals with psychiatric problems in the community, and (2) develop a readiness preparation model for community-based psychiatric care of village health volunteers. A research and development approach was employed andconducted in three phases. Phase 1 involved a situational analysis with 20 key informants. Phases 2 and 3 focused on the implementation and evaluation of the developed model among 93 village health volunteers, respectively. Research instruments included a readiness assessment questionnaire, and a feasibility assessment questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent t-test. The findings revealed that the situational analysis identified three key dimensions: (1) individual factors of village health volunteers(skills, attitudes, confidence, and motivation), (2) knowledge related to caring for individuals with psychiatric problems in the community, and (3) support from family and community. After implementation of the developed model, preparedness scores were significantly higher after the intervention compared to before the intervention ($p < .001$). Moreover, the developed readiness-to-care model demonstrated a moderate to high level of feasibility for practical implementation. The findings indicate that the development of a readiness-to-care model for people with psychiatric problems in the community of village health volunteers is appropriate for the community context.

Keywords: Village health volunteers, Readiness preparation, Community mental health, Psychiatric care, Research and development

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนจำนวนมากประสบปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล โรคจิตเภท รวมถึงปัญหาพฤติกรรม และการปรับตัว เป็นต้นซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนโดยรวม[1,2,3] อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนยังคงประสบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะด้านตัวผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดผู้ดูแลหลักที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เป็นต้น ด้านระบบการดูแล ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชที่ยังไม่เพียงพอ[3,4] และการขาดระบบเฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการกำเริบของอาการและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัว และชุมชน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น และใช้ระยะเวลาในการรักษาสั้นที่สุด เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในบริบทจริงในชุมชนอย่างมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่มีการจัดรูปแบบที่สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของชุมชน[5] ถึงแม้ว่าปัจจุบันระบบการดูแลและการส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนรวมถึงการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชจะมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ยังพบว่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยังมีน้อย[6] อาการกลับเป็นซ้ำ และความรุนแรงของอาการที่มีเพิ่มและพบมากขึ้นส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ไม่ว่าจะเป็น การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ[7] มีบทบาทใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน สามารถเข้าถึงครัวเรือน รับรู้ปัญหาสุขภาพ และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการสุขภาพได้

อย่างมีประสิทธิภาพ[3, 8] โดยเฉพาะบทบาทในการเฝ้าระวัง คัดกรอง ให้คำแนะนำเบื้องต้น และติดตามดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน อย่างไรก็ตาม อสม.จำนวนไม่น้อยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชทั้งในระยะฟื้นฟูและระยะวิกฤต เนื่องจากลักษณะของปัญหามีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อารมณ์ และทัศนคติ รวมถึงการตีตราและอคติทางสังคมที่ยังคงมีอยู่[1, 9]

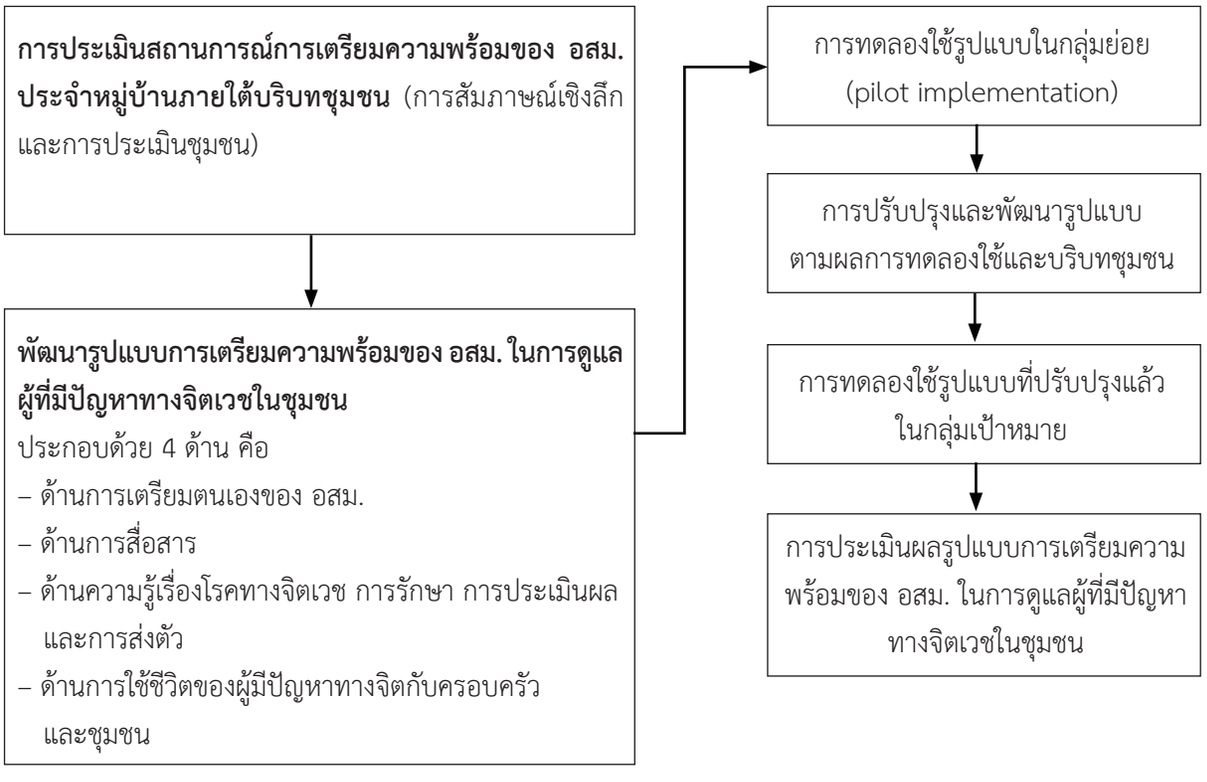
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน เป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ส่งผลให้การปฏิบัติงานของ อสม. ขาดความต่อเนื่องและไม่มีประสิทธิภาพ[1,10,11] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความต้องการและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ ทัศนคติที่เหมาะสม และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อันจะนำไปสู่การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุม และยั่งยืน ลดช่องว่างการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในบริบทชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม.
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม.

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเตรียมความพร้อม (readiness) ตามแนวคิดของ Weiner ซึ่งมองว่าความพร้อมเป็นสภาวะที่สามารถพัฒนาได้ ผ่านการเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลง (change commitment) ควบคู่กับความสามารถในการปฏิบัติงาน (change efficacy) ที่ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรสนับสนุน แนวคิดนี้ถูกบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลชุมชน Community-as-Partner Model ของ Anderson และ McFarlane ซึ่งมองชุมชนเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพ โดยเน้นบทบาทของบริบทชุมชน ระบบสนับสนุน และทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน[12, 13] ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการเตรียมความพร้อมของ อสม. ภายใต้แนวคิด Readiness และ Community-as-Partner Model

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ประชากร คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำ อสม. ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 165 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำ อสม. ในอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน โดยกลุ่มผู้บริหารในส่วนการปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชน มีคุณสมบัติเป็นผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทราบข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานและบริบทการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนพื้นที่ตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี กลุ่มวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุข มีคุณสมบัติเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและทราบเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนพื้นที่ตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและระยะประเมินผล

ประชากร คือ คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ในปี 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 149 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ในตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรีในปี 2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 128 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan[14] สุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อยู่ในเขตรับผิดชอบของตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ในการรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ตามขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน

2. จัดประชุมเพื่อสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่ตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

3. สรุปประเด็นที่ได้หลังจากการสนทนากลุ่มและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

4. จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเสนอร่างโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ก่อนนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ

5. ทดลองใช้กับกลุ่มย่อยและปรับแก้ไข

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้และนัดพบกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 128 ราย

2. จัดอบรมเพื่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. โดยใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านคือ 1) ด้านการเตรียมตนเองของ อสม. 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การรักษา การประเมินอาการและการส่งต่อ และ 4) ด้านการใช้ชีวิตของผู้มีปัญหาทางจิตกับครอบครัวและชุมชน ใช้เวลาในการอบรม 1 วัน และทำแบบประเมินก่อนการอบรม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

1. ประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน ความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. หลังการอบรม

2. ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่ ตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยประเมินภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ทันที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม

3. รูปแบบการเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้จากการสนทนากลุ่มผู้บริหารหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและกลุ่มวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขและประยุกต์แนวคิดการเตรียมความพร้อม (readiness) ตามแนวคิดของ Weiner[13] ร่วมกับบูรณาการทฤษฎีการพยาบาลชุมชน Community-as-Pertner Model ของ Anderson และ Mcfarlane และตรวจหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดการเตรียมความพร้อม (readiness) ตามแนวคิดของ Weiner[13] และบูรณาการกับทฤษฎีการพยาบาลชุมชน Community-as-Partner Model ของ Anderson และ McFarlane ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า โดยคะแนนรวมสะท้อนระดับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.93 และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.93

5. แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามประกอบด้วย 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับคือ มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) การกำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบอยู่ในระดับน้อย คะแนน 1.00 – 1.66 ระดับปานกลาง คะแนน 1.67 – 2.33 และ ระดับมาก คะแนน 2.34 – 3.00 และตรวจหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 34/2567 ลงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ข้อมูลส่วนบุคคลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาวิเคราะห์เพียงภาพรวม เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยจัดระเบียบและจำแนกข้อมูลแต่ละส่วน แล้วนำมาสรุปเป็นประเด็นต่างๆ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้มีการนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ในพื้นที่ ตำบลเสาธงหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. โดยใช้สถิติทดสอบทีที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

2.3 วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาโปรแกรม

การดำเนินการการสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์สถานการณ์ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 3 มิติ มิติที่ 1 มิติด้านตัว อสม. (ทักษะ ทัศนคติ ความมั่นใจ และแรงจูงใจ) มิติที่ 2 มิติด้านความรู้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนและมิติที่ 3 มิติด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบโดยการประยุกต์แนวคิดเรื่องการเตรียมความพร้อม (readiness) ร่วมกับทฤษฎีพยาบาลชุมชนของ Anderson และ McFarlane(Community-as-Partner Model) ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านการเตรียมตนเองของ อสม. 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การรักษา การประเมินอาการและการส่งต่อ และ 4) ด้านการใช้ชีวิตของผู้มีปัญหาทางจิตกับครอบครัวและชุมชน

ระยะที่ 2 และ 3 ระยะดำเนินการและระยะประเมินผล

จาก อสม. ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 128 คน มีผู้เข้าร่วมครบกระบวนการอบรมและตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองอย่างสมบูรณ์จำนวน 93 คน (72.66%) จึงนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวนดังกล่าวมาวิเคราะห์ผลการวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.47 อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมอยู่ที่ 63.28 ปี (SD = 10.01) สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน้าที่ อสม. พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.23 ขณะที่กลุ่มที่มีประสบการณ์ 1–3 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.64 ด้านระดับการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.95 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 21.59

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

	Mean ± SD	t	df	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	3.55 (0.70)	3.55	174.37	< .001*
หลังใช้โปรแกรม	3.88 (0.56)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .001

จากตารางที่ 1 คะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนพบว่า คะแนนก่อนการทดลอง (pretest) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD = 0.70) ขณะที่คะแนนหลังการทดลอง (posttest) เพิ่มขึ้นโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (SD = 0.56) เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนของ อสม. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยผลการทดสอบทางสถิติ independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = 3.55$, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนมีผลช่วยเพิ่มระดับความพร้อมของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 2 ความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบความพร้อมในการดูแล (Readiness to Care Model) ของ อสม.

รายการ	Mean (SD)	แปลผล
ความง่ายในการนำไปใช้ (ease of use)	2.66 (0.54)	มาก
ความเหมาะสม (appropriateness)	2.71 (0.46)	มาก
ความชัดเจน (clarity)	2.63 (0.55)	มาก
ความสามารถในการนำไปใช้ (applicable)	2.76 (0.48)	มาก
การนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (practical implementation)	2.80 (0.40)	มาก
รวม	**2.71 (0.42)**	**มาก**

จากตารางที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบความพร้อมในการดูแล (Readiness to Care Model) จาก อสม. พบว่า ในด้านความง่ายในการนำไปใช้ (ease of use) มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.66 (SD = 0.54) สะท้อนว่ารูปแบบมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับที่ดีส่วนด้านความเหมาะสม (appropriateness) พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 (SD = 0.46) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทของ อสม. เป็นอย่างดี ด้านความชัดเจน (clarity) มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.63 (SD = 0.55) สะท้อนว่ารูปแบบมีเนื้อหาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ด้านความสามารถในการนำไปใช้ (applicable) ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.76 (SD = 0.48) บ่งชี้ว่ารูปแบบมีศักยภาพในการนำไปใช้จริง

ในชุมชน สุดท้ายด้านการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ (practical implementation) มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับทุกด้าน คือ 2.80 (SD = 0.40) แสดงว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.71 (SD = 0.42) ซึ่งแสดงถึงความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบได้ในระดับปานกลางถึงสูง

การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชน พบว่า อสม. ประเมินรูปแบบอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนารูปแบบ (model development) ที่เน้นการใช้ได้จริงและการยอมรับของผู้ใช้

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบหลายการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยวิสสุตา นพพิบูลย์ และ อรุณ บุญสร้าง ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าอบรมรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. คือ PPRRCE Model ประกอบด้วย 1) Promotion=P [การส่งเสริม] 2) Prevention=P [การป้องกัน] 3) Relief=R [การบรรเทา] 4) Referral=R [การส่งต่อ] 5) Care=C [การดูแลรักษา] 6) Empowerment=E [การเสริมพลัง] และหลังการทดลอง พบว่าผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อนและ หลังดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ[15] นอกจากนี้กนกศรี จาดเงิน และ เกศิริน เชื้อภักดี ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชนสำหรับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลบางปะกง โดยกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การจัดการความรู้และทักษะ 2) การจัดทำบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่าย 3) การจัดการแหล่งสนับสนุนในชุมชน (4) นวัตกรรม/สื่อ อสม. 5) แนวทางการดูแลผู้ป่วยสำหรับภาคีเครือข่ายโดยแยกบทบาทหน้าที่ของแต่ละส่วนในการดูแลผู้ป่วย และ 6) การประเมินผลภายหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อสม. มีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ อสม. มีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80[16] ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่ารูปแบบของการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความแตกต่างกันในบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่มีประเด็นที่มีความคล้ายคลึงกับผลการวิจัยของผู้วิจัยครั้งนี้คือ มุ่งเน้นในการพัฒนาความรู้และทักษะของ อสม. และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเครือข่าย ซึ่งพัฒนาจากการเก็บข้อมูลเชิงลึกร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการเตรียมความพร้อม (readiners) ตามแนวคิดของ Weiner[13] และทฤษฎีการพยาบาลชุมชน Community-as- Partner Modet ของ Anderson และ McFarlane และเมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้พบว่าทุกการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา อสม. มีระดับความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง

นอกจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. แล้ว ขวัญใจ ธรรมกุล ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยเครือข่ายชุมชนบ้านจิตดี ตำบลบ้านค่าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แนวคิดการพัฒนาชุมชนเป็นฐาน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การจัดตั้งเครือข่ายชุมชน 2) การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะยังไม่มีเหตุ ระยะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ 3) การพัฒนากลไกสำคัญ ได้แก่ ระบบคัดกรองผู้ป่วย แนวทางระงับเหตุฉุกเฉิน และการดูแลต่อเนื่อง 4) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยอบรมเชิงปฏิบัติการ ซ้อมแผนการดูแล และ 5) การสร้างระบบฐานข้อมูล โดยหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] นอกจากการให้ความสำคัญกับการพัฒนา อสม. หรือเครือข่ายชุมชนแล้ว การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของตัวผู้ป่วยจิตเวชก็มีความสำคัญ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่สำคัญคือการอาศัยเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเวช และบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี การที่ อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบครัวและชุมชนได้รับการแบ่งเบาภาระและถือเป็นการแบ่งเบาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางสังคมและทรัพยากรด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความสามารถในการปรับใช้ของรูปแบบในระดับพื้นที่ที่หลากหลาย

2. การบรรจุรูปแบบในโครงการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรบูรณาการรูปแบบการเตรียมความพร้อมที่พัฒนาขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความพร้อมในการดูแลของ อสม. รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

References

1. Dana K. Development of the roles for psychiatric patients care among family caregivers and partnership networks in the community. Journal of Health Science of Thailand. 2021; 30(3): 406-14. (in Thai)
2. Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. 2016; 15(1): 5-12.
3. National Health Security Office. Manual for the care of chronic psychiatric patients in the community for primary care unit personnel. Bangkok: Sangchan Printing Limited Partnership; 2016. (in Thai)
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary report of morbidity 2022 - 2024. (in Thai)
5. Sroyphet J, & Limsakul M. A study of social capital that supports families in caring for schizophrenic patients to live in the community: A case study of a community in Bangkok. Journal of MCU Social Development. 2023; 8(2): 99-112. (in Thai)
6. Chansuvarn S, Khachat S, Photong P, Sripho S, & Monchaemchoi S. Factors predicting the operational efficiency of village health volunteers in promoting mental health and prevention mental health problems in Suphanburi province. Journal of Health and Nursing Education. 2021; 27(2): 112-22. (in Thai)
7. Chaiwannawat T, & Kitiyawan S. Nurse and the operation of community mental- health and psychiatry. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2019; 33(2): 1-12.(in Thai)
8. Wongjumpa S, Tungpunkom P, & Skulphan S. The effect of a psychiatric family caregiving program on the expressed emotions of caregivers of persons with schizophrenia in a community. Nursing Journal Chiang Mai University. 2022; 49(4): 303-15. (in Thai).
9. Ekwarangkoon S. The science and art of caring for the elderly with depression. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. (in Thai).
10. Chiuydee S, Sangon S, & Nintachan P. The study of community psychiatric and mental health practice among village health volunteers. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2017; 31(1): 41-59. (in Thai)
11. Sriharuksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang district, Sakon Nakhon province: A case study of Khamin subdistrict, Mueang district, Sakon Nakhon province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2023; 8(1): 436-47. (in Thai)

12. Anderson ET, & McFarlane JM. Community as partner: Theory and practice in nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
13. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. Implementation Science. 2009; 4(1): 67.
14. Krejcie R, & Morgan D. Sample size determination table. Educational and psychological Measurement. 1970; 30(3): 607-10.
15. Noppiboon W, & Boonsang A. Potential development for mental health care of village health volunteers, Nong Lek subdistrict, Sikhoraphum district, Surin province. Thai Journal of Public Health and Health Education. 2025; 5(2): e274927. (in Thai)
16. Jard-ngoen G, & Cheopakdee K. Development of care model for psychiatric patients based on community health network in Bangpakong districts. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2022; 7(4): 123 - 35. (in Thai)
17. Thummakul K. Development of a chronic psychiatric patient care's model by community network of Ban Khai Chit Dee, Ban Khai subdistrict, Muang district, Chaiyaphum province. Journal of Research and Innovation for Sustainability. 2025; 2(2): 40-53. (in Thai)

ความท้าทายด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ในมหาวิทยาลัยนานาชาติ

Mental Health Challenges of Nursing Students in an International University Context

ภัทรา เผือกพันธ์ กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก*
Patra Phuekphan Kanyaphat Setchoduk*
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand, 10240

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งศึกษาปัจจัยทางวิชาการ การเงิน สังคมจิตวิทยา ไลฟ์สไตล์ และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเปรียบเทียบสุขภาพจิตระหว่างนักศึกษาไทยและนักศึกษานานาชาติ และศึกษากลวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2025 ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมิน DASS-21 และ Brief COPE ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสูง (Cronbach's alpha = 0.96 และ 0.91 ตามลำดับ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลร้อยละ 28.5 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 25.1 มีความเครียด และร้อยละ 54.3 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อย ได้แก่ การยอมรับ การคิดเชิงบวก และการเผชิญปัญหาเชิงรุก ขณะที่กลวิธีเชิงลบพบในระดับต่ำ ปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันตามชั้นปี แต่มีความสัมพันธ์กับสัญชาติ โดยนักศึกษาไทยและนักศึกษาเอเชียที่ไม่ใช่ไทยมีระดับภาวะซึมเศร้าและความเครียดสูงกว่า นอกจากนี้ ภาระงานวิชาการ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิมพบว่าเป็นตัวทำนายที่สำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการที่คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม เพื่อลดภาระงาน เสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ความท้าทายด้านสุขภาพจิต, กลวิธีการเผชิญปัญหา, นักศึกษาพยาบาล, มหาวิทยาลัยนานาชาติ

Abstract

This quantitative cross-sectional study examined the prevalence of depression, anxiety, and stress among nursing students and identified academic, financial, psychosocial, lifestyle, and personal factors associated with psychological distress. Differences by academic year and nationality, as well as coping strategies, were also explored. A total of 147 nursing students (≈80% of the population) participated in the 2025 academic year. Psychological distress and coping strategies were assessed using the DASS-21 and Brief COPE inventories, both demonstrating high reliability (Cronbach's α = .96 and .91). Data were analyzed using

Corresponding Author: *E-mail phatchareecht@au.edu

วันที่รับ(received)8 ม.ค. 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ(revised)19 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ(accepted) 2 มี.ค.2569

descriptive statistics, Pearson correlation, and multiple regression.

Moderate to extremely severe symptoms were reported by 28.5% of students for depression, 54.3% for anxiety, and 25.1% for stress. Adaptive coping strategies—acceptance, positive reframing, and active coping—were most frequently used, while maladaptive coping was less common. Psychological distress did not differ significantly across academic years; however, nationality was significantly associated with depression and stress, with higher levels among Thai and Asian non-Thai students. Emotion-focused and avoidant coping were positively associated with distress, whereas problem-focused coping showed no significant link. Regression analyses identified heavy academic workload and lack of social support as predictors of depression, workload as a predictor of anxiety, personality traits as a predictor of stress, and pre-existing mental health conditions as the strongest predictor across all outcomes. These findings highlight the need for culturally sensitive interventions that reduce workload, strengthen social support, foster adaptive coping, and enable early identification of mental health concerns among nursing students.

Keywords: Mental Health Challenges, Coping mechanisms, Nursing Students, International University

Introduction

Mental health concerns among university students have increased substantially in recent years, with rising levels of psychological distress consistently reported across counseling services and population-based surveys.[1] Nursing students are particularly vulnerable due to the intensive demands of academic coursework, high-stakes examinations, and extensive clinical training, which often require simultaneous academic performance and patient care. Students enrolled in international nursing programs may experience additional stressors, including cultural adjustment, language barriers, and unfamiliar educational systems, further increasing their risk of psychological distress.[2]

Evidence demonstrates the impact of these challenges. A meta-analysis reported a global prevalence of depression of 34.0% among nursing students, markedly higher than in the general population.[3] Large-scale surveys of university students also report high prevalence of anxiety (36%) and depression (30%)[4], with some studies documenting even higher rates among nursing students.[5] Psychological distress among nursing students has been linked to impaired academic performance, reduced well-being, and increased risk of attrition.[6] In Thailand, mental health concerns have intensified, with suicide mortality increasing by 32% between 2017 and 2022, highlighting the urgency of early identification and intervention.[7]

Beyond academic demands, nursing students face psychosocial stressors related to family expectations, interpersonal relationships, and institutional pressures, all of which may negatively affect well-being and professional development.[8] Effective coping strategies are therefore essential for mitigating psychological distress and supporting adaptive functioning.[9]

Despite increasing literature, research on mental health challenges and coping strategies among international nursing students in international university settings remains limited. This study addresses this gap by examining the prevalence of depression, anxiety, and stress, associated factors, and coping mechanisms among nursing students, with particular attention to differences between Thai and international students. Understanding these issues is essential for developing targeted interventions to improve student well-being. The findings will inform

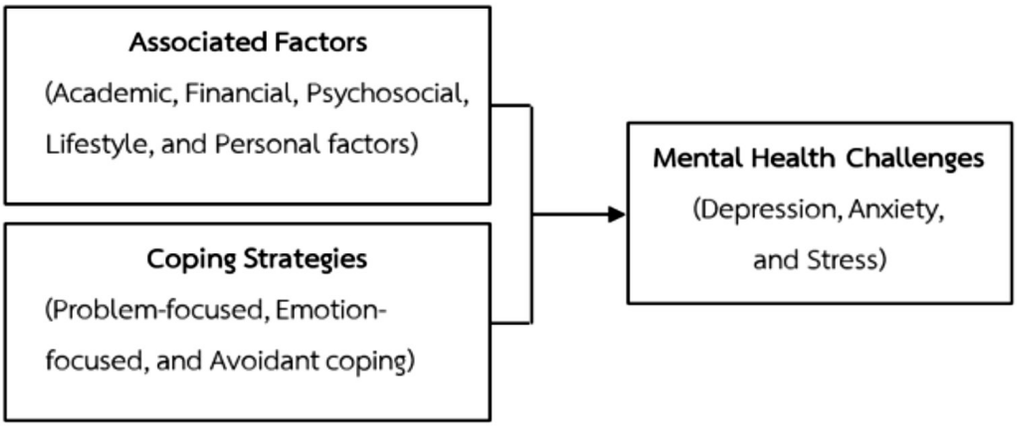
academic institutions in creating supportive and inclusive learning environments that enhance both well-being and academic success.

Objectives

1. To identify the prevalence of anxiety, stress, and depression among nursing students
2. To identify the associated factors (academic, financial, psychosocial, lifestyles, and personal factors)
3. To compare mental health outcomes between local and international students and across different academic years.
4. To explore coping mechanisms used by nursing students

Conceptual Framework

This study focuses on three components: associated factors (academic, financial, psychosocial, lifestyle, personal), coping mechanisms, and mental health challenges. Examining their interplay provides insights into nursing students' psychological distress and coping strategies.



Methodology

Research Design

The study employed a cross-sectional descriptive design to assess the prevalence of anxiety, stress, and depression among nursing students, identify associated factors, and explore coping mechanisms. This design enabled the collection of data at a specific point in time, providing a snapshot of mental health outcomes and coping strategies, and allowing for comparisons between local and international students as well as across different academic years.

Population and Sampling

The population consisted of 184 nursing students enrolled in the academic year 2025 at Assumption University, including both local and international students from different academic years. Convenience sampling was used, and 147 students participated in the study (response rate = 80%).

Data collection

Data collection was conducted between June and September 2025 using an online survey platform. Questionnaires were administered electronically throughout the study period.

Ethical Considerations

This study was approved by the Committee on the Protection of the Rights of Human Subjects at Assumption University (AUIRB No. 00062-2024; Approval date on March 25, 2025). Participation was voluntary, and all nursing students from Assumption

University provided informed consent after receiving detailed information regarding the study's purpose, procedures, potential risks, and benefits. Data were collected using a secure online survey platform, with clear instructions provided and the option to skip any questions. Each participant was assigned a unique code to ensure anonymity. No personal identifiers were linked to the survey responses, and confidentiality was maintained by securely storing the data and presenting results as overall findings

Research Tools and Instrument Quality

This study utilized a structured self-administered questionnaire comprising four sections:

1. Demographic Characteristics

A demographic questionnaire was developed by the researcher to collect background information from participants, including age, gender, year of study, and nationality.

2. Mental Health Challenges

Psychological distress was assessed using the Depression Anxiety Stress Scales–21 (DASS-21).[10] The DASS-21 is a 21-item self-report instrument designed to measure symptoms of depression, anxiety, and stress across three subscales. Each subscale consists of seven items rated on a 4-point Likert scale ranging from 0 (did not apply to me at all) to 3 (applied to me very much or most of the time). Subscale scores range from 0 to 21, with higher scores indicating greater symptom severity. Scores are categorized into five levels: normal, mild, moderate, severe, and extremely severe.

3. Coping Strategies

Coping strategies were measured using the Brief COPE inventory[11], which consists of 28 items representing 14 coping subscales. These subscales are grouped into three broader coping domains: *Problem-focused coping* (e.g., active coping, planning, positive reframing, seeking informational support); *Emotion-focused coping* (e.g., emotional support, venting, humor, acceptance, religion, self-blame); *Avoidant coping* (e.g., self-distraction, denial, substance use, behavioral disengagement). Items are rated on a 4-point Likert scale from 1 (I usually do not do this at all) to 4 (I usually do this very much), with higher scores indicating greater use of the coping strategy. Permission to use both standardized instruments was obtained from the original authors.

4. Associated factors

Associated factors were defined as internal and external influences contributing to mental health challenges among nursing students. These factors were assessed using structured self-reported questionnaires with Likert-scale items and were grouped into five domains:

1) Academic factors: heavy workload, exams and assignments, clinical training demands, pressure to achieve high grades, and studying in a non-native language.

2) Financial factors: tuition fees, living expenses, and limited financial support.

3) Psychosocial factors: peer relationships, family expectations, lack of social support, internet addiction, and excessive social media use.

4) Lifestyle factors: irregular sleep patterns, unhealthy diet, lack of physical exercise, and health-risk behaviors (tobacco, alcohol, and substance use).

5) Personal factors: personality traits (e.g., perfectionism, introversion, extroversion), history of mental health conditions, and past experiences (e.g., trauma, bullying, and academic failures).

Instrument Quality and Reliability

To ensure instrument quality, a pilot study was conducted with 30 nursing students who resembled the target population but were excluded from the main study. Internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha for the DASS-21

and Brief COPE, and participant feedback was used to improve clarity and comprehensibility, resulting in minor revisions prior to data collection. In the main study, the DASS-21 demonstrated excellent internal consistency (Cronbach's α = 0.96), while the Brief COPE also showed excellent reliability (Cronbach's α = 0.91). Evidence of convergent validity, particularly the association between avoidant coping and higher depression and anxiety scores[12], further supports the suitability of these instruments for assessing mental health challenges and coping strategies among nursing students in an international university setting.

Statistical Analysis

Data was analyzed using statistical software. Descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used to summarize demographic characteristics (age, gender, year of study, nationality) and key study variables. Levels of depression, anxiety, and stress were determined using DASS-21 cutoff scores and reported as prevalence rates. Coping mechanisms were described using aggregated Brief COPE subscale scores, categorized into problem-focused, emotion-focused, and avoidant coping.

Descriptive cross-tabulation analyses were conducted to examine the distribution of depression, anxiety, and stress levels across academic years and between Thai and international nursing students.

Pearson correlation analysis was used to assess the relationships between DASS-21 subscales and Brief COPE subscales, to explore coping mechanisms associated with mental health challenges.

Multiple regression analysis was used to identify significant predictors of mental health challenges, including academic, financial, psychosocial, lifestyle, and personal factors.

Results

Demographic Characteristics of Participants

A total of 147 participants were included in the study. The mean age of the participants was 22.29 years (SD = 4.52), with ages ranging from 18 to 43 years. Most participants were female (n = 130, 88.4%), while 14 participants (9.5%) were male and 3 participants (2.0%) identified as other. Regarding year of study, participants were evenly distributed across all years: 1st year students accounted for 25.9% (n = 38), 2nd year 25.9% (n = 38), 3rd year 24.5% (n = 36), and 4th year 23.8% (n = 35). Most participants were Thai nationals (n = 85, 57.8%), whereas 42.2% were non-Thai nationals (n = 62).

Table 1 - Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress levels among nursing students (n = 147)

DASS-21	Normal	Mild	Moderate	Severe	Extremely Severe	Mean ± SD
Depression	92 (62.6%)	13 (8.8%)	19 (12.9%)	10 (6.8%)	13 (8.8%)	9.96 ± 10.36
Anxiety	66 (44.9%)	13 (8.8%)	34 (23.1%)	7 (4.8%)	27 (18.4%)	12.88 ± 10.68
Stress	102 (69.4%)	8 (5.4%)	13 (8.8%)	15 (10.2%)	9 (6.1%)	10.83 ± 9.89

The findings in Table 1 reveal that a considerable proportion of nursing students experienced moderate to severe psychological distress. For depression, 62.6% of participants were within the normal range, while 12.9% reported moderate symptoms and 15.6% experienced severe to extremely severe levels. Stress was normal for 69.4% of students, with 25.1% reporting moderate to extremely severe stress. Anxiety emerged as the most prominent condition, with 23.1% reporting moderate symptoms and 23.2% experiencing severe to extremely severe anxiety.

Table 2 - Association of DASS-21 scores with year of study and student nationality (n = 147)

DASS-21	YEAR 1 (N=38)	YEAR 2 (N=38)	YEAR 3 (N=36)	YEAR 4 (N=35)	P-VALUE	THAI (N=85)	ASIAN (N=55)	WESTERN (N=5)	AFRICA (N=2)	P-VALUE
DEPRESSION	Low: 24, Mod: 6, High: 8	Low: 27, Mod: 6, High: 5	Low: 28, Mod: 3, High: 5	Low: 26, Mod: 4, High: 5	.844	Low: 62, Mod: 8, High: 15	Low: 40, Mod: 9, High: 6	Low: 3, Mod: 2, High: 0	Low: 0, Mod: 0, High: 2	.010*
ANXIETY	Low: 22, Mod: 5, High: 11	Low: 20, Mod: 12, High: 6	Low: 19, Mod: 10, High: 7,	Low: 18 Mod: 7, High: 10	.474	Low: 45 Mod: 19, High: 21	Low: 33, Mod: 12, High: 10	Low: 1, Mod: 3, High: 1	Low: 0, Mod: 0, High: 2	.066
STRESS	Low: 26, Mod: 7, High: 5	Low: 29, Mod: 3, High: 6	Low: 29, Mod: 1, High: 6	Low: 26, Mod: 2, High: 7	.342	Low: 61, Mod: 9, High: 15	Low: 44, Mod: 4, High: 7	Low: 5, Mod: 0, High: 0	Low: 0, Mod: 0, High: 2	.040*

*p < .05; Note: Low = normal/mild, Mod = moderate, High = severe/extremely severe

The findings in Table 2 show that year of study was not significantly associated with depression (p = .844), anxiety (p = .474), or stress (p = .342), indicating comparable levels of psychological distress across all academic years. In contrast, student nationality was significantly associated with depression (p = .010) and stress (p = .040). Thai students accounted for the largest proportion of moderate to high levels of depression and stress, while Western students, despite their small sample size, exhibited a higher proportion of severe symptoms. Asian non-Thai students predominantly reported low levels of depression, anxiety, and stress, although a substantial proportion experienced moderate symptoms. No African students reported high levels of depression or stress. The association between nationality and anxiety did not reach statistical significance (p = .066).

Table 3 - Multiple regression analysis predicting mental health challenges (n = 147)

Predictor Variables	Depression				Anxiety				Stress			
	B	β	t	p	B	β	t	p	B	β	t	p
Academic Factors												
- Heavy Workload	2.122	.204	2.302	.023*	2.039	.205	2.340	.021*	.808	.150	1.913	.058
- Exams and Assignments	-.310	-.029	-.328	.743	-.956	-.095	-1.070	.286	-.020	-.004	-.045	.964
- Clinical Training Demand	-1.169	-.144	-1.909	.059	-.686	-.088	-1.186	.238	-.162	-.039	-.576	.565
- Pressure to achieve high grades	.080	.009	.117	.907	.055	.007	.085	.933	-.078	-.017	-.247	.805
- Studying in a Non-Native Language	.427	.056	.800	.425	.255	.035	.505	.614	.061	.016	.249	.804
Financial Factors												
- Tuition Fees	-.670	-.099	-.956	.341	-.611	-.094	-.923	.358	-.284	-.081	-.884	.378
- Living Expenses	-.059	-.007	-.068	.946	.422	.055	.518	.606	.311	.075	.788	.432
- Limited Financial Support	.089	.011	.118	.906	-.022	-.003	-.031	.975	.175	.043	.505	.614
Psychosocial Factors												
- Family Expectations	.807	.106	1.324	.188	.209	.029	.363	.718	-.156	-.039	-.557	.578
- Peer Relationships Difficulty	-.469	-.055	-.567	.572	-.059	-.007	-.075	.940	-.140	-.032	-.371	.712
- Lack of Social Support	2.443	.260	2.678	.008*	.914	.102	1.060	.291	.776	.160	1.856	.066
- Internet addiction	-.191	-.023	-.247	.805	.354	.045	.045	.629	.075	.018	.213	.832
- Excessive social media usage	.951	.114	1.220	.225	.089	.011	.120	.904	.442	.102	1.237	.218
Lifestyle Factors												
- Irregular Sleep Patterns	.377	.049	.566	.572	.870	.117	1.384	.169	.212	.053	.697	.487
- Unhealthy Diet	-1.130	-.128	-1.273	.205	-.423	-.050	-.504	.615	-.498	-.110	-1.224	.223
- Lack of physical exercise	-.123	-.015	-.187	.852	-.373	-.047	-.599	.551	.092	.022	.306	.760
- Tobacco Smoking	1.031	.062	.654	.514	2.079	.130	1.395	.165	-.213	-.025	-.294	.769
- Alcohol Consumption	.362	.032	.418	.677	.007	.001	.009	.993	-.142	-.024	-.359	.720
- Substance Use	.879	.064	.650	.517	.686	.052	.536	.593	1.120	.157	1.808	.073
Personal Factors												
- Personality Traits	.789	.085	1.168	.245	.370	.042	.580	.563	.707	.148	2.286	.024*
- Existing Mental Health Condition	2.230	.281	2.956	.004*	3.248	.428	4.555	<.001*	1.654	.403	4.785	<.001*
- Past Experiences	1.244	.163	1.665	.098	1.034	.142	1.464	.146	.623	.158	1.821	.071

* $p < 0.05$

As shown in Table 3, heavy academic workload emerged as a consistent academic predictor of psychological distress, significantly predicting depression (β = .204, p = .023) and anxiety (β = .205, p = .021), and demonstrating a near-significant association with stress (β = .150, p = .058). Psychosocial factors showed outcome-specific effects, with lack of social support significantly predicting higher depression scores (β = .260, p = .008) and exhibiting a borderline association with stress (β = .160, p = .066), but not anxiety, in the multivariate models. Personal factors demonstrated the strongest and most consistent associations across all outcomes. Existing mental health condition was the most robust predictor of depression (β = .281, p = .004), anxiety (β = .428, p < .001), and stress (β = .403, p < .001). In addition, personality traits significantly predicted stress levels (β = .148, p = .024). In contrast, financial factors and lifestyle behaviors were not significant predictors of depression, anxiety, or stress in any model. Overall, the findings indicate that psychological distress among nursing students is primarily associated with academic workload, social support, and pre-existing psychological vulnerability rather than financial or lifestyle-related factors.

Table 4 - Mean scores of coping mechanisms among nursing students (n = 147)

Coping Subscale (Brief COPE)	coping group	Mean ± SD
1. Active Coping	Problem-Focused	5.42 ± 1.54
2. Use of informational support	Problem-Focused	5.01 ± 1.89
3. Positive reframing	Problem-Focused	5.49 ± 1.85
4. Planning	Problem-Focused	5.33 ± 1.74
5. Emotional support	Emotion-Focused	5.01 ± 1.83
6. Venting	Emotion-Focused (Maladaptive)	4.28 ± 1.56
7. Humor	Emotion-Focused	4.31 ± 1.96
8. Acceptance	Emotion-Focused	5.92 ± 1.78
9. Religion	Emotion-Focused	3.90 ± 1.73
10. Self-blame	Emotion-Focused (Maladaptive)	4.21 ± 1.79
11. Self-distraction	Avoidant (Maladaptive)	5.39 ± 1.88
12. Denial	Avoidant (Maladaptive)	3.02 ± 1.31
13. Substance use	Avoidant (Maladaptive)	2.66 ± 1.28
14. Behavioral disengagement	Avoidant (Maladaptive)	3.29 ± 1.38

Note: Problem-focused and emotion-focused coping strategies are generally considered adaptive, whereas avoidant coping strategies are categorized as maladaptive.

The findings in Table 4 present the mean scores of the 14 Brief COPE subscales, indicating that nursing students predominantly used adaptive coping strategies, particularly problem-focused and emotion-focused coping. Acceptance showed the highest mean score (5.92 ± 1.78), followed by positive reframing (5.49 ± 1.85), active coping (5.42 ± 1.54), self-distraction (5.39 ± 1.88), and planning (5.33 ± 1.74). Emotional and informational support were used at moderate levels (both 5.01). Maladaptive coping strategies were reported less frequently, with low mean scores for denial (3.02 ± 1.31), behavioral disengagement (3.29 ± 1.38), and substance use (2.66 ± 1.28). Other strategies, including religion, venting, humor, and self-blame, were used at low to moderate levels.

Table 5 - Pearson Correlation between DASS-21 subscales and Brief COPE subscales (n = 147)

Variable	Stress	Anxiety	Depression	Problem-focused	Emotion-focused	Avoidant
Stress	1	.743**	.748**	.124	.381**	.543**
Anxiety		1	.707**	.112	.377**	.544**
Depression			1	-.007	.266**	.530**
Problem-focused				1	.754**	.383**
Emotion-focused					1	.616**
Avoidant						1

**p < 0.01

Table 5 shows strong positive correlations among DASS-21 subscales, with stress significantly correlated with anxiety (r = .743, p < .01) and depression (r = .748, p < .01), and anxiety also strongly correlated with depression (r = .707, p < .01). Emotion-focused coping was moderately and positively correlated with stress (r = .381, p < .01), anxiety (r = .377, p < .01), and depression (r = .266, p < .01), while avoidant coping showed moderate positive correlations with all three outcomes

(stress: r = .543; anxiety: r = .544; depression: r = .530; all p < .01). In contrast, problem-focused coping was not significantly correlated with stress, anxiety, or depression. Strong intercorrelations were also observed among coping strategies, particularly between problem-focused and emotion-focused coping (r = .754, p < .01) and between emotion-focused and avoidant coping (r = .616, p < .01).

Discussion

This study examined mental health challenges among nursing students and found anxiety to be the most prevalent condition, consistent with prior research in this population.[2] Although most students reported normal levels of depression and stress, a substantial proportion experienced moderate to extremely severe symptoms, underscoring mental health as a significant concern in nursing education.

Psychological distress did not differ significantly across academic years, suggesting that academic and clinical stressors persist throughout the nursing program rather than being limited to specific stages, as reported in previous studies.[13] In contrast, nationality was significantly associated with depression and stress, highlighting the influence of cultural and contextual factors. Thai students reported higher levels of distress, which may reflect academic pressure and family expectations within the local context. Asian non-Thai students generally reported lower distress, though moderate symptoms were still evident, while Western students exhibited higher severity levels; however, this finding should be interpreted cautiously due to the small sample size and possible cultural adjustment challenges. These results emphasize the importance of culturally sensitive and continuous mental health support.

Regression analyses identified academic workload as a key predictor of depression and anxiety, reinforcing evidence that academic pressure is a central determinant of nursing students' mental health. Lack of social support was significantly associated with depression, while pre-existing mental health conditions emerged as the strongest predictor across all outcomes, consistent with earlier findings on psychological vulnerability.[14] Personality traits were also associated with stress, whereas financial and lifestyle factors were not significant predictors, suggesting that academic and psychosocial stressors play a more prominent role in this population.

Coping patterns further contextualized these findings. Students predominantly used adaptive coping strategies, such as acceptance, positive reframing, and active coping; however, higher levels of distress were associated with greater reliance on emotion-focused and avoidant coping, consistent with prior research. The moderate use of self-blame and venting suggests areas where coping skills training may be beneficial.

Overall, the findings suggest that interventions should prioritize managing academic workload, enhancing social support, and strengthening adaptive coping skills. Early screening for pre-existing mental health conditions, combined with culturally responsive support strategies, is essential to mitigate psychological distress among nursing students. In addition to reducing workload, interventions should also foster emotional intelligence and reinforce relational support systems to promote resilience and well-being.[8,14] However, several limitations should be acknowledged. The cross-sectional design precludes causal inference, and the use of self-report questionnaires may introduce response and social desirability bias. Furthermore, the small number of participants in some nationality subgroups may limit the reliability of subgroup comparisons.

Suggestions

This study highlights the need for comprehensive interventions to support nursing students' mental health. Institutions should address academic workload by balancing curricular and clinical demands, while also strengthening social support through mentoring, faculty guidance, and counseling services. Early screening for pre-existing mental health conditions is essential, with tailored interventions provided for vulnerable students. Coping skills training should be incorporated into curricula to promote problem-focused strategies and reduce reliance on avoidant or self-blame behaviors. Interventions must also be culturally sensitive, recognizing the influence of nationality and contextual factors. Future longitudinal and qualitative research is recommended to examine changes in mental health and coping across academic years, as well as cultural and personality-related influences on resilience. Longitudinal studies could clarify how coping strategies evolve over time, while qualitative approaches may offer deeper insight into culturally shaped coping processes, thereby informing the development of culturally sensitive interventions.

References

1. Eleftheriades R, Fiala C, & Pasic MD. The challenges and mental health issues of academic trainees. F1000Res. 2020; 9:104. doi: 10.12688/f1000research.21066.1.
2. Lavoie-Tremblay M, Sanzone L, Aubé T, & Paquet M. Sources of stress and coping strategies among undergraduate nursing students across all years. Canadian Journal of Nursing Research. 2022; 54(3):261-71. doi: 10.1177/08445621211028076.
3. Tung YJ, Lo KKH, Ho RCM, & Tam WSW. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today. 2018; 63:119-29. doi: 10.1016/j.nedt.2018.01.009.
4. Healthy Minds Study. The Healthy Minds Study: 2022–2023 data report. Healthy Minds Network; 2023.
5. Baruah C, Saikia H, Gupta K, & Ohri P. Prevalence and correlates of depression, anxiety and stress among nursing students. Indian Journal of Community Health. 2022; 34(2): 259-64.
6. Sonmez Y, Akdemir M, Meydanlioglu A, & Aktekin MR. Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: A Longitudinal Study. Healthcare (Basel). 2023; 11(5):636. doi: 10.3390/healthcare11050636.
7. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai Health Report 2025: Situation and impacts of mental health in Thailand. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2025.
8. Kasiphol T, & Jaroenjitkul C. Model development of a resilience promotion program to reduce stress in nursing students. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2025; 40(01): 31-46.
9. Lazarus RS, & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
10. Lovibond PF, & Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995; 33(3):335-43. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.

11. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. International Journal of Behavioral Medicine. 1997;4(1):92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
12. Subramaniam M. Validity, reliability, measurement invariance, and equipercentile linking of the depression anxiety stress scale-21 in the youth population in Singapore. Frontiers in Psychology. 2025; 16:1563190. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1563190.
13. 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)
14. Kongman K, & Hakeem C. Factors affecting mental health problem of nursing students. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024; 21(3): 331-9. (in Thai)

การศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

A Study of the Desirable Characteristics of Nursing Graduates from the Bachelor of Nursing Science Program 2027, according to The Stakeholder Needs at Southeast Asia University

ดลฤดี โรจน์วิริยะ บังอร ฤทธิ์อุดม*
Donleudee Rojviriya Bangorn Ritudom*
โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10160
Establishment Project Faculty of Nursing, Southeast Asia University, Bangkok, Thailand 10160

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ โดยใช้เทคนิค แบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนได้เสียของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จำนวน 22 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยมีจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทั่วไปกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 3) ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ 4) ความสามารถในการบริหารจัดการ 5) ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา 6) ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดสร้างสรรค์ 7) ความสามารถในการทำวิจัยหรือร่วมทำวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม 8) ทักษะในการสื่อสารภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 9) ทักษะในการสื่อสารภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 10) ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ครอบคลุมบุคคล ครอบครัวและชุมชน 11) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ และ 12) ความประพฤติในฐานะพลเมืองดีของประเทศ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาล มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย และเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลมีคุณภาพ และมาตรฐานต่อไป

คำสำคัญ: คุณลักษณะที่พึงประสงค์, บัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์, ความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย

Corresponding author :* Email : bang-orn@sau.ac.th

วันที่รับ (recieived) 1 พ.ย.2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ธ.ค.2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 20 ธ.ค.2568

Abstract

This study aimed to identify the desirable characteristics of nurse graduates for the Bachelor of Nursing Science program 2027 according to the stakeholder needs at Southeast Asia University using the Delphi technique. The samples were 22 experts who were stakeholders of Southeast Asia University nurse graduates recruited by purposive sampling method. The research instruments were demographic data questionnaires, and three rounds of questionnaires provided two sections: open-ended and a 5-point rating scale. The data were analyzed using median and interquartile range.

The study found that the desirable characteristics of the Bachelor of Nursing Science program 2027 according to the stakeholder needs. The desirable characteristics consisted of twelve characteristics. They were: 1) Nursing and midwifery knowledge on the basic of professional ethic skills; 2) Integrated the general knowledge in nursing practice and midwifery skills; 3) Collaborating with interdisciplinary team skills ; 4) Management skills; 5) Decision making and problem solving skills; 6) Critical and creative thinking skills; 7) Research or joining together and innovation developmental skills; 8) Communicate in Thai for nursing practice and midwifery skills; 9) Communicate in English for nursing practice and midwifery skills; 10) Good interpersonal relationship with collaborative and clients including personal family and social skills; 11) Digital and information technology skills; and 12) Good citizenship.

The results of this study can be used as basic information to develop nursing science programs in order to improve the nursing science programs as identified by stakeholder needs.

Keywords: Desirable Characteristics, Southeast Asia University Nurse Graduates, Stakeholders' Needs

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนทั้งจากภายในอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และจากภายนอกโดยเฉพาะจากสถานการณ์โลกแบบ BANI (Brittle, Anxious, Non-linear, and Incomprehensible) ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดแรงกดดันอย่างยิ่งต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่พร้อมรับมือกับโลกอนาคต[1] โครงสร้างของประชากรไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566 และเป็นสังคมสูงวัยในระดับสูงสุด ในปี พ.ศ. 2567 คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้าผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง และภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อคนวัยทำงานสูงขึ้น[2] จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญต่อระบบสาธารณสุขไทยเพิ่มมากขึ้น แต่กลับพบว่า มีปัญหา การขาดแคลนพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งๆ ที่มีการวางแผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่การสร้างไม่ทันกับจำนวนคนที่ไหลออกการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพที่ออกจากระบบหรือลาออกจากระบบเฉลี่ยปีละ 3.96%[3] การศึกษาทางด้านการพยาบาลจึงต้องมีการจัดการศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงานและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว เพื่อให้บัณฑิตที่ผลิตออกมามีสมรรถนะตรงตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด[4]

มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ (Southeast Asia University : SAU) เป็นสถาบันการศึกษา ระดับอุดมศึกษาเอกชน สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ได้ขยายขอบข่ายการจัดการศึกษาคือโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ขึ้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากำลังคนให้สอดคล้องกับความต้องการกับนโยบายภาครัฐและตลาดแรงงานที่ขาดแคลนบุคลากรด้านการพยาบาลและความต้องการบุคลากรพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์มีศักยภาพในการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์และสามารถเปิดหลักสูตรบัณฑิตพยาบาลในระดับปริญญาตรีได้ เพื่อเพิ่มโอกาสทางการศึกษาให้กับนักเรียนและบุคคลที่สนใจในเขตพื้นที่กรุงเทพฯและปริมณฑล

ปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตมุ่งเน้นผลลัพธ์เป็นฐาน (Outcome-Based Education : OBE) โดยออกแบบหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลที่มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อผลักดันให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected learning outcome : ELO) ของผู้เรียน องค์กรและสังคม เพื่อให้หลักสูตรได้รับการยอมรับและแข่งขันได้ในระดับสากล[4] ผู้วิจัยในฐานะที่ปรึกษาของโครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จึงสนใจศึกษาข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียอย่างรอบด้าน โดยการใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) สำรวจความคิดเห็นที่เป็นอิสระของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนได้เสียที่ทำซ้ำอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานที่สำคัญและเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ให้มีการผลิตบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ สมรรถนะวิชาชีพพยาบาลของสภาการพยาบาล จากนั้นนำข้อมูลที่สรุปได้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดเป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้มีส่วนได้เสียของบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนได้เสียของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จำนวน 22 คน ซึ่งพิจารณากลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจากอิทธิพลและผลกระทบที่มีต่อการสร้างหลักสูตร ทั้งกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียจากอิทธิพลสูงและผลกระทบที่มีต่อการสร้างหลักสูตรสูง (High power and high impact) โดยเป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ผู้บริหารสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

1. ผู้บริหาร อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จำนวน 8 คน
2. ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุทโรอุทิศ จำนวน 4 คน
3. ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลชุมชนนาควัชรอุทิศ ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 (นาควัชรอุทิศ) จำนวน 3 คน
4. ผู้บริหาร พยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 2 คน
5. ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล จำนวน 3 คน
6. ผู้บริหาร พยาบาลปฏิบัติการ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค จำนวน 2 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ ความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้และเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย
2. เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านการให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่บริเวณใกล้เคียงของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ที่คาดว่าบัณฑิตพยาบาลของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จะเข้าปฏิบัติงานภายหลังสำเร็จการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวน 5 ข้อ

2. แบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามที่ใช้สอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 1

3. แบบสอบถามปลายปิด ซึ่งพัฒนามาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จากคำถามปลายเปิดในรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 และวัดฉันทามติของผู้มีส่วนได้เสีย โดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

4. แบบสอบถามปลายปิดเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการนำแบบสอบถามรอบที่ 2 มาสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับใหม่ แบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และแสดงตำแหน่งของคำตอบแต่ละข้อของผู้มีส่วนได้เสียโดยรวม เพื่อให้ผู้ตอบได้พิจารณาว่าจะยืนยันคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตัวเอง ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลแล้วนำมาสร้างแบบสอบถามปลายเปิด เสนอขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

2. ทำหนังสือถึงหน่วยงานต้นสังกัดของผู้มีส่วนได้เสีย ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consented form)

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามปลายเปิดที่สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ให้ผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 30 คน เมื่อผู้มีส่วนได้เสีย ตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้วนำส่งผู้วิจัยและสอบถามหรือสัมภาษณ์เพิ่มเติมถ้าพบข้อสงสัย โดยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 25 ชุด คิดเป็นร้อยละ 83.33 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดนำมาสร้างแบบสอบถามปลายปิดที่สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

6. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามปลายปิดให้กับผู้มีส่วนได้เสียรอบที่ 2 จำนวน 25 คน เพื่อให้แสดงระดับความคิดเห็นต่อข้อคำถามเหล่านั้น โดยให้ผู้มีส่วนได้เสียลงระดับความคิดเห็นแต่ละข้อคำถาม หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว ผู้วิจัยจะติดตามผลและเก็บแบบสอบถามกลับคืน รวมระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ได้รับการตอบกลับ จำนวน 25 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100

7. ผู้วิจัยวิเคราะห์หาร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละคำตอบของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละระดับความคิดเห็น พร้อมทั้งแสดงตำแหน่งของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละคน จากนั้นส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 25 คน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียแต่ละคนยืนยันความคิดเห็นของตนเอง หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้ว ผู้วิจัยจะติดตามผลและเก็บแบบสอบถามกลับคืน รวมระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ได้รับการตอบกลับ จำนวน 22 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA no.016/2568 ลงวันที่ 10 กันยายน 2568 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การให้ข้อมูลดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอโดยภาพรวมในการกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์เท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อการวิเคราะห์ข้อมูลและการเผยแพร่สิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายปิดรอบที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของคำตอบแต่ละข้อ เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 2

4. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายปิดรอบที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยกำหนดผลการวัดฉันทามติของผู้มีส่วนได้เสีย เป็นค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 มากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรส มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 59.10 ระดับการศึกษาปริญญาตรี มากที่สุด จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป มากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 40.91

2. คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ โดยในแต่ละรอบได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลจากการรวบรวมข้อมูล รอบที่ 1 โดยการใช้แบบสอบถามปลายเปิด มีข้อคำถาม จำนวน 12 ด้าน ให้ผู้มีส่วนได้เสียแสดงความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะแบบอิสระ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผลสรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้มีส่วนได้เสียในแต่ละข้อที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมด คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ มีทั้งหมด 12 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยมีจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านความสามาถในการประยุกต์ความรู้ทั่วไปกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ จำนวน 6 ข้อ 5) ด้านความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาจำนวน 5 ข้อ 6) ด้านความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการคิดสร้างสรรค์ จำนวน 5 ข้อ 7) ด้านความสามารถในการทำวิจัยหรือร่วมทำวิจัยและการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 5 ข้อ 8) ทักษะในการสื่อสารภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 7 ข้อ 9) ทักษะในการสื่อสารภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 4ข้อ 10) ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ครอบคลุมบุคคล ครอบครัวและชุมชน จำนวน 5 ข้อ 11) ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศจำนวน 9 ข้อ และ 12) ความประพฤติในฐานะพลเมืองดีของประเทศ จำนวน 6 ข้อ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียพิจารณาว่าคุณลักษณะในแต่ละด้านมีความเหมาะสมในการบ่งชี้คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลมากน้อยเพียงใด คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จะได้รับฉันทามติเมื่อมีค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.50 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ จำนวนทั้งสิ้น 68 ข้อ ทุกข้อมีค่ามัธยฐาน 4.00-5.00 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0-1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามรอบที่ 3 พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้ง 12 ด้าน ได้รับฉันทามติจากผู้มีส่วนได้เสีย โดยมีค่ามัธยฐาน 5.00 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ตั้งแต่ 0.00 – 1.00 จำนวน 68 ข้อ แสดงให้เห็นว่าผู้มีส่วนได้เสีย มีความคิดเห็นสอดคล้องกันคุณลักษณะที่ได้มีความเหมาะสมในการบ่งชี้คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ อยู่ในระดับมากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2570 ของมหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์ ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ประกอบไปด้วย 12 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยมีจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) ซึ่งลักษณะที่พึงประสงค์ในด้านนี้สอดคล้องกับ สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับบปริญญาตรีของสภาการพยาบาล สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมายและสมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์[6] สอดคล้องกับผล การวิจัยก่อนหน้า[7] ที่พบว่าบัณฑิตพยาบาลควรมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเป็นองค์รวมด้วยความเมตตากรุณา และเอื้ออาทร คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความหลากหลายทางวัฒนธรรม สามารถแสดงออกถึงบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2. ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทั่วไปกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทั่วไปกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) ผลการวิจัยเป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้สาขาพยาบาลศาสตร์ด้านความรู้ ซึ่งกำหนดลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งต้องมีความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ที่เป็นพื้นฐานชีวิตทั้งด้านสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงศาสตร์อื่นที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 และความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์[8] สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้าที่พบว่า ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือด้านความรู้และวิชาการ มีความจำเป็นในการพัฒนาสูงสุดเป็นลำดับแรก[9]

3. ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) เนื่องจากการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพของพยาบาลจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากร ส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลัก เพื่อให้การดูแลครอบคลุมและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียมีความต้องการคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลทหารอากาศ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศในด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด[10]

4. ความสามารถในการบริหารจัดการ

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการบริหารจัดการ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00-1.00) ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารจัดการของพยาบาลในปัจจุบันมีความสำคัญมาก ในด้านการพัฒนางาน ได้แก่ การพัฒนารูปแบบเพื่อบริหารจัดการกำลังพลพยาบาลให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษา[11] ที่พบว่า ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นเกี่ยวกับบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ควรมีสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการทั้งด้านการบริหารคน เงิน งาน ของ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายต่างๆ

5. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) ทั้งนี้การตัดสินใจทางการพยาบาลเป็นกระบวนการสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย ในปัจจุบันพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและต้องเลือก

แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้ทางวิชาชีพ และการพิจารณาทางจริยธรรม การตัดสินใจทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพช่วยเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดข้อผิดพลาด และพัฒนาการบริหารจัดการทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[12] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลหัวหน้าเวร โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่ ที่พบว่ามีความสามารถในการตัดสินใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง[13]

6. ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการสร้างสรรค์

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการคิดวิจารญาณและการคิดสร้างสรรค์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) เนื่องมาจากในบริบทของวิชาชีพพยาบาล ทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) และการตัดสินใจเชิงระบบ (Systematic Decision-Making) ถือเป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็น เนื่องจากพยาบาลไม่เพียงทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นผู้บริหารจัดการ ผู้ประสานทีม และผู้นำในการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ[12] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย บัณฑิตพยาบาลควรมีทักษะการคิดเชิงระบบ เพราะจะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์ ของสิ่งต่าง ๆ เชื่อมโยงจากส่วนย่อยไปหาส่วนใหญ่ ควรมีทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการคิดสร้างสรรค์[7]

7. ความสามารถในการทำวิจัยหรือร่วมทำวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสู่การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการทำวิจัยหรือร่วมทำวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมสู่การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 1.00) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสมรรถนะทางด้านการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ มีความสำคัญมาก การผลิตผลงานวิจัยทำให้การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลมีระบบและมีหลักฐานมากขึ้น ทำให้เกิดการบริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลใหม่ๆ สามารถทำได้ถ้ามีความสามารถในการวิจัยที่เพียงพอ พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการวิจัยเพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพและมีประโยชน์ต่อวงการพยาบาล[14,15] สอดคล้องกับผลการประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความต้องการจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ด้านความรู้ทางการวิจัยทางการพยาบาล ด้านทักษะทางการวิจัยทางการพยาบาล และด้านเจตคติด้านการวิจัยทางการพยาบาล[16]

8. ทักษะในการสื่อสารภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านทักษะในการสื่อสารภาษาไทยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 7 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00-0.75) ทั้งนี้บัณฑิตพยาบาลควรมีความสามารถในการสื่อสารกับ ผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน สามารถพูดในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรู้ในเรื่องที่จะพูด และต้องมีทักษะในการพูดให้คนอื่นรู้เรื่อง เพราะพยาบาลต้องให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับบริการอยู่เสมอ[7] และจากการศึกษาก่อนหน้า พบว่าความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น คุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่เป็นความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียควรมีการสื่อสารที่ดีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ[2]

9. ทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 4 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00-1.00) ความสามารถในด้านภาษาอังกฤษเป็นสิ่งที่พยาบาลควรได้รับการฝึกฝนและพัฒนา เนื่องจากความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษของพยาบาลเป็นหนึ่งในมาตรฐานสากลที่พยาบาลจำเป็นต้องมี[11] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่ระบบบริการสุขภาพเอกชนต้องการ ได้แก่ ทักษะภาษาต่างประเทศ (Foreign languages) พยาบาลในสถาบันบริการสุขภาพเอกชน

จะต้องใช้ภาษาต่างประเทศได้ ทั้งการอ่าน พูด ฟังภาษาอังกฤษ รวมถึงภาษาอื่นๆ ที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้รับบริการในระดับนานาชาติ[17]

10. ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการครอบคลุมบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการครอบคลุมบุคคล ครอบครัวและชุมชน ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00-1.00) กล่าวได้ว่าการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานและความผูกพันต่อองค์กร ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและการช่วยเหลือเกื้อกูล ลดความขัดแย้งในที่ทำงาน ส่วนสัมพันธภาพกับผู้รับบริการที่ครอบคลุมบุคคล ครอบครัวและชุมชน จะก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการประสานงานและการส่งต่อการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของพยาบาลจบใหม่ที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่พบว่า คุณภาพบัณฑิตด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบอยู่ในระดับมาก[18]

11. ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 9 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00-1.00) พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับที่ดี เพื่อให้การทำงานของทีมสุขภาพสำเร็จลุล่วง รวมถึงการใช้งานดิจิทัลมีความปลอดภัย ปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นของงานบริการสุขภาพ[11] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บัณฑิตพยาบาลราชภัฏอุบลราชธานี ตามความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสีย ควรมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการทำงานและค้นคว้าเพื่อหาความรู้ และควรมีทักษะในการค้นคว้า รู้แหล่งในการค้นคว้าหาข้อมูลความรู้[7]

12. ความประพฤติในฐานะพลเมืองที่ดีของประเทศ

จากผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านความประพฤติในฐานะพลเมืองที่ดีของประเทศ ผู้มีส่วนได้เสียมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ข้อ (Median = 5.00, Interquartile Range = 0.00) ความเป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตยของไทย จะมีคุณลักษณะ 6 ประการ ได้แก่ รับผิดชอบต่อตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เคารพหลักความเสมอภาค เคารพความแตกต่าง เคารพสิทธิผู้อื่น เคารพกติกา และรับผิดชอบต่อสังคมและส่วนร่วม[19] ผลการการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้เสียมีความต้องการให้บัณฑิตพยาบาลเคารพสิทธิเสรีภาพและความคิดเห็นของผู้อื่น พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และยึดมั่นในระบอบประชาธิปไตยเป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่ระบบบริการสุขภาพเอกชนต้องการ คือ พยาบาลต้องใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง รู้เท่าทันความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ การเลือกเรียนรู้ค้นคว้า พัฒนาตนเองด้วยการเรียนรู้ตลอดเวลา[17]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล ผู้รับผิดชอบในการจัดทำหรือพัฒนาหลักสูตรและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำหลักสูตรไปใช้ ควรให้ความสำคัญและประเมินความคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้เสียต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญในการกำหนดทิศทางการวางแผนและจัดทำยุทธศาสตร์ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่ตรงและตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

2. การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบันและอนาคต ควรมุ่งเน้นการพยาบาลในวิถีชีวิตยุคใหม่ ที่มุ่งเน้นความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล สารสนเทศ ปัญญาประดิษฐ์ และการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาล ผสมผสานกับการให้ความสำคัญด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และความเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามช่วงอายุ ที่สะท้อนลักษณะสังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยีที่หล่อหลอมและการใช้ชีวิตของคนในแต่ละยุค

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล ตามความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย

References

1. Konthiang K, Songprakun W, & Varee A. Modern nursing leadership strategies for internationalization. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2025; 26(3), 44-53. (in Thai)
2. Amornrojanavaravutti W, Seedaket S, Klaypeth P, Discharoen K, Tangphan C, Chitsom S, et al. The study of stakeholders'needs in bachelor degree of nursing curriculum development the establishment project of the nursing faculty, northeastern university. The 10th national and the 8th international conference on research and innovation. 2023. (in Thai)
3. Saengcharnchai U. Nursing shortage: Thai public health problems and policy proposals. Academic Graduate Journal. 2(2): 26-36. (in Thai)
4. 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)
5. Tan K, Chong MC, Subramaniam P, & Wong LP. The effectiveness of outcome based education on the competencies of nursing students: A systematic review. Nurse Education Today. 2018; 64 :180-9.
6. Thailand Nursing Council. Competencies of Registered Nurses. Bangkok: Siriyod printing; 2010. (in Thai)
7. Rattanaraj P. Desirable Characteristics Among Graduate Nurses of Ubon Ratchathani Rajabhat University. Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation. 2020; 9(1) :20-9. (in Thai).
8. The Higher Education Committee. The announcement of the Ministry of education: qualifications bachelor of nursing science 2017. Bangkok: Ministry of Education; 2017. (in Thai).
9. Choeisuwan V, Kwansawaitham N, Duangmanee A, Sathuwong K, & Wongsang Y. The needs assessment for development of desired characteristics of graducate nurses, the Royal Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal. 2021; 48(3):479-95. (in Thai).
10. Khamrath J, Amornratanathada C, Undara W, Peungsawang N, Saichamchan S, Suksaen N, et al. A Study of Desirable Characteristics of Air Force Nurse Graduates from the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum 2023) as Identified by Stakeholder Needs. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2024; 30(1): 1-17. (in Thai)
11. Kittiboonthawal P, Siriwanij W, Ubolwan K, & Maneechot M. Stakeholders' Opinion on the Desired Characteristics of Nursing School Graduates and Factors Concerning Nursing Curriculum Development in Thailand. Asian Journal for Public Opinion Research. 2018; 5(4), 319–45. (in Thai)
12. Sookpier P, Srijakkot J, Dapha S, & Pinsuwan C. Decision-Making in Nursing: Theories, Models, and Applications. Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen 2025; 17(2), 13-25. (in Thai)

13. Louaketkit J. Factors predicting decision making ability of charge nurses in private hospitals nursing administration. Chonburi: Faculty of Nursing, Burapha University. 2019. (in Thai)
14. McKee G, Codd M, Dempsey O, Gallagher P, & Comiskey C. Describing the implementation of an innovative intervention and evaluating its effectiveness in increasing research capacity of advanced clinical nurses: using the consolidated framework for implementation research. BMC Nursing. 2017; 16(21), 1-13.
15. Punnue I, Puttapitakpon S, & Boonyalepan, S. The Research Competencies of Professional Nurses in Community Hospital. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 31(1): 80-91. (in Thai)
16. Suvansarakun J. Needs assessment for the development of nursing research competencies of nursing students Master of Education. Nakhonpathom: Department of Education Foundations Graduate School, Silpakorn University. 2020. (in Thai)
17. Vudhironarit S, Wattanasrisin J, & Silapakumpises K. Desirable Characteristics of Nursing Graduates for Private Health Service Systems, Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2024; 34(3), 164-79. (in Thai)
18. Khonhkhoontot P, Jarupisitpaiboon J, & Gaewgoontol N. Opinions of Stakeholders on the Qualities and Identities of Novice Nurses Graduated from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima in the Academic Year 2018 Journal of Health Science. 2020 ;29(6): 1086-94. (in Thai)
19. Rangubtook K. A Good Citizenship in Thai Democracy. Academic Journal of Political Science and Public Administration. 2020; 2(1): 1-11. (in Thai)

การวิเคราะห์เครือข่ายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนเกษตรกรรมชนบท: ข้อเสนอเชิงสุขภาพชุมชน

A Network Analysis of Quality of Life Among Older Adults Living in Rural Agricultural Communities: Implications for Community Health

หยดฟ้า ราชมณี* นอรีนี ตะหวา
Yodfah Ratmanee* Norreenee Tawa
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช นครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80280
Faculty of Science and Technology, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, Thailand 80280

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนเกษตรกรรมชนบทที่ได้รับผลกระทบจากการย้ายถิ่นของแรงงานรุ่นใหม่และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด การทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการวางแผนมาตรการสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน เป็นผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมในอำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Network Analysis วิธี EBICglasso

ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างที่เด่นชัดที่สุด ได้แก่ ด้านความเป็นอิสระในการตัดสินใจและด้านความสำเร็จและความคาดหวังในชีวิต (partial r = 0.34) ด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต มีค่าความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนสูงที่สุด (R^2 = 0.71) ค่าความเป็นศูนย์กลางพบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคม (strength = 1.12) และกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (strength = 1.11) มีอิทธิพลสูงสุดในเครือข่ายคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า “การมีส่วนร่วมทางสังคม” และ “กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต” ซึ่งสะท้อนความรู้สึกถึงคุณค่าและความพึงพอใจในความสำเร็จที่ผ่านมาและความคาดหวังในอนาคต ควรได้รับการให้ความสำคัญเป็นแนวทางหลักในการพัฒนางานด้านสุขภาพชุมชนเชิงพื้นที่ สำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เกษตรกรรมชนบท

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, การวิเคราะห์เครือข่าย

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, with rural agricultural communities experiencing the greatest demographic impact due to youth outmigration and limited access to healthcare services. Understanding the quality of life (QoL) of older adults in these settings is essential for guiding effective community health strategies. This descriptive cross-sectional study examined the structural relationships among QoL domains using the World Health Organization Quality of Life–Older Adults Module (WHOQOL-OLD, Thai

*Corresponding Author: E-mail: yhodpha_rat@nstru.ac.th

วันที่รับ (Received) 26 พ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 14 ก.พ. 2569

version, which demonstrated content validity and a reliability coefficient of 0.87). A total of 381 older adults who continued to engage in agricultural work in Lan Saka District, Nakhon Si Thammarat Province, were recruited, and the data were analyzed using network analysis with the EBICglasso method.

Results revealed that the strongest partial correlation occurred between autonomy and past–present–future activities (partial r = 0.34). Past–present–future activities demonstrated the highest predictability (R^2 = 0.71). Centrality analysis showed that social participation (strength = 1.12) and past–present–future activities (strength = 1.11) were the most influential domains within the QoL network.

These findings suggest that "social participation" and "past–present–future activities," which reflect a sense of value and life roles, should be prioritized as key directions in area-based community health initiatives aimed at improving the quality of life of older adults in agricultural communities.

Keywords: Quality of Life, Older Adults, Network Analysis

Introduction

Population aging is accelerating worldwide and is increasingly placing pressure on health and social systems. Thailand officially entered a complete aged society in 2022, with more than 20% of the population aged 60 years and older, and is projected to transition toward a super-aged society, defined as having over 30% of the population aged 60 years and above, between 2033 and 2035.[1], although the impact of this shift is not felt evenly across the country. In practice, rural and agricultural provinces experience the change more intensely. Many younger adults move out for work, leaving behind communities where older adults form a noticeably large share of the population. These older adults often live with socioeconomic constraints, limited access to services, and a high burden of chronic diseases[2]. Understanding their quality of life (QoL) is therefore not only an academic interest but also a practical concern for public health planning.

Lansaka District in Nakhon Si Thammarat is a clear example of this dynamic. It is a rural agricultural area where the effects of demographic aging show up in everyday routines. Because younger workers are scarce, older adults continue to take on agricultural tasks that demand physical effort, while access to health and social services remains relatively limited[3]. In many ways, these circumstances shape how older people work, interact with their families, and participate in the community. This makes Lansaka a particularly relevant setting for examining the different aspects of QoL.

The WHOQOL-OLD framework offers six domains for understanding QoL among older adults: sensory abilities (SAB), autonomy (AUT), past–present–future activities (PPF), social participation (SOP), death and dying (DAD), and intimacy (INT)[4]. Much of the previous research relies on regression-based approaches that treat each domain as an independent predictor. However, emerging evidence suggests that QoL functions more like a network or system in which a change in one area may influence several others[5]. For instance, declining sensory ability may reduce autonomy or limit participation in community activities, which could ultimately affect overall well-being.

Network analysis provides a way to explore these relationships more explicitly. Techniques such as EBICglasso estimate partial correlation networks that reveal how QoL domains are conditionally connected[6]. Identifying which domains are most central can help highlight areas where

community or nursing interventions might have the greatest impact, especially in rural settings.

Despite its potential, existing QoL research on older adults in Thailand has largely relied on regression-based approaches, which provide limited insight into how different QoL domains are structurally interconnected, particularly in rural agricultural contexts. Empirical evidence applying network analysis to examine the structural relationships among WHOQOL-OLD domains in Thai agricultural communities remains limited.[7] Accordingly, this study applies network analysis to examine the structural relationships among WHOQOL-OLD domains in older adults living in rural agricultural areas, with the aim of informing community health and primary care strategies that better support their well-being.

Objectives

1. Examine the network structure of the WHOQOL-OLD domains among older adults living in rural agricultural communities using EBICglasso network analysis.

2. Identify the central and influential QoL domains through centrality and predictability indices to inform community- and primary-care health strategies for older adults in rural agricultural settings.

Framework

This study applied EBICglasso network analysis[8] to the six WHOQOL-OLD domains to examine how QoL components interconnect among older adults. Domains were treated as nodes linked by partial correlations, with centrality and predictability (R^2) used to identify the most influential domains. The findings offer a system-level view of QoL and highlight key targets for improving well-being in rural agricultural communities.

Methodology

A cross-sectional study was conducted, and data were collected between June and July 2025 through face-to-face interviews.

Populations and Sample Size

The sample size was determined using the Taro Yamane formula at a 95% confidence level. Based on an elderly population of 7,611 in Lansaka District[9], a total of 381 older adults were recruited. A multistage sampling method was used. Lansaka District was purposively selected for its high proportion of older adults in agricultural work9. Subdistricts and villages were sampled using stratified random sampling, followed by simple random sampling of households. One eligible older adult from each selected household was invited to participate.

Participants were included if they were aged 60 years or older, and were continuously engaged in agricultural work. Individuals with severe cognitive impairment, terminal illness, or inability to complete the interview were excluded.

Data Analysis

All analyses were performed using R version 4.3.0. Descriptive statistics were used to summarize participant characteristics and WHOQOL-OLD scores.

A Gaussian Graphical Model (GGM) was estimated using the Extended Bayesian Information Criterion graphical LASSO (EBICglasso), which applies L1 regularization to shrink small partial correlations toward zero, producing a sparse and interpretable network10. The tuning parameter (λ) was automatically selected based on the EBIC with a γ value of 0.50, a commonly recommended setting for balancing sensitivity and specificity in psychological and health-related network models[11]. The EBIC penalty term is expressed as:

$$EBIC = -2\log(L) + k\log(n) + 4\gamma k\log(p)$$

where L is the likelihood, k is the number of non-zero parameters, n is the sample size, and p is the number of nodes.

Domains were modeled as nodes, with edges representing partial correlations. The network was visualized using the Fruchterman–Reingold algorithm. Strength centrality (sum of absolute edge weights) identified influential domains. Expected Influence was calculated but mirrored strength as all edges were positive. Predictability (R^2) was estimated via the mgm package to determine the variance explained by neighboring nodes.

Protection of Research Participants' Rights

The study was approved by the Human Research Ethics Committee of Nakhon Si Thammarat Rajabhat University (COA 042/2568; approved 22 May 2025). Participation was voluntary, with written informed consent obtained, and participants could withdraw at any time. All data were treated confidentially and reported only in aggregate form.

Research Tools and Instrument Quality

Research Instruments

A structured questionnaire was used to collect data on sociodemographic characteristics (sex, age, marital status, agricultural occupation, education, income, living arrangement, family size, and family relationship quality) and health-related factors including chronic illness, sleep duration, smoking, alcohol use, and physical activity.

QoL was assessed using the 24-item WHOQOL-OLD, which covers six domains (SAB, AUT, PPF, SOP, DAD, and INT). Items were rated on a 5-point Likert scale, with negatively worded items reverse-coded. Each domain contains four items, yielding scores from 4 to 20, classified as poor (4–9), moderate (10–15), or good (16–20) following the standardized framework for interpreting WHOQOL-OLD results[5].

Instrument Quality

The Thai WHOQOL-OLD demonstrated strong content validity, with IOC values exceeding 0.67. A pilot test with 30 older adults from a non-sampled agricultural village further supported its reliability, yielding an overall Cronbach's alpha of 0.87.

Results

This section details participant characteristics, descriptive statistics, and EBICglasso network analysis to identify influential WHOQOL-OLD domains for community health strategies.

Participant Characteristics

The study included 381 older adults from agricultural households in Lansaka District. Participants were primarily aged 60–69 (57.70%), female (51.40%), married (68.20%), and fruit farmers (57.70%). Socioeconomic status was generally low: 52.50% had primary education or less, and 34.10% earned <3,000 THB/month. Most lived with family (70.90%), 79.00% reported chronic conditions, and 63.51% had low physical activity (<3 days/week).

Descriptive Statistics

Table 1 summarizes WHOQOL-OLD domain scores. PPF (14.60 ± 3.10) and INT (14.00 ± 2.40) showed the highest mean scores, followed by AUT (13.70 ± 3.00), SAB (13.10 ± 2.70), SOP (12.80 ± 3.20), and DAD (12.20 ± 3.90).

Table 1. Descriptive Statistics of WHOQOL-OLD Domains (n = 381)

Domain	Mean	SD	Min	Max	Median	IQR
SAB	13.10	2.70	6.00	19.00	13.20	2.80
AUT	13.70	3.00	7.00	19.60	13.70	2.70
PPF	14.60	3.10	8.00	20.00	14.50	3.00
SOP	12.80	3.20	5.60	18.80	12.80	3.20
DAD	12.20	3.90	4.00	19.20	12.20	4.00
INT	14.00	2.40	6.80	18.60	14.00	2.40

Note. SAB = Sensory Abilities; AUT = Autonomy; PPF = Past–Present–Future Activities; SOP = Social Participation; DAD = Death and Dying; INT = Intimacy; SD = Standard Deviation; IQR = Interquartile Range.

Network Structure of WHOQOL-OLD Domains

EBICglasso analysis revealed a well-connected network (Figure 1) with all positive partial correlations (0.03–0.34). The strongest ties occurred between AUT–PPF (0.34), PPF–SOP (0.31), and SOP–INT (0.31), linking autonomy, activity, social participation, and intimacy. Moderate associations included SOP–DAD (0.28) and SAB–AUT (0.20). Conversely, DAD was less integrated, showing weaker peripheral links (e.g., INT–DAD = 0.07). Overall, activity and social domains formed the network core.

Central and Influential QoL Domains: Predictability and Centrality

To address the second objective, predictability and centrality indices were examined to identify the most influential QoL domains within the network.

Predictability (R^2)

Predictability varied across the six domains (Figure 2). The highest values were observed for PPF (R^2 = 0.71) and SOP (R^2 = 0.70), showing that these domains were strongly influenced by neighboring nodes. AUT (R^2 = 0.60), INT (R^2 = 0.58), and SAB (R^2 = 0.56) demonstrated moderate predictability. DAD had the lowest predictability (R^2 = 0.52), indicating that it was less shaped by other domains and functioned as a more distinct QoL component.

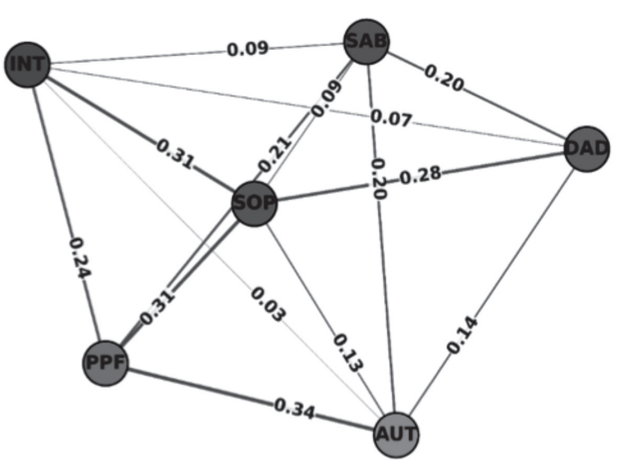


Figure 1. EBICglasso Network Structure

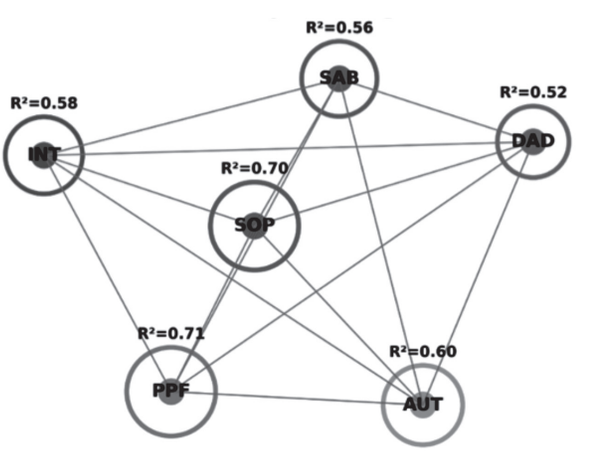


Figure 2. Predictability (R^2) Ring Plot

Centrality Indices

Centrality analysis showed that SOP (1.12) and PPF (1.11) had the highest strength centrality, indicating their strong influence within the QoL network (Figure 3). AUT (0.84) and SAB (0.80) displayed moderate centrality, while INT (0.75) exerted less influence. DAD (0.71) showed the lowest centrality, consistent with its weaker integration in the network. Because all partial correlations were positive, the EI values were identical to strength and were therefore not interpreted separately. For this reason, strength centrality was used as the primary indicator of node importance.

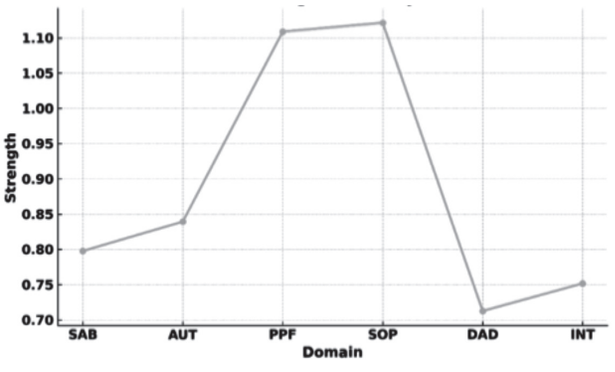


Figure 3. Strength Centrality of the QoL Domains Estimated Using EBICglasso.

Summary and Explanation

Objective 1: Network Structure of WHOQOL-OLD Domains

Using EBICglasso analysis, the study found a positively interconnected QoL network among rural older adults. SOP and PPF emerged as the most influential domains, with the strongest partial correlations, predictability, and strength centrality. Conversely, DAD showed low predictability and centrality, suggesting it operates independently from the overall QoL structure in this population.

Objective 2: Central and Influential QoL Domains

The prominence of SOP and PPF aligns with global findings that social participation and daily activities are primary QoL determinants[12]. Evidence from East Asia (Japan, China, Korea) similarly emphasizes social connectedness and continued role engagement as central to psychological well-being[13,14,15]. Western studies also support the contribution of activity-based engagement, with PPF-related activities mediating both physical and mental health outcomes[16]. Thai studies show comparable patterns, reporting that participation in community groups, religious activities, and agricultural cooperatives enhances QoL and social integration among older adults[17,18]. These contextual and cultural features likely contribute to the strong centrality of SOP found in this study.

The moderate centrality of AUT and SAB corresponds with previous research showing that autonomy and sensory abilities provide foundational functional support that enables participation in daily and community activities[19]. Thai studies likewise describe autonomy as an indirect facilitator of QoL rather than a direct predictor[20]. The peripheral position of DAD contrasts with findings from Western contexts, where attitudes toward mortality exert stronger psychological effects, especially among older adults with chronic illness or limited social support[21]. In rural Thai communities, Buddhist cultural norms, multigenerational family structures, and cohesive social networks may normalize views on aging and end-of-life, contributing to the relative independence of DAD[22,23].

The strong link between SOP and INT highlights the role of interpersonal closeness within broader social participation, particularly in collectivist agricultural communities. Similar patterns have been reported in rural Asian contexts[24]. However, the lower centrality of INT compared with SOP differs from findings in urban or high-income settings, where intimate relationships are stronger predictors of emotional well-being[23]. This distinction may reflect

the extensive social support structures in Thai agricultural communities, where connectedness is maintained through extended families and community relationships rather than relying solely on intimate dyads.

Agricultural Context and Interpretation of Findings

In rural settings, the centrality of SOP and PPF is deeply rooted in agricultural livelihoods. Sustained farming engagement, marked by seasonal routines and occupational identities, fosters purpose and future orientation, thereby strengthening PPF[6,10]. SOP extends beyond leisure, being integrated into daily cooperation through farmer groups, cooperatives, and religious networks[11,14,16,24]. These structures provide both emotional support and practical mutual assistance.AUT and SAB function as moderate enablers, providing the functional basis for independence in farming and community life[4,19]. Conversely, DAD remains peripheral, likely due to the normalization of mortality within communities shaped by natural life cycles, Buddhist values, and robust family support[21,22].

Methodological Considerations

A key strength of this study is the application of EBICglasso network analysis, which reveals conditional relationships not detectable through traditional regression methods. However, the cross-sectional design limits causal interpretation, and the focus on rural agricultural communities may reduce generalizability. Because all network edges were positive, Expected Influence added no value beyond strength centrality. Overall, the findings indicate that social participation and engagement in meaningful daily activities are the primary drivers of QoL among older adults in agricultural communities, while attitudes toward death and dying function more independently. These insights provide useful targets for community health strategies and based network studies to clarify dynamic QoL pathways.

Implications for Community Health

The study findings suggest several strategic directions for rural community health

1. Strengthen Core Domains (SOP & PPF): Interventions should prioritize social connectedness and meaningful engagement through community groups, agricultural cooperatives, religious activities, and intergenerational programs.

2. Support Functional Foundations (AUT & SAB): Promoting independence via mobility aids, home modifications, sensory screening, and self-care training can indirectly boost social and activity participation.

3. Address Psychosocial Needs (DAD): While peripheral, attitudes toward mortality should be supported through culturally sensitive palliative care, family counseling, and programs grounded in Buddhist perspectives to meet spiritual needs.

Overall, these results underscore the need for holistic strategies that integrate social participation, autonomy, and functional capacity with culturally grounded support to enhance the QoL of rural older adults.

Suggestions

Recommendations for Application

1. Local Governments & Administrators: Integrate social participation and meaningful activity programs into existing community platforms for rural older adults.

2. Primary-Care Providers: Prioritize functional support, sensory screening, and family-based care to enable sustained daily and community engagement.

3. Community Organizations: Align implementation with local cultures through collaboration with community leaders, farmer groups, and religious institutions.

Recommendations for Future Research

1. Methodology: Use longitudinal and

mixed-method designs to clarify causal relationships and explore underlying mechanisms qualitatively.

2. Scope: Expand comparative studies across regions and incorporate environmental, social, and health-service variables to broaden contextual understanding.

Acknowledgement

The authors gratefully acknowledge the Research and Development Institute, Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, for providing financial support for this study. Their support was instrumental in facilitating the successful completion of the research.

References

1. Paitoonpong S. Promotion of active aging and quality of life in old age and preparation for a complete aged society in Thailand. TDRI Quarterly Review. 2023; 38(3): 3-13.
2. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review. BioMed Central Public Health. 2019; 19(1): 1431-47.
3. Naknun P, Piemmetta J, & Sarunburana T. Guidelines for improving the quality of life of older adults in Khao Kaeo Subdistrict Administrative Organization, Lansaka District, Nakhon Si Thammarat Province. Rajapark Journal. 2024; 18(56): 234-48. (in Thai)
4. World Health Organization. WHOQOL-OLD manual. Geneva: WHO; 2006.
5. Verdugo MA, Schalock RL, & Gomez LE. The quality of life supports model as a major component in applying the quality of life paradigm. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2024; 21(1): e12468.
6. Kim Y, Wi D, Kim E, & Lee J. Network analysis of quality of life among young and middle-aged Korean cancer survivors. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2025; 12(1): 100684.
7. Yodmai K, Somrongthong R, Nanthamongkolchai S, & Suksatan W. Effects of the older family network program on improving quality of life among older adults in Thailand. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021; 14(1): 1373-83.
8. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ, Schmittmann VD, & Borsboom D. qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. Journal of statistical software. 2012; 48(2): 1-18.
9. Lansaka District Administrative Committee. Lansaka District development plan (2023–2027). Lansaka District Office; 2023. (in Thai)
10. Epskamp S, Waldorp LJ, Mõttus R, & Borsboom D. The Gaussian graphical model in cross-sectional and time-series data. Multivariate behavioral research. 2018; 53(4): 453-80.
11. Chalmers RA, Cervin M, Choo C, Sutton A, Barcaccia B, Couyoumdjian A, et al. Psychological risk and protective factors of immunity: a cross-cultural network analysis. Current Psychology. 2025; 44(1): 537-50.
12. Douglas H, Georgiou A, & Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. Australian Health Review. 2017; 41(4): 455-62.
13. Noguchi T, & Shang E. Art engagement and psychological well-being among community-dwelling older adults in Japan: an observational cross-sectional study. Public Health. 2023; 222(1): 178-85.

14. Li Y. The association between health, social engagement, and psychological well-being among older adults in China. Innovation in Aging. 2020; 4(Suppl 1): 95-6.
15. Zhao B, Kim JE, Moon J, & Nam EW. Social engagement and subjective health among older adults in South Korea: Evidence from the Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2018). SSM-population health. 2023; 21(1): 101341.
16. Oh E, Kim N, Gansukh L, & Song R. Resilience for activity engagement among frail older adults: moderated mediation effect of social support. BioMed Central Psychology. 2025; 13(1): 513-22.
17. Nilphat O, Sripichyakan K, Chintanawat R, & Khampolsiri T. Living in harmony with the community's nature and socio-culture: An ethnography of healthy older people in a northeastern Thai rural community. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2023; 27(4): 753-66.
18. Chaithaweep C, Samai T, Muksikthong J, & Thammachotiko PS. Assessment of state policy and legal framework related to enhancing the well-being of the elderly in Thailand. Social and Legal Studios. 2024; 3(7): 66-74.
19. Jaiswal A, Fraser S, & Wittich W. Barriers and facilitators that influence social participation in older adults with dual sensory impairment. Frontiers in Education. 2020; 5(1): 127-37.
20. Aung TNN, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, Yuasa M, et al. Determinants of health-related quality of life among community-dwelling Thai older adults in Chiang Mai, Northern Thailand. Risk Management and Healthcare Policy. 2022; 15(1): 1761-74.
21. Renwick KA, Sanmartin C, Dasgupta K, Berrang-Ford L, & Ross N. The influence of low social support and living alone on premature mortality among aging Canadians. Canadian Journal of Public Health; 111(4): 594-605.
22. Upasen R, & Thanasilp S. Death acceptance from a Thai Buddhist perspective: a qualitative study. European Journal of Oncology Nursing. 2020; 49(1): 101833.
23. Khaw T, Nilmanat K, Thaniwattananon P, & Kongsuwan W. Attributes of death acceptance: a qualitative study in Thai Buddhist older adults with advanced chronic organ failure. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2020; 40(4): 1-10.
24. Aw S, Koh G, Oh YJ, Wong ML, Vrijhoef HJ, Harding SC, et al. Explaining the continuum of social participation among older adults in Singapore: from closed doors to active ageing in multi-ethnic community settings. Journal of aging studies. 2017; 42(1): 46-55.

การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Perceived Self-efficacy in Caring for The Elderly with Dementia

ธิดารัตน์ คณึงเพียร[1] สุพิตรา เศลวัตนะกุล*[2] สุชาดา นิ้มวัฒนากุล[3] จุฬารัตน์ ห้าวหาญ[3]

Thidarat Kanungpiarn[1] Supitra Selavattanakul*[2] Suchada Nimwatanakul[3] Chularat Howharn[3]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย 32000

[1]Boromrajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Thailand, 32000

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัด อุบลราชธานี ประเทศไทย 34000.

[2]Faculty of Nursing, Rajathanee University, Ubon Ratchathani, Thailand, 34000

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นนทบุรี ประเทศไทย 11000

[3]Faculty of Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Nontaburi, Thailand, 1100

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลักในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 196 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือในการวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (mean = 4.17 S.D= 0.73) และพบว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$, $F= 9.099$, $p < .05$) สรุปได้ว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้สูงอายุ สมองเสื่อม

Abstract

Descriptive research to study self-perceived competence in caring for elderly individuals with dementia and factors affecting self-perceived competence in caring for elderly individuals with dementia. The sample group consisted of primary caregivers of elderly individuals with dementia in Surin Province, totaling 196 people, selected through purposive sampling based on specified criteria. Research instruments. 1) Personal information questionnaire 2) Questionnaire on self-perceived ability to care for elderly individuals with dementia. The quality of the instrument was assessed, yielding a content validity index of 0.96. The Cronbach's alpha reliability coefficient is 0.92. Analyze the data using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

*Corresponding author E-mail address: supitra.s@rtu.ac.th

วันที่รับ (received) 14 ธ.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 6 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 19 เม.ย. 2568

Research findings found that the sample group has a high level of perceived competence in caring for elderly individuals with dementia, with the highest average being as having empathy and assisting families in adapting to the burden of caring for elderly individuals with dementia (mean = 4.17, S.D = 0.73). And it was found that the experience of caregiver training and the age of the caregiver can jointly predict the self-efficacy in caring for the elderly with dementia at a rate of 31.1 (R^2 = .311, F = 9.099, p p < .05). In conclusion, the experience of caregiver training is an important factor that affects the self-efficacy in caring for the elderly with dementia.

Keywords: Self-efficacy, elderly, dementia

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ถึงแม้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะสูงขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะการเสื่อมของสมอง ซึ่งภาวะเสื่อมของสมองนั้นเป็นความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ร้อยละ 60-70 มักเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ รองลงมาเกิดจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ[1] โดยความชุกเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้นเมื่อปี ค.ศ.2001 ได้มีการสำรวจจำนวน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกเป็นครั้งแรกซึ่งพบความชุกในขณะนั้นจำนวน 21 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอเมริกา รองลงมาคือทวีปยุโรป สำหรับทวีปเอเชียพบสูงสุดที่ประเทศญี่ปุ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองเสื่อมได้คาดคะเนจะเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกๆ 20 ปี โดยคาดคะเนว่าภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านคนและ 81 ล้านคนในปี ค.ศ.2020 และ ค.ศ.2040 ตามลำดับ[2] ผลการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.2016 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคนซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านราย[3] ซึ่งจะพบความถดถอยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเชาว์ปัญญา ด้านอารมณ์หรือพฤติกรรม และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลต่อความความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดต้องมีบทบาทใหม่ คือ เป็นผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นภาระที่หนักมาก จนอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้[4]

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ดูแลจึงมีความหมายมากที่สุดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องดูแลใน 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมด้านกิจวัตรประจำวัน การลดความกังวลและจัดการความเครียด การช่วยเหลือในการสื่อสารและการใช้ภาษา การติดตามและการจัดการกับอาการรบกวนเวลาส่วนตัว และการจัดการเมื่อมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช[5,6] การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับสถานการณ์ปัญหา หรือบรรลุเป้าหมายบางอย่างในชีวิต[7,8] ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ มีผลให้ผู้ดูแลก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าในการดูแลนั้นจะมีปัญหาอุปสรรค ยุ่งยากเพียงใด และหากผู้ดูแลมีสมรรถนะแห่งตนจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในศักยภาพตนเองในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลที่ตามมาก็จะช่วยลดการเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ ช่วยป้องกันความเสื่อมถอยของตัวผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลสูง มักเป็นวัยผู้ใหญ่ และผู้ดูแล ส่วนใหญ่มาจากผู้ดูแลได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลรับรู้ว่า การได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจ ง่ายต่อการนำมาใช้กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกิจกรรม รับรู้เกี่ยวกับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จะทำ ให้บุคคลมีการสั่งสมประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ เกิดการจัดการที่ง่ายขึ้น ส่งผลทำ ให้ผู้ดูแล[7]

จากที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลจะเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างดีที่สุด และ

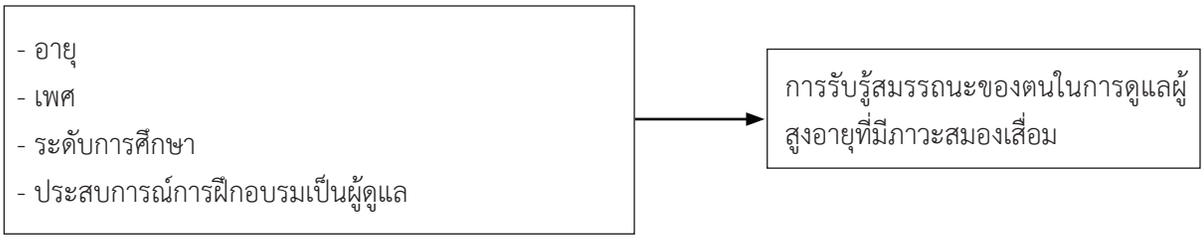
สามารถคงไว้เพื่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแล ดังนั้น การศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ดูแลอยู่ใน ระดับใด และปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ จะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สมมติฐาน ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองสามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการกับสถานการณ์ ปัญหา หรือบรรลุเป้าหมายบางอย่างในชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา และการมีประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[7,8]



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลักในพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 196 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทำหน้าที่ดูแลโดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่ที่บ้าน ให้การดูแลโดยตรงต่อเนื่องระยะเวลาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และให้การดูแลไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน และไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

อายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ในวันที่เก็บข้อมูล ให้การดูแลไม่สม่ำเสมอหรือมาเป็นบางครั้ง บางเวลา ไม่สามารถสื่อสารสนทนาได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ G*Power โดยกำหนด Test family คือ F test Statistical test คือ ANCOVA: Fixed effects, main effects and interaction, ขนาดของอิทธิพล (effect size) ที่ระดับกลาง (0.25) ระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) คือ .80 Numerator df = 4 (อายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล) Number of groups = 3 (ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี) Number of covariates = 1 (ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 196 ราย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ประกอบไปด้วย อายุ (ปี) เพศ (ชาย หญิง) ศาสนา ประสบการณ์การดูแล การประกบอาชีพ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล (เคย ไม่เคย)

2. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม [Perceived Self Efficacy in providing care for patients with dementia (PSE)] ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยแห่งชาติเฉิงกุง สมาคมโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมร่วมกับสมาคมผู้ดูแลระยะยาวของประเทศไต้หวัน พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือและแปลกลับเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือนี้ในฉบับภาษาอังกฤษให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและด้านการพยาบาลแปลเป็นภาษาไทย (TH-PSE) หลังจากนั้นแบบสอบถามฉบับ TH-PSE ได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของไทย ความเหมาะสมด้านภาษา ทำการแก้ไข ก่อนดำเนินการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วทำการเปรียบเทียบความสอดคล้องระหว่างต้นฉบับและฉบับที่แปลกลับ ทำการแก้ไขจนไม่พบความแตกต่าง จึงนำไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคต่อไป แบบสอบถามนี้มีจำนวน 25 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ของ Likert scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้คือระหว่าง 25-125 คะแนน คะแนนมากหมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เสนอขอรับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับการวัดตัวแปร โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ .80 ขึ้นไป ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

2) การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน เพื่อนำมาหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้ค่า 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA NO.3O /2567 วันที่ได้รับการรับรอง 30 พฤษภาคม 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบริการทางสุขภาพ และผลการศึกษาจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุลกลุ่มตัวอย่าง และทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ใช้เป็นสถานที่ศึกษาก่อนเริ่มเก็บข้อมูล และเข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการดำเนินการวิจัย

2. เริ่มดำเนินการโดยการติดประกาศเชิญชวนอาสาสมัครการวิจัย เมื่อมีผู้สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยพบอาสาสมัครตามที่สะดวก ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภาพรวมของการวิจัย เมื่อผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการวิจัยให้อาสาสมัครการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ให้เวลาให้อาสาสมัครได้ทำการศึกษาเอกสารชี้แจงรายละเอียดการวิจัยตามต้องการและหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยคณะผู้วิจัยดำเนินการตอบข้อคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง

3. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินงานและประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลที่รวบรวมได้จะเป็นความลับและนำเสนอผลเป็นภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างทุกประเภท โดยผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมและให้ลงนามในเอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการแจ้งว่าถ้าไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ใช้เวลาประมาณ 10-15นาที/ชั่วโมง

5. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา หลังจากนั้นดำเนินการบันทึกข้อมูลลง

ในโปรแกรมสำเร็จรูป ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยสถิติ stepwise multiple regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.3 (n=175) รองลงมา คือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.7 (n=21) นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 (n=196) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 41.3 (n=81) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.1 (n=61) และสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 10.7 (n=21) อายุส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.31 (n=79) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.10 (n=59) และ อายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.33 (n=32) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพ ทำไร่ ทำนา เกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 55.6 (n=109) รองลงมาคือ รับราชการ คิดเป็นร้อยละ 20.4 (n=40) และ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 (n=28) ระยะเวลาในการดูแล ส่วนใหญ่ มากกว่า 1 ปี- 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.78 (n=125) รองลงมาคือ มากกว่า 6 เดือน – 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.92 (n=41) และ มากกว่า 6 ปี -12 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.67 (n=17) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 75.49 (n=146) รองลงมาคือ 1,000 – 2,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 16.33 (n=32) และ 2,001 – 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 6.33 (n=13) ด้านประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 76.5 (n=150) รองลงมา คือ มีประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 23.5 (n=150) ตามลำดับ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (N=196)

ข้อที่	ข้อคำถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุ	mean	S.D
1	ท่านสามารถบอกระยะของภาวะสมองเสื่อมได้	3.30	1.15
2	ท่านสามารถให้ความรู้กับสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.52	1.08
3	ท่านสามารถสามารถบอกอาการทางคลินิกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.64	0.95
4	ท่านสามารถจัดยาให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.92	1.04
5	ท่านสามารถให้คำแนะเกี่ยวกับการจัดการอย่างรวดเร็วกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	3.44	1.04
6	ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	4.17	0.73
7	ท่านเคารพความเป็นอิสระของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและให้สิทธิ์ในการตัดสินใจบางอย่างได้	3.89	0.96
8	ท่านสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหลีกเลี่ยงความรู้สึกพ่ายแพ้ในชีวิตประจำวันได้	3.84	0.93
9	ท่านสามารถสังเกตความรู้สึกที่ยากจะแสดงออกของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.68	0.98
10	ท่านสามารถช่วยจัดการกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.94	0.83
11	ท่านสามารถอดทนเพื่อรักษาอาการที่เกิดซ้ำ ๆ และการสื่อสารที่ผิดพลาดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.89	0.78
12	ท่านสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ง่ายๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.97	0.92
13	ท่านสามารถเข้าใจการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.68	0.95
14	ท่านสามารถตอบสนองการสื่อสารแบบไม่ใช้คำพูดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม	3.83	0..94
15	ท่านสามารถตระหนักถึงความต้องการส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.86	0.71
16	ท่านตระหนักถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม	3.89	0.75
17	ท่านสามารถจัดการความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้	3.70	0.80
18	ท่านสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.72	0.86
19	ท่านสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในการดูแลชีวิตประจำวัน แทนที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้พวกเขาอย่างเต็มที่	3.95	0.80
20	ท่านสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการกระตุ้นประสาทสัมผัสเพื่อลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้	3.53	0.98
21	ท่านสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายได้	4.10	0.79
22	ท่านสามารถตอบสนองทางอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.76	0.87
23	ท่านสามารถจัดกิจกรรมทางสังคมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าร่วมกิจกรรมได้	3.27	0.99
24	ท่านสามารถออกแบบสภาพแวดล้อมที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้	3.58	0.96
25	ท่านมีอิทธิพลต่อความต้องการในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.62	1.02

จากตารางที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก โดยส่วนใหญ่ท่านมีความเห็นอกเห็นใจและช่วยเหลือครอบครัวให้ปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (mean = 4.17 S.D= 0.73) รองลงมา ท่านสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกปลอดภัยและสุขสบายได้ (mean = 4.10 S.D= 0.79) และท่านสามารถใช้รูปแบบการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ง่ายๆ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (mean =3.97 S.D= 0.92) ตามลำดับ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านสามารถบอกระยะของภาวะสมองเสื่อมได้ (mean =3.30 S.D= 1.15)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise Regression เพื่อทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (n=196)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล	.323	0.98	.228	3.280	.001*
อายุ	.009	.568	.157	2.242	.026**

Constant = 2.812, R^2 = .311, $R^2_{Adjusted}$ = .073, F = 9.099, *p < .01, **p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 31.1 (R2 = .311 , F= 9.099, p <.05) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีอยู่ 2 ตัวแปร โดยตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ ได้รับการอบรมดูแลผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .228 รองลงมา คือ อายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) = .156

การอภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐาน ปัจจัยด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล และอายุผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวก สามารถอธิบายได้ว่า อายุและการมีประสบการณ์การฝึกอบรมเป็นผู้ดูแล จะช่วยให้ การรับรู้สมรรถนะของตนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถอธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในการประเมินความเป็นไปได้ของกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีพลังในการปฏิบัติอย่างแข็งแกร่ง ย่อมมีความพยายามที่จะกระทำ กิจกรรมนั้นๆ ต่อไป เกิดเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งที่เป็นปัญหาในตัวผู้ป่วยได้[8] สอดคล้องกับการศึกษา[6] ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจสูงเป็นกลุ่มอายุระหว่าง 40 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 46.93 ปี (SD = 13.81) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่อยู่ในช่วงเวลาการประสบความสำเร็จ มีความสามารถในการจัดการมีประสบการณ์ในการดูแล สามารถรับรู้ความต้องการ และหาแหล่งช่วยเหลือการตัดสินปัญหา และการเผชิญปัญหาและความเข้าใจในการดูแลได้ดี[9] การมีประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และมีวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถรับรู้ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยได้ดี[10] จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจ อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล ผู้ดูแลรับรู้ว่า สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้ และมีความรู้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยได้ในระดับสูง และการศึกษา ในเรื่องผลกระทบและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมใน ประเทศไทย โดยผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยตรงที่ต้องดูแลทั้งการประกอบกิจวัตรประจำวัน และต้องมีวิธีในการสื่อสาร และรับมือกับปัญหาด้านพฤติกรรม

และอารมณ์ของผู้ป่วย การตอบแบบสำรวจจากผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่เข้าร่วมโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จัดโดยคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 88 คน ผลสำรวจในด้านของความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าความต้องการสูงสุด ได้แก่ การให้ความรู้และการจัดการฝึกอบรมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม[9] หากผู้ดูแลไม่มีคุณสมบัติหรือไม่เคยได้รับการ อบรมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองการดูแลตามที่ญาติต้องการได้[11] และมีการศึกษาพบว่า การได้รับประสบการณ์การอบรม ถือเป็นปัจจัยเสริมที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญสร้างความมั่นใจในการดูแลสร้างช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารร่วมกับการสื่อสารนโยบายต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงเพื่อส่งเสริมให้อสม.เกิดสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ต่อไป[12]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย ควรนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีสนับสนุนให้มีการอบรมการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาวิจัยพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

References

1. Wongsaree C, & Peanthong S. Dementia syndrome in the elderly: Nursing care and caring for relatives caregiver. Journal of Health Sciences and Wellness. 2018; 22(43-44): 166-79. (in Thai)
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. The Lancet. 2005;366(9503):2112-7.
3. Alzheimer's Society. Fix dementia care: Hospitals. Registered office at Alzheimer's Society; 2016.
4. Sutthilak C, Urailert A, & Chutchawan N, & Tapnimit S. Hidden patients family caregivers of elderly people with dementia. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019; 20(1): 40-6. (in Thai)
5. Srinim N, & Nontaput T. Professional home-based care for persons with dementia. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2017; 11(2): 82-9. (in Thai)
6. Kotta P, Natason A, & Kaewkerd O. Development of the food consumption behaviors modification model based on lifestyle to prevent non-communicable diseases among adults with overweight and obesity. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022; 19(3): 799-815. (in Thai)
7. Yimsai R, Intanon T, & Kongsuwan V. The relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors among caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016; 36(2): 104-17. (in Thai)
8. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997
9. Muangpaisan W. Caring of dementia's patient from prevention to caring in the final stage: A prevent of dementia. Bangkok: Parbpim Partnership Ltd.; 2012. (in Thai)
10. Siriwannabussaya P. Developmental psychology theory. 6th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013.
11. Youngyu P, Chanthakam S, Muangpaisan W, Siritipakorn P, Pisansarakit D, Phengson N, et al. Problems in care of people with dementia and caregivers' needs. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 2017;16(2-3):57-69. (in Thai)
12. Leecharoen P, Aramrom Y, Warahat J, Sungkapinyo N, & Wadpet L. Factors predicting dementia care competency among village health volunteers of an Urban Primary Care Unit, Songkhla Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2023; 13(2): 115-31. (in Thai)

โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไต โดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลและความปวด

A Program to Educate Patients undergoing Renal tumors by Robot-Assisted Surgery on Knowledge, Skills, Anxiety, and Pain.

พรรณพิไล เทียมถ้อย พุทธชาติ เอี่ยมสอาด* วรัญญา รัศมีบรรพตกุล มลทิรา เนืองกันยา
Panpilai Tiamtoy Puthachart Iamsa-ard.* Warunya Rassameebunpotkul Montira Nuangkanya
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre - posttest) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลและความปวด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 30 (Licensed Mahidol University) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิต Wilcoxon signed-rank-test สถิติ Friedman test และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม (M=21.24,SD=6.14) มีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=13.24,SD=5.34) คะแนนทักษะการทำความสะอาดแผล ครั้งที่หนึ่งหลังได้รับโปรแกรม (M =8.80,SD=1.35) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าครั้งที่สอง (M=10.84,SD=0.43) คะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรม (M=6.64,SD=1.52) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหลังได้รับโปรแกรม (M=2.28,SD=1.17) คะแนนความปวดหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง (M=6.16,SD=2.08) มีค่ามากที่สุดและใน 72 ชั่วโมงมีค่าน้อยที่สุด (M=2.16,SD=1.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้ที่สามารถเพิ่มความรู้และทักษะการทำความสะอาดแผล ลดความวิตกกังวลและจัดการความปวดได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะ ความวิตกกังวล ความปวด

Abstract

This research is a quasi-experimental research design using a one-group pre-posttest model to study the outcomes of an information program for patients undergoing robot-assisted surgery for renal tumors. The program's effects were assessed on knowledge, skills, anxiety, and pain. The statistical analysis was performed using the SPSS 30 program (Licensed Mahidol University), employing descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, the Friedman test, and the Paired t-test. The research findings revealed the following: The mean knowledge score of the sample group was significantly higher after receiving the program (M=21.24,SD=6.14) compared to before the program (M=13.24,SD=5.34). The mean score for wound cleaning

* Corresponding author: E-mail: Koontim. i @gmail. com.

วันที่รับ (received) 13 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (accepted) .....

skills was lower at the first measurement after the program (M=8.80,SD=1.35) than at the second measurement (M=10.84,SD=0.43). The mean anxiety score before receiving the program (M=6.64,SD=1.52) was significantly higher than the score after receiving the program (M=2.28,SD=1.17).Post-operative pain scores were highest at 24 hours (M=6.16, SD=2.08) and lowest at 72 hours (M=2.16, SD=1.41), with statistical significance at the .01 level. This study demonstrates the effectiveness of the program in increasing knowledge and wound cleaning skills, reducing anxiety, and managing pain.

Keywords: Information Program, Knowledge and Skills, Anxiety, Pain

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเป็นวิธีที่แพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งการผ่าตัดโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดนำมาใช้ในการผ่าตัดหลายชนิด สำหรับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีได้มีการผ่าตัดไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดขึ้นในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น จากสถิติการผ่าตัดปี 2560-2565 มีจำนวนผู้ป่วยประมาณ 35-45 คนต่อปี ซึ่งการผ่าตัดเนื้องอกไตด้วยวิธีนี้สามารถเย็บเนื้อเยื่อไตได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ เสียเลือดน้อยและมีประสิทธิภาพสูง ระยะเวลาที่ไตขาดเลือดระหว่างการผ่าตัดสั้นกว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้น และการฟื้นตัวเร็วกว่าการผ่าตัดไตชนิดอื่น[1,2,3] การผ่าตัดชนิดนี้ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกเครียดและวิตกกังวล ส่งผลทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย[4,5,6] การให้ข้อมูลความรู้ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ลดระดับความวิตกกังวลและลดความกลัวการผ่าตัดของผู้ป่วยได้[6,7] จากการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่หอผู้ป่วยพบว่า ร้อยละ 90 ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วย สัดส่วนผู้ป่วยกับพยาบาลไม่สอดคล้องกับภาระงาน ทำให้ผู้ป่วยขาดข้อมูลที่ควรได้รับเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ นอกจากนี้ การให้ข้อมูลผู้ป่วยยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับสมรรถนะของพยาบาลแต่ละบุคคล ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย อาจเกิดความวิตกกังวลและมีจำนวนวันนอนเพิ่มสูงขึ้นได้ จากปัญหาดังกล่าวทีมผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น และร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกัน เรียกว่าระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาล[8] ที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบการพยาบาลร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เสริมพลังให้ผู้ป่วย ลดความวิตกกังวล ลดความปวดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อความพึงพอใจและคุณภาพการบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

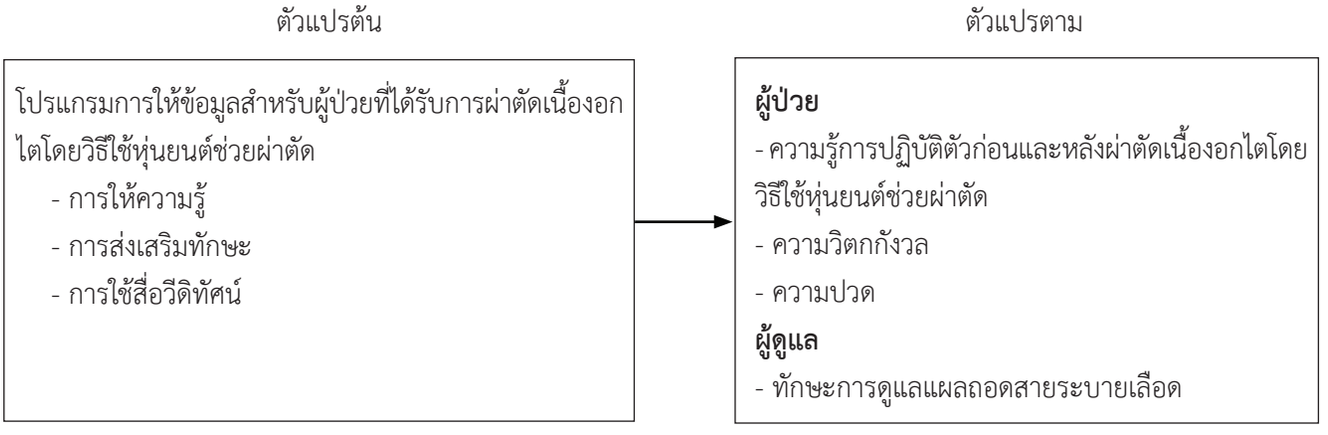
1. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ ทักษะการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือดและความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด

2. ศึกษาระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง

3. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรม ได้แก่ ท้องอืดมาก ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลถอดสายระบายเลือด ขณะนอนโรงพยาบาลหลังจำหน่ายในวันที่ 1 วันที่ 7 และติดตามในเวชระเบียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system)8 ในการพัฒนาโปรแกรมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในที่นี้คือ VDO QR code ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการเตรียมตัว โดยพยาบาลให้ความรู้ ส่งเสริมใน VDO ที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มชนิดวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post test)

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดและผู้ดูแลคลินิกพิเศษที่อาคารสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดและผู้ดูแล (เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2568) ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ปกติ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 25 คู่ โดยที่คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power เลือกสถิติ Paired t-test (2 tails) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (Large effect size) ของโคเฮน (Cohen)[9] ได้ .80 ระดับความเชื่อมั่น .05 และอำนาจในการวิเคราะห์ .95 ได้ขนาดตัวอย่าง 23 คู่ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กำหนดขนาดตัวอย่าง 25 คู่ สถานที่ศึกษา: หอผู้ป่วยพิเศษอาคารสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดที่มีต่อความรู้ ทักษะการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือด ความวิตกกังวลและความปวดและสื่อการสอนประเภทวีดิทัศน์ จำนวน 3 ชุด ดังนี้ ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 ได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยทำก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยคะแนน 1 หมายถึง ตอบคำถามถูก คะแนน 0 หมายถึง ตอบคำถามผิดหรือไม่แน่ใจ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI=.93) นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน นำมาคำนวณโดยใช้สูตร KR 20 = .71 (2) แบบประเมินวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมสร้างโดยผู้วิจัย โดยศึกษาจากเนื้อหาเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้องเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหา ใช้มาตรวัดคะแนนแบบ Numerical Rating Scale มีการลำดับคะแนนจาก 0 -10 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อย (3) แบบประเมินความปวดของผู้ป่วยหลังใช้โปรแกรมสร้างโดยผู้วิจัย โดยศึกษาจากเนื้อหาเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในช่องท้อง เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบเนื้อหาใช้มาตรวัดคะแนนแบบ Numerical Rating Scale มีการลำดับคะแนนจาก 0-10 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความปวดมาก

คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีความปวดน้อย (4) แบบประเมินทักษะการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือด สร้างโดยผู้วิจัยจำนวน 11 ข้อ เป็นแบบประเมินผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรม โดยคะแนน 1 หมายถึง ทำถูกต้อง คะแนน 0 หมายถึง ไม่ทำ/ทำไม่ถูก โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ตรวจสอบเนื้อหาและมีค่าความสอดคล้องของการประเมินโดยพยาบาล 5 คู่ (Interrater) = .90 (5) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนและปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะนอนโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่าย (สำหรับพยาบาล) โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ตรวจสอบเนื้อหาและมีค่าความสอดคล้องของการประเมินโดยพยาบาล 5 คู่ (Interrater) = .90 เครื่องมือในการศึกษาได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโดยกำหนดให้ค่า CVI อย่างน้อย 0.8 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่ 2020/124 วันที่ 10 สิงหาคม 2566 และเลขที่ 2024/917 วันที่ 10 สิงหาคม 2567) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 10 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและก่อนเก็บข้อมูลได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างพร้อมให้เซ็นต์ยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัย มีขั้นตอนการทำวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วันที่ 1 (วันที่นอนโรงพยาบาลจนกระทั่งครบ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด) เวลาประมาณ 10.30 -11.30 น. ผู้วิจัยเริ่มการดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับและขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างและพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นเริ่มประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ชมวีดิทัศน์เรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดใช้เวลา 26 นาทีและผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 วันที่ 2 (หลังผ่าตัดวันที่ 1) ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประเมินความปวดใน 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 วันที่ 3 (หลังผ่าตัดวันที่ 2) เวลาประมาณ 10.00 น. ให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดเมื่ออยู่บ้านและการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือด หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะการทำความสะอาดแผลของผู้ดูแล (ครั้งที่ 1) พร้อมแนะนำวิธีทำที่ถูกต้องหากยังมีข้อบกพร่อง ใช้เวลา 40-45 นาที และประเมินความปวดใน 48 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 วันที่ 4 (หลังผ่าตัดวันที่ 3) เวลาประมาณ 10.00 น. ประเมินทักษะการทำความสะอาดแผลของผู้ดูแล (ครั้งที่ 2) พร้อมแนะนำวิธีทำที่ถูกต้องหากยังมีข้อบกพร่อง ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลและความปวดใน 72 ชั่วโมงหลังได้รับโปรแกรม ใช้เวลา 40-45 นาที

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย บันทึก ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ได้แก่ ท้องอืดมาก ปวดแผลมาก แผลบวม แดงร้อน มีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส และหลังจำหน่ายวันที่ 1 และวันที่ 7 (โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหรือผู้ดูแล) และติดตามในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 30 (Licensed Mahidol University) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามที่กำหนดโดย (1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่และร้อยละ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการทำความสะอาดแผลโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank-test (3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล โดยใช้สถิติ Paired t-test (4) ศึกษาค่าค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดโดยใช้สถิติ Friedman test และความแตกต่างของคะแนนความปวดโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม 2566 ถึงวันที่ 9 สิงหาคม 2568 มีจำนวนทั้งสิ้น 25 ราย มีอายุเฉลี่ย 56 ปี (SD=11.58) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-69 ปีจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56) เพศหญิงจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 60) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 72) สถานภาพสมรสคู่จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 72) รายได้เฉลี่ยมากกว่า 45,000 บาทจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) สิทธิ์การรักษาเป็นเงินสดจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56) อาชีพอื่น ๆ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) อาศัยอยู่กับครอบครัว/ญาติ จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 92) โรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56) ระดับ ASA: gr 2 จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56) เคยมีประสบการณ์ผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการดมยาสลบจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 56) (2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 52.12 ปี (SD=13.49) มีอายุระหว่าง 40-49 ปีจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 28) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 76) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นภรรยาจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 32) ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 52) ผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ ทักษะการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือดและความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ดังตารางที่ 1 - ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (n=25) โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ความรู้	min-max	M	SD	median	Q1-Q3	z	p	Effect size
ก่อนโปรแกรม	6-20	13.24	5.34	14	10-14	-4.376	.000*	0.47
หลังโปรแกรม	19-24	21.24	6.14	23	22-23			

*P-value <.01

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรม (M=21.24) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนได้โปรแกรม (M=13.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-4.376,p=.000) และขนาดของผลกระทบ (Effect Size=0.47) อยู่ในระดับปานกลาง สรุปได้ว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเต็ม 24)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการทำความสะอาดแผลของผู้ดูแล ที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (n=25) ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ทักษะการทำความสะอาดแผล	min-max	M	SD	median	Q1-Q3	z	p
ครั้งที่ 1	6-11	8.80	1.35	9	8-10	-4.340	.000*
ครั้งที่ 2	9-11	10.84	0.43	11	11		

*P-value <.01

จากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการทำความสะอาดแผลของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า (M=8.80) ครั้งที่ 2 และอยู่ในระดับสูง (M=10.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-4.340,p=.000) สรุปได้ว่า การสอนและฝึกทักษะให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติหลายครั้งส่งผลให้มีความชำนาญจนสามารถทำความสะอาดแผลได้ถูกต้องตรงตามเกณฑ์และมีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (n=25) โดยใช้สถิติ Paired t-test

ความวิตกกังวล	Min-max	M	SD	t	p
ก่อนโปรแกรม	4-10	6.64	1.52	11.029	.000*
หลังโปรแกรม	0-5	2.28	1.17		

*P-value <.01

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลหลังการได้รับโปรแกรม (M=2.28) มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=6.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.029,p=.000) สรุปได้ว่า โปรแกรมนี้ช่วยลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมาก โดยมีความวิตกกังวลหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 ศึกษาระดับความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกที่ไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด ใน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรม ใน 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Friedman test และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความปวดในแต่ละช่วงเวลา โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test (n=25)

คะแนนความปวด	Min-max	M	SD	Q1-Q3	χ^2	df	z	p
ใน 24 ชั่วโมง	3-10	6.16	2.08	1-7.5				
48 ชั่วโมง	0-7	4.36	1.96	3-6	46.08	2	-	.000*
72 ชั่วโมง	0-5	2.16	1.41	2-3				
ใน 24 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง							-4.075	000*
ใน 24 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง							-4.405	000*
48 ชั่วโมงและ 72 ชั่วโมง							-4.232	000*

*P-value <.01

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมง (M=6.16) 48 ชั่วโมง (M=4.36) และ 72 ชั่วโมง (M=2.16) มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องและค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมงมีค่าสูงที่สุด อยู่ในระดับปานกลางและค่าเฉลี่ยคะแนนความปวด 72 ชั่วโมงมีค่าต่ำที่สุด อยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (df=2,p=.000) และความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดในแต่ละช่วงเวลาพบว่า ค่าคะแนนความปวดระหว่างช่วงเวลาที่ทำการวัดซ้ำ (24-48 ชั่วโมง 24-72

ชั่วโมงและ 48-72 ชั่วโมง) มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=- 4.075, -4.405, -4.232, p=.000 ในทุกคู่) สรุปได้ว่า ระยะเวลาและผลของโปรแกรมนี้สามารถบริหารจัดการความปวดได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 ศึกษาภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเนื้องอกไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด หลังได้รับโปรแกรม ได้แก่ ท้องอืดมาก ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและแผลถอดสายระบายเลือด ขณะนอนโรงพยาบาล หลังจำหน่ายในวันที่ 1 วันที่ 7 และติดตามในเวชระเบียน โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะนอนโรงพยาบาลพบมีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 36) ผู้ป่วยไม่มีไข้จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) ผู้ป่วยมีปัญหาปอดอักเสบจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 8) ส่วนการติดตามผู้ป่วยในระยะหลังจำหน่ายในวันที่ 1 วันที่ 7 และติดตามในเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยไม่มีไข้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 100)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) ของ Orem มาใช้ซึ่งเป็นระบบที่ให้ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทหลักในการดูแลตนเอง ส่วนพยาบาลมีบทบาทสอน ให้ความรู้และคำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเพื่อเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งงานวิจัยนี้สามารถสนับสนุนทฤษฎีนี้ได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้โปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-4.376,p=.000) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยในโรคนั้น ๆ โดยมีโครงสร้างชัดเจน และมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ซึ่งเป็นสื่อการสอนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยผ่านการคิดวิเคราะห์และมีวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยมีเนื้อหาครบถ้วน10ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถรับชมได้หลายรอบจนเกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นในระดับสูงหลังการได้รับโปรแกรม[10,11]

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของการทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือดของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรม โดยสอนฝึกทักษะ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า ค่าเฉลี่ยครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=-4.340,p=.000) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกทักษะและการปฏิบัติโดยให้มีการฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจนเกิดความชำนาญและเกิดความมั่นใจ[12] ส่งผลให้สามารถทำความสะอาดแผลได้ถูกต้องและมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้น[12,13]

3. ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหลังการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=11.029, p=.000) อภิปรายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้สิ่งที่ตัวเองต้องประสบล่วงหน้า สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลจากผลที่จะเกิดขึ้นได้[14,15]

4. ระดับคะแนนเฉลี่ยความปวดของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใน 24 ชั่วโมงมีค่าสูงสุดและ 72 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยความปวดต่ำสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (df=2,p=.000)และค่าคะแนนความปวดระหว่างช่วงเวลาที่ทำการวัดซ้ำมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=- 4.075, -4.405, -4.232, p=.000 ในทุกคู่) อภิปรายได้ว่า ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (Acute Pain) มีสาเหตุหลายประการ เช่น ความปวดจากแผลผ่าตัด (เป็นความปวดบริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อที่ถูกกรีดเกิดจากการบาดเจ็บโดยตรงต่อปลายประสาทรับความรู้สึก) ความปวดจากอวัยวะภายใน (เกิดจากการยืด ดึง หรือการจัดการกับอวัยวะภายในช่องท้องระหว่างการผ่าตัด) ความปวดจากการคั่งของลมหรือแก๊ส (เกิดจากการทำงานของลำไส้ลดลงชั่วคราวและมีแก๊สในทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการปวดท้อง ท้องอืด) ซึ่งการบริหารจัดการความปวดทำได้โดยทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา[6] กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ในเรื่องการบริหารจัดการความปวดทั้งสองวิธี ซึ่งโปรแกรมการให้ข้อมูลนี้สามารถลดระดับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16,17]

5. ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรม พบว่า (1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดขณะนอนโรงพยาบาลพบมีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียสจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 36) ผู้ป่วยไม่มีไข้จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 64) ผู้ป่วยมีปัญหาถุงลมปอดอักเสบจำนวน

2 ราย (ร้อยละ 8) อภิปรายได้ว่า 1) กลุ่มตัวอย่างขณะนอนโรงพยาบาลพบมีภาวะไข้ซึ่งเป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยาต่อการผ่าตัด (Physiological Response to Surgery) ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ภาวะไข้มักเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ซึ่งกระตุ้นการหลั่งสารไซโตไคน์ (Cytokines) ซึ่งสารเหล่านี้ส่งผลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมอง ทำให้เกิดไข้ซึ่งเป็นภาวะไข้ที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ (Non-infectious fever) และมักจะหายไปได้เอง[18] (2) กลุ่มตัวอย่างขณะนอนโรงพยาบาลพบว่ามีปัญหาภาวะปอดแฟบจำนวน 2 ราย แม้ว่าพยาบาลได้ให้โปรแกรมนี้และดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพโดยมุ่งเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเดิน (Early ambulation) การฝึกหายใจด้วยอุปกรณ์ (Incentive spirometry) การจัดการความเจ็บปวดและผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเป็นอย่างดี ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า การผ่าตัดไตโดยวิธีใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มีความเสี่ยงที่ส่งผลต่อการทำงานของปอดเช่น การจัดท่าศีรษะต่ำ (Trendelenburg position) และการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องทำให้จำกัดการขยายตัวของปอดและกระบังลม ฤทธิ์ของยาสลบ อายุที่มากและระยะเวลาการผ่าตัดที่นาน เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis) และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด[3,19] (3) กลุ่มตัวอย่างรายอื่น ๆ ที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี[15] ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว (4) การติดตามผู้ป่วยในระยะหลังจำหน่ายในวันที่ 1 วันที่ 7 และติดตามในเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยไม่มีไข้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 100) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมนี้จึงส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี จึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ความวิตกกังวลลดลง สามารถจัดการความปวดได้ดี และสามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่กำหนด ซึ่งควรใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำไปพัฒนาเพื่อศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้วิธีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมะเร็งปอด เนื้องอกรังไข่ เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพในการบริการพยาบาลให้ได้มาตรฐานวิชาชีพต่อไป

References

1. Choi JE, You JH, Kim DK, Rha KH, & Lee SH. Comparison of Perioperative Outcomes between Robotic and Laparoscopic Partial Nephrectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. European Urology. 2015; 67(5):891-901.
2. Gul ZG, Tam A, & Badani KK. Robotic Partial Nephrectomy: The Current Status. Indian Journal of Urology. 2020;36(1):16-20.
3. Kijvikai K, editor. Textbook of Laparoscopic and Robotic Kidney Surgery. 1st ed. Bangkok: Ideas. Instant Printing; 2018. (in Thai).
4. Daniels R, Grendell RN, & Wilkins FR. Nursing fundamentals: Caring & Clinical Decision Making. 2nd ed. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning; 2010.
5. Senadisai S, editor. Basic Nursing: Concepts and Practice. 13th ed. Bangkok: Judthong; 2011. (in Thai).
6. W P. Care of the Surgical Patient. In: W P. Fundamental Concepts and Skills for Nursing. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2022.
7. Chansom S. The Development of an Information Program for Preparing Patients for Abdominal Surgery in the Surgical Ward, Nong Bua Lamphu Hospital (thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011. (in Thai).

8. Hnucharoenkul S. Medical Nursing volume 1. 11th ed. Bangkok: Department of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 1994. (in Thai).
9. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. Satanarak S, & Tonsuk P. The Effect of a Self-Care Promotion Program using Video Media on Knowledge and Self-Management among Benign Prostatic Hyperplasia Patients after Transurethral Resection of the Prostate. Medical Journal Region 11. 2018;32(4):1283-96. (in Thai).
11. Deelertpipatkul N, & Boonthum C. The Effects of using Video Media for Pre and Post-Operative Preparation on Knowledge and Satisfaction in Patients with Cardiac Implantable Electronic Devices. Vajira Nursing Journal. 2023;25(2):1-16. (in Thai).
12. Anonjarn K, Boonkerd S, Sukrueangkul A, & Panthonglang W. The Effect of Program to Reduce Blood Sugar on Knowledge Motivation and Food Selective Skill in Women with Diabetic Mellitus Patients with Uncontrolled Blood Sugar. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):364-71. (in Thai).
13. Haranda B, & Phinyo K. Effects of The Empowerment Program on Knowledge, Attitude and Skills of Caregivers in Caring for Dependent Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024;25(2):112-20. (in Thai).
14. Ko HF, Wu MF, & Lu JZ. A Randomized Control Study: The Effectiveness of Multimedia Education on Self-care and Quality of Life in Patients with Enterostomy. International Wound Journal. 2023;20(10):4244–52.
15. Somjit S, Kulpijit N, & Sittisombut S. The Effect of a Preparatory Information Program on Anxiety and Self-care Behaviors among Patients undergoing Abdominal Surgery. Thai Journal of Nursing Council. 2020;35(2): 98-112. (in Thai).
16. Tuna A, & Karadeniz G. The Effect of Preoperative Education on Anxiety and Postoperative Pain in Patients undergoing Abdominal Surgery. Journal of Perianesthesia Nursing. 2020;35(3):284-90.
17. Suksri S, & Meeboon Y. The Effect of Structured Information on Anxiety and Pain in Patients undergoing Laparoscopic Hysterectomy. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022; 42(2):78-89. (in Thai).
18. Pile JC. Evaluating Postoperative Fever: A Focused Approach. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2021;88(9):505-13.
19. Mazzone PJ. Preoperative Evaluation of the Patient with Pulmonary Disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2022;205(11):1278-86.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง: โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Clinical Practice Guidelines for Nursing Care of Patients with Pneumonia Receiving High-Flow Oxygen Therapy: A Community Hospital in Ubon Ratchathani Province

จิรชยา ครองยุทธ[1] ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล*[2] อัจฉรา เครื่องพาที[1]
Sireetorn Wichienwan[1] Teepatad Chintapanyakun*[2] Atchara Khruangphathi[1]
[1]โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย 34150
[1]Nursing Department, Khuangnai Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand 34150
[2]ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400
[2]Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง โรงพยาบาลเขื่องใน และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน จำนวน 68 คน คัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ independent sample t-test risk ratio regression และ mean difference regression

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.80–1.00 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันซิสโตลิกต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในชั่วโมงที่ 6 ($p < .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง, แนวปฏิบัติทางคลินิก, ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ

* Corresponding author: E-mail: teepatad.chi@gmail. com.

วันที่รับ (received) 3 ม.ค. 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 มี.ค. 2569

Abstract

This research and development study aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) for patients with pneumonia receiving high-flow oxygen therapy (HFOT) at Khuang Nai Hospital and to evaluate its clinical outcomes. The study sample consisted of 68 hospitalized patients with pneumonia receiving HFOT. Participants were selected using purposive sampling and were equally divided into an experimental group (n = 34) and a control group (n = 34). The research instruments included the HFOT CNPG and a data recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, independent samples t-tests, risk ratio regression, and mean difference regression analysis.

The results showed that the HFOT CNPG had content validity index (CVI) values ranging from 0.80 to 1.00. At 6 hours after HFOT initiation, the experimental group had significantly lower mean heart rate, respiratory rate, and systolic blood pressure, as well as significantly higher mean oxygen saturation, compared with the control group ($p < .05$). In addition, the experimental group had significantly lower rates of endotracheal intubation and a shorter mean length of hospital stay than the control group ($p < .05$).

Keywords: high-flow oxygen therapy, clinical practice guideline, patients with pneumonia

บทนำ

ปอดอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยปอดอักเสบทั่วโลกประมาณ 10 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 2.5 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในประเทศกำลังพัฒนา[1] จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปอดอักเสบเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตของประเทศสูงถึง 53,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยประมาณ 2.6 ล้านคนที่มีประวัติเป็นปอดอักเสบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[2] สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยปอดอักเสบในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 225,673 คน คิดเป็นอัตราป่วย 341.36 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิต 5,728 คน คิดเป็นอัตราตาย 8.66 ต่อแสนประชากร[3] ปอดอักเสบสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ปอดอักเสบที่ติดเชื้อจากชุมชน (Communication-acquired pneumonia: CAP) มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น Streptococcus pneumoniae มีอาการระดับเบาถึงปานกลาง สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ ตอบสนองดีต่อยาปฏิชีวนะ และปอดอักเสบที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital- acquired pneumonia: HAP) มักเกิดกับผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 48 – 72 ชั่วโมง เชื้อโรคมักดื้อยาและมีอาการรุนแรงมากกว่า CAP จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่แรงขึ้น[4,5] เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค และได้รับการรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen therapy)

แนวทางการบำบัดด้วยออกซิเจนสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ 1) การใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ (Endotracheal intubation with mechanical ventilation) และ 2) การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ใส่ท่อ (Non-invasive ventilation: NIV) ได้แก่ Continuous positive airway pressure (CPAP) Nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) และการใช้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (High flow nasal cannula: HFOT)[6,7] ปัจจุบันมีคำแนะนำให้ใช้ HFOT เป็นอันดับแรก หากผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องจาก HFOT สามารถให้ความเข้มข้นของออกซิเจน (Oxygen concentration) ผ่านเครื่องวัดการไหลของออกซิเจน (Flow meter) เพื่อให้ได้ร้อยละของออกซิเจนที่เหมาะสม และมีเครื่องผสมก๊าซออกซิเจนกับอากาศที่สามารถปรับแรงดันอากาศให้สูงขึ้น ลดความต้านทานของทางเดินหายใจในขณะหายใจเข้า ช่วยถ่างขยายของหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้ปอดขยายดีขึ้น[8] ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ[9]

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การใช้ HFOT ช่วยลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้มากกว่าวิธีการบำบัดด้วยออกซิเจนแบบดั้งเดิม[9,10] รวมถึงโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้ HFOT กับผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ พบว่า อัตรา

ความสำเร็จในการใช้ HFOT กับผู้ป่วยสูงถึงร้อยละ 83.3 มีจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ยลดลงจาก 6.78 วัน เหลือ 3.71 วัน อัตราการเสียชีวิตลดลง และค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลลดลง[11] อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีราคาแพง ขาดแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้ HFOT รวมถึงการขาดแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง

จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565-2567) ของโรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราการเกิดปอดอักเสบชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากจำนวน 926, 935, และ 986 คนต่อปี ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับ HFOT เพิ่มขึ้นจาก 29 คน (ร้อยละ 3.13) เป็น 41 คน (ร้อยละ 4.16) ต่อปี ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติทางคลินิก พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ใช้ HFOT มีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างหลากหลาย เช่น การปรับความเข้มข้นของออกซิเจนและอัตราการไหล การพ่นยา และการหย่า HFOT เป็นต้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง โรงพยาบาลเขื่องใน ซึ่งเป็นบริบทของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โดยใช้แนวคิดการพัฒนาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์[12] ในช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือและเป็นระบบ สามารถนำไปใช้จริงทางคลินิกได้

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ที่ใช้ในบริบทของโรงพยาบาลเขื่องใน ควรมีลักษณะอย่างไร

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในชั่วโมงที่ 6

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์[12] ในกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง ประกอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นขั้นกำหนดประเด็นปัญหาจากปัญหาทางคลินิกหรือปัญหาจากการปฏิบัติงาน (2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) โดยสืบค้นจากการวิจัยที่น่าเชื่อถือหรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน และทำการสังเคราะห์งานวิจัยให้ออกมาในรูปแบบของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับร่าง (3) การนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้นำร่อง พิจารณาความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และ (4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-based phase) เป็นการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาก่อนแล้วตามด้วยการวิจัย (D1R1D2R2)[13] มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (พัฒนาครั้งที่ 1: D1)

1.1 การสืบค้นหาความรู้จากงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามเกณฑ์[14] ได้งานวิจัยประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานหรือแนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (level I) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (level II) จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (level III) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้าหรืองานวิจัยแบบศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (level IV) จำนวน 3 เรื่อง และบทความวิชาการ (level VII) จำนวน 4 เรื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปของแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT (ฉบับร่าง)

1.2 นำแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT (ฉบับร่าง) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ อายุรแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤต จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 2 คน พิจารณาความเหมาะสมของแนวปฏิบัติทางคลินิก พิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการและความสมบูรณ์ของเนื้อหา รวมถึงความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ทางคลินิก

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT (ฉบับร่าง) ไปทดลองใช้ (วิจัยครั้งที่ 1: R1) ผู้วิจัยทดลองใช้ (Try out) แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT (ฉบับร่าง) เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเบื้องต้นและความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 5 คน

ระยะที่ 3 ปรับปรุงแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ฉบับสมบูรณ์ (พัฒนาครั้งที่ 2: D2) ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในระยะที่ 2 พบปัญหาการประเมินความล้มเหลวของการใช้ HFOT พยาบาลคำนวณ Respiratory rate and oxygenation index (ROX index) ไม่ถูกต้อง เนื่องจากพยาบาลคำนวณในขณะผู้ป่วยกำลังมีกิจกรรมบนเตียง ซึ่งการคำนวณค่า ROX index จะมีความถูกต้องแม่นยำมากขึ้น ต้องคำนวณภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับ HFOT แล้วมีอาการสงบ โดยไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยหายใจ ทำให้ผู้วิจัยนำปัญหาดังกล่าวมาปรับปรุงในแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยขอลงพื้นที่เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกกับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ฉบับสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4

ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง โรงพยาบาลเขื่องใน (วิจัยครั้งที่ 2: R2) ผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบและได้รับการบำบัดออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบและได้รับการบำบัดออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขื่องใน การกำหนดขนาดตัวอย่าง[15] ผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เท่ากับ .61 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 68 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คน ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นปอดอักเสบและได้รับ HFOT รักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ มีระดับความรู้สึกตัวดี (GCS > 13 คะแนน) สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยมีปัญหาระดับไหลเวียนโลหิตไม่คงที่มีความจำเป็นต้องใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต หรือส่งต่อไปรักษากับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผ่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) และการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II)[16] ผู้วิจัยประเมินจาก 6 หมวด ประกอบด้วย หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ หมวดที่ 5 การนำไปใช้ และหมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ รวมทั้งหมด จำนวน 23 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ คือ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก จนถึง 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประเมินและคำนวณคะแนนแต่ละหมวดต้องได้คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ถือว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ทางคลินิก

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว และ 2) ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล มีความเที่ยงของการประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน 2 คน (Inter-rater reliability) ได้ค่า Cohen's Kappa Coefficient เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขรับรอง SSJ.UB 2568-05.016 วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางด้านการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน ถึง 20 กันยายน พ.ศ. 2568 มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยได้รับการดูแลรักษาการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการประเมินผู้ป่วยก่อนใช้ ขณะใช้และการหย่า HFOT ตามประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพแต่ละบุคคล โดยบันทึกสัญญาณชีพ ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 34 คน ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2568 – 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

2. กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนใช้ ขณะใช้และการหย่า HFOT ตามแผนการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ และบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 34 คน ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 – 20 กันยายน พ.ศ. 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม STATA 15.1 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อนและหลังใช้ชั่วโมงที่ 6 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent sample t-test ทุกตัวแปรมีข้อมูลกระจายเป็นโค้งปกติ พิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness/ SE) ของแต่ละตัวแปรอยู่ในช่วง $\pm$ 1.96

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2-test of independence) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent sample t-test และวิเคราะห์ Risk ratio regression และ mean difference regression เมื่อควบคุมตัวแปรเพศ อายุ โรคประจำตัว สัญญาณชีพ และค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.47) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.44 ปี (SD =7.44) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 61–70 ปี (ร้อยละ 44.12) รองลงมาคือ 71 – 80 ปี (ร้อยละ 30.88) และ 81 – 90 ปี (ร้อยละ 16.18) ตามลำดับ

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 86.76) โดยผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 32.35) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 27.94) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.47) ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 ถือว่ามีความถูกต้องตามหลักวิชาการและอยู่ในเกณฑ์ที่ดี นอกจากนี้แล้ว ผลการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) มีค่าร้อยละ 85.00 ซึ่งถือว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้ทางคลินิกได้ ครอบคลุมระยะก่อน ระหว่างและการหย่า HFOT โดยใช้งานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี พิจารณาได้จากสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในระดับปกติ ซึ่งเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบสัญญาณชีพและค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT						
อุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)	36.89	0.50	36.79	0.65	0.11	.442
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	93.65	7.24	91.88	7.92	1.77	.341
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	32.12	3.34	32.47	3.62	0.35	.677
ระดับความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	138.12	16.44	154.59	19.48	-16.47	.000
ระดับความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	87.03	5.49	86.76	7.77	0.26	.872
ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2, %)	86.00	1.95	87.21	2.91	-1.21	.050
หลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6						
อุณหภูมิร่างกาย (องศาเซลเซียส)	36.86	0.51	36.48	1.82	0.38	.245
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที)	78.29	7.97	91.53	8.30	-13.24	.000
อัตราการหายใจ (ครั้ง/นาที)	18.59	1.74	28.00	1.71	-9.41	.000
ระดับความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	132.68	9.38	143.29	14.30	-10.61	.004
ระดับความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	85.00	8.28	84.29	7.23	0.71	.709
ค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2, %)	98.18	1.09	90.76	2.67	7.41	.000

จากตารางที่ 1 ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000) ขณะที่อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันไดแอสโตลิก และค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราการเต้นของหัวใจ ค่าเฉลี่ยของอัตราการหายใจ และค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000, p = .000, p = .004 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยของค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000) ขณะที่ค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิร่างกายและค่าเฉลี่ยของระดับความดันไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การเปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Effect	95%CI	p-value
อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ, n(%)					
ไม่ใส่	28 (82.35)	20 (58.82)	.306*	0.100, 0.934	.037
ใส่	6 (17.65)	14 (41.18)			
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)					
Mean ± SD	4.97 ± 0.87	8.21 ± 1.07	-3.457**	-4.034, -2.881	.000

*Risk ratio regression, adjusted by gender, age, comorbidity, vital signs, SpO_2

**Mean difference regression, adjusted by gender, age, comorbidity, vital signs, SpO_2

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .037) โดยกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจได้ .306 เท่า หรือร้อยละ 69.40 (RR = .306, 95%CI = 0.100, 0.934) และกลุ่มทดลองมีจำนวนนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง พบว่า ภาพรวมมีคุณภาพในระดับดีมาก[17] มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 และผลการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) มีค่าร้อยละ 85.00 โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นและผลการประเมินไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกตามแนวคิดการพัฒนาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์[12] ที่มีกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนและเป็นเชิงระบบ ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาทางคลินิก การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้ และการนำแนวปฏิบัติคลินิกที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงานที่คาดหวัง ทำให้ผู้วิจัยได้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความเชื่อถือและนำไปใช้ในการแก้ปัญหาทางคลินิกได้ นอกจากนี้แล้ว ก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้กับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้จัดประชุมทีมร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจ้งแนวทางการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก การประเมินและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ชั่วโมงที่ 6 มีอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันซิสโตลิก และค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อที่ปอด ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด ร่างกายจึง

มีกลไกของระบบหายใจเพื่อปรับให้มีภาวะสมดุล คือ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและขับก๊าซของเสียที่คั่งเพิ่มมากขึ้น ปริมาณออกซิเจนจึงลดลง ส่งผลให้ร่างกายเกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกายสูงขึ้น (Metabolism) อาจทำให้อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้ป่วยจึงมีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีการดึงรั้งของหน้าอก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ แต่ภายหลังผู้ป่วยได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT ซึ่งเป็นเครื่องให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงผ่านอุปกรณ์ทำความชื้นให้กับผู้ป่วยทาง Nasal cannula โดยออกซิเจนจะถูกกักเก็บบริเวณหลังโพรงจมูก (Nasopharynx) ช่วยลด Nasopharyngeal dead space ทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามต้องการอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มออกซิเจนในร่างกาย ลดการหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์กลับเข้าไปใหม่ทำให้อัตราการหายใจลดลง และลดแรงต้านในการหายใจเข้า เครื่องนี้จึงช่วยลดแรงในการหายใจ ทำให้อาการหอบเหนื่อยดีขึ้น อุณหภูมิกายลดลง โดยการให้อัตราการไหลสูง (Flow rate) ทำให้เกิด positive end expiratory pressure (PEEP) มีส่วนช่วยในการเปิดทางเดินหายใจ และช่วยทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ลด Work of breathing เนื่องจากอุณหภูมิของก๊าซที่ผู้ป่วยหายใจเข้าไปจะค่อนข้างคงที่ มีปริมาณความชื้นสูงช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและช่วยให้เสมหะขับออกได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้สัญญาณชีพของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตกลับมาสู่ภาวะปกติ[7,8,9,10] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันซิสโตลิก และค่าการอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดดีขึ้นในชั่วโมงที่ 6 เมื่อเทียบกับก่อนใช้ HFOT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[6,11]

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิก HFOT มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าต้องใช้ HFOT มีการประสานงานกับพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก มีการประเมินและติดตามประเมินผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังได้รับ HFOT ตลอด 24 ชั่วโมง จากทีมพยาบาลวิชาชีพ ให้การดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งมีอาการดีขึ้น บรรเทาอาการจากพยาธิสภาพของโรคจนสามารถหย่าการใช้ออกซิเจนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบร่วมกับมีภาวะพร่องออกซิเจนที่ได้รับแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือเวชปฏิบัติคลินิก HFOT ช่วยลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้[9,10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน หรือภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจได้ โดยการวางแผนการรักษาจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือกันระหว่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของโรงพยาบาล เช่น ค่ารักษาพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันระหว่างวิธีการบำบัดด้วยออกซิเจน เช่น ความสุขสบาย ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ อาจารย์พิเศษหน่วยระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์พิชญุตม์ ภิญโญ อาจารย์ภาควิชาชีวสารสนเทศทางการแพทย์และระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ด้านระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิกแนวใหม่สายแข็งอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่านใน โรงพยาบาลเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่เห็นประโยชน์และคุณค่าของแนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับนี้ต่อผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

References

1. Vaughn VM, Dickson RP, Horowitz JK, & Flanders SA. Community-acquired pneumonia: A review. JAMA. 2024;332(15):1282-95. doi: 10.1001/jama.2024.14796. PMID: 39283629.

2. Holland E, Jabbar ABA, Asghar MS, Asghar N, Mistry K, Mirza M, et al. Demographic and regional trends of pneumonia mortality in the United States, 1999 to 2022. Scientific Reports. 2025;15(1):10103. doi: 10.1038/s41598-025-94715-6.
3. Department of Disease Control. The epidemiological situation of pneumonia in Thailand. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
4. Jaikran T, & Wongcharoen N. Incidence Rates and Impact of Pneumonia in Pong Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(1):351-60. (in Thai)
5. Pongtriang S, Changto J, Chaiponbal S, & Chintapanyakun T. Caring for older adults with community-acquired pneumonia receiving high-flow nasal cannula therapy: Nursing concepts and utilization. Journal of The Police Nurses and Health Science. 2025;17(1): 191–202. (in Thai)
6. Chintapanyakun T, & Tamsat A. High flow nasal cannula oxygen for adults and elders: From evidence to clinical nursing practice. Journal of The Police Nurses. 2021;13(1):253–64. (in Thai)
7. Pornmesri A, Chintapanyakun T, Mettraipan P, & Sriphraram K. Effectiveness of development in clinical nursing practice guidelines for child patients received heated humidified high flow nasal cannula in Samutprakarn Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(3):118-30. (in Thai)
8. Cutuli SL, Grieco DL, Menga LS, De Pascale G, & Antonelli M. Noninvasive ventilation and high-flow oxygen therapy for severe community-acquired pneumonia. Current Opinion in Infectious Diseases. 2021;34(2): 142-50. doi: 10.1097/QCO.0000000000000715.
9. Zhao H, Wang H, Sun F, Lyu S, & An Y. High-flow nasal cannula oxygen therapy is superior to conventional oxygen therapy but not to noninvasive mechanical ventilation on intubation rate: A systematic review and meta-analysis. Critical Care. 2017;21(1):184.
10. Rochwerg B, Granton D, Wang DX, Helviz Y, Einav S, Frat JP, et al. High flow nasal cannula compared with conventional oxygen therapy for acute hypoxemic respiratory failure: A systematic review and meta-analysis. Intensive Care Medicine. 2019;45(5):563-72.
11. Heath R, Tonpho N, Rattawongsa A, Pawasenang K, & Hanchanlert Y. Development of high flow nasal cannula ventilators guidelines in intensive care unit Kosumphisai Hospital. Journal of Environmental and Community Health. 2023;8(3), 151–61. (in Thai)
12. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. The Nursing Clinics of North America. 2000;35(2):301-9.
13. Kanjanawasee S. Research and development for Thai education. Silpakorn Educational Research Journal. 2016;8(2):1-18. (in Thai)
14. Melnyk BM, & Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (5th edition). Wolters Kluwer; 2023.
15. Nagata K, Yokoyama T, Tsugitomi R, Nakashima H, Kuraishi H, Ohshimo S, et al. Continuous positive airway pressure versus high-flow nasal cannula oxygen therapy for acute hypoxemic respiratory failure: A randomized controlled trial. Respirology. 2024;29(1):36-45. doi: 10.1111/resp.14588.
16. Institute of Medical Research and Technology Assessment (IMRTA). Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II). Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
17. DeVellis RF, & Thorpe CT. Scale development: Theory and applications (5th edition). Sage Publications, Inc; 2022.

ประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Effectiveness of CBT on Prolonged Grief Disorder and Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review

กัมปนาท ตื้อเป็ง[1] ภัทราภรณ์ ภทรสกุล*[2]
Kumpanad Turpeng[1] Patraporn Bhatarasakoon*[2]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50000
[1]McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ต่อการลดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติ (Prolonged Grief) และภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยสืบค้นรายงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) และงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองจากฐานข้อมูลมาตรฐาน 9 แหล่ง ทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ThaiLIS, ThaiJO, PubMed, Embase, CINAHL, Scopus, ScienceDirect, ProQuest และ Google Scholar) ระหว่าง พ.ศ. 2558–2568 ดำเนินการตามกรอบแนวคิดของสถาบันเจบีไอ (JBI) จากผลการสืบค้น 619 การศึกษา มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 3 การศึกษา ซึ่งถูกนำมาวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) 2 การศึกษา และสังเคราะห์เชิงพรรณนา (Narrative Synthesis) 1 การศึกษา ผลการวิเคราะห์อภิมานด้วยโมเดลผลกระทบคงที่ (Fixed-effect Model) พบว่า CBT สามารถลดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = -0.75, 95% CI [-1.01, -0.49] ,$p < .01$) และลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ (SMD = -0.57, 95% CI [-0.82 -0.32], $p < .01$) อย่างไรก็ตาม พบความไม่เป็นเอกพันธุ์ของข้อมูลในระดับสูง ($\bar{X}$=19.3-27.78, I^2 = 95-96%) และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ GRADE อยู่ในระดับต่ำมาก (Very Low) สำหรับผลการสังเคราะห์เชิงเนื้อหาในการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่าง CBT ที่เน้นความบอบช้ำทางใจ (CBT-TF) กับการบำบัดแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (CCT) พบว่าทั้งสองวิธีสามารถลดอาการได้ แต่ไม่พบความแตกต่างของประสิทธิผลระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปได้ว่าแม้ CBT จะมีประสิทธิผลในทางสถิติ แต่ความไม่เป็นเอกพันธุ์ของข้อมูลและคุณภาพหลักฐานที่ต่ำสะท้อนถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเชิงทดลองที่มีคุณภาพสูงและมีระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพิ่มเติม เพื่อยืนยันประสิทธิผลก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในบริบททางคลินิกอย่างกว้างขวาง

คำสำคัญ : ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว, การบำบัดพฤติกรรมและความคิด, ภาวะซึมเศร้า, เด็กและวัยรุ่น, การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Corresponding Author: Email: patraporn.t@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 20 ก.พ. 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accept) 3 มี.ค. 2569

Abstract

This systematic review aimed to evaluate the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in reducing prolonged grief and depression among children and adolescents. A systematic search of randomized controlled trials (RCTs) and quasi-experimental studies was conducted across nine national and international databases (ThaiLIS, ThaiJO, PubMed, Embase, CINAHL, Scopus, ScienceDirect, ProQuest, and Google Scholar) between 2015 and 2025, following the JBI systematic review framework. Out of 619 identified studies, three met the inclusion criteria, consisting of two studies for meta-analysis and one for narrative synthesis. The meta-analysis, using a fixed-effect model, demonstrated that CBT significantly reduced prolonged grief (SMD = -0.75, 95% CI [-1.01, -0.49] ,p < .01) and depression (SMD = -0.57, 95% CI [-0.82 -0.32], p < .01). However, high heterogeneity was observed ($\overline{X}$=19.3-27.78, I^2 = 95-96%), and the certainty of evidence according to GRADE was very low. Narrative synthesis comparing Trauma-Focused CBT (TF-CBT) and Client-Centered Therapy (CCT) showed that both modalities reduced symptoms, but no significant difference in effectiveness was found between groups.

These findings highlight CBT's potential effectiveness; however, the high heterogeneity and low certainty of evidence underscore the need for high-quality RCTs to enhance evidence homogeneity and confirm clinical effectiveness before widespread implementation.

KeyWords: cognitive behavioral therapy, depression, meta-analysis, prolonged grief disorder, systematic review

บทนำ

ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว (Prolonged Grief Disorder: PGD) หรือภาวะโศกเศร้าที่มีความซับซ้อน (Complicated Grief: CG) เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่สามารถก้าวผ่านความรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้อย่างเหมาะสม[1] โดยทั่วไปภาวะโศกเศร้า (grief) ถือเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติของมนุษย์ต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลสำคัญที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด บุคคลส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้เมื่อเวลาผ่านไป[2] แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการโศกเศร้าจากการสูญเสียของ Kübler-Ross[3] อธิบายว่าบุคคลที่เผชิญการสูญเสียมักผ่านกระบวนการ 5 ระยะ ได้แก่ การปฏิเสธ ความโกรธ การต่อรอง ภาวะซึมเศร้า และการยอมรับ แม้บุคคลส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวและยอมรับการสูญเสียได้เมื่อเวลาผ่านไป แต่พบว่าร้อยละ 10 ไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ และพัฒนาไปสู่ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว[4] ซึ่งความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และปัญหาการดำเนินชีวิตในโรงเรียนหรือสังคม[5] อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อความสูญเสียอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น การแยกตัวทางสังคม ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวต่อการสูญเสีย[6] ปฏิกิริยาดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงระยะสั้นหรือคงอยู่นานหลายเดือนหรือหลายปี โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับความผูกพันต่อบุคคลที่สูญเสีย[5] หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสม อาการโศกเศร้าอาจทวีความรุนแรงและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จนพัฒนาไปสู่ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว[7] การสูญเสียบุคคลสำคัญในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นถือเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อพัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจ[8] เด็กและวัยรุ่นที่เผชิญการสูญเสียอาจมีความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตนเอง รู้สึกแตกต่างจากเพื่อน และแยกตัวออกจากสังคม หากไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว เช่น ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่น[4,9] เด็กและวัยรุ่นที่สูญเสียบิดาหรือมารดา โดยเฉพาะจากการฆ่าตัวตาย มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า[8] และมีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เผชิญการสูญเสีย[10,11] นอกจากนี้ยังนำไปสู่การเกิดภาวะ PGD ซึ่งเป็นภาวะที่ได้รับการจำแนกไว้ในเกณฑ์การวินิจฉัยทางจิตเวช DSM-5-TR และ ICD-11 โดยพบความชุกของ PGD ในเด็กและวัยรุ่น

ประมาณร้อยละ 10.4–32[12] ดังนั้นหากเด็กและวัยรุ่นได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว[13]

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นแนวทางการบำบัดที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถช่วยปรับโครงสร้างความคิด เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา และลดความรุนแรงของอาการโศกเศร้าได้[13] และสามารถลดอาการโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) ในเด็กและวัยรุ่นที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้[9,15] อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือเป็นการบำบัดผ่านสื่อออนไลน์และโทรศัพท์ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ[16] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาที่มุ่งเน้นประสิทธิผลของ CBT ต่อภาวะ PGD ในเด็กและวัยรุ่นค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดพฤติกรรมและความคิดต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยใช้กรอบแนวคิดการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันเจบีไอ (JBI) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การกำหนดคำถามการวิจัย การสืบค้นและคัดกรองงานวิจัย การประเมินคุณภาพ การสกัดข้อมูล และการสังเคราะห์ผลลัพธ์[17] ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและแนวทางการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เผชิญภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวต่อไป[9]

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรูปแบบอื่น หรือการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินประสิทธิผล (Systematic Review of Effectiveness) โดยสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว ดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงปริมาณตามขั้นตอนของเจบีไอ (Joanna Briggs Institute: JBI)[16] ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การสร้างคำถามการในทบทวน 2) การระบุเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 4) การคัดกรองงานวิจัย 5) การประเมินคุณภาพงานวิจัยอย่างเข้มงวด 6) การสกัดข้อมูลที่สำคัญจากงานวิจัย 7) การสังเคราะห์ผลลัพธ์ของงานวิจัย และ 8) การนำเสนอและการแปลผลลัพธ์ในการวิจัย รวมทั้งการประเมินจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน โดยการคัดเลือกงานวิจัยปฐมภูมิเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) และงานวิจัยแบบเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental studies) ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ กลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโศกเศร้าผิดปกติระยะยาว ที่มีกลุ่มได้รับการจัดการกระทำ คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เปรียบเทียบกับกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้อินเตอร์เน็ตเป็นฐาน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยใช้โทรศัพท์เป็นฐาน และการดูแลการดูแลตามปกติ และกำหนดผลลัพธ์หลัก (Primary outcomes) เป็นภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว และผลลัพธ์รอง (Secondary outcomes) คือ ภาวะซึมเศร้า การทบทวนในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาครอบคลุมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์ โดยพิจารณารายงานที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ ค.ศ. 2013 ถึงค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2568)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางของ JBI และรายงานผลตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น งานวิจัยที่นำมาทบทวนเป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials: RCTs) และงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Studies) ที่เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 2013–2025 (พ.ศ. 2556 ถึงพ.ศ. 2568) ทั้งที่ตีพิมพ์และยังไม่ตีพิมพ์[16] ดำเนินการลงทะเบียนในฐานข้อมูล PROSPERO ภายใต้รหัสทะเบียน CRD42024548954 ตามแนวปฏิบัติมาตรฐานของการทบทวน

อย่างเป็นระบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

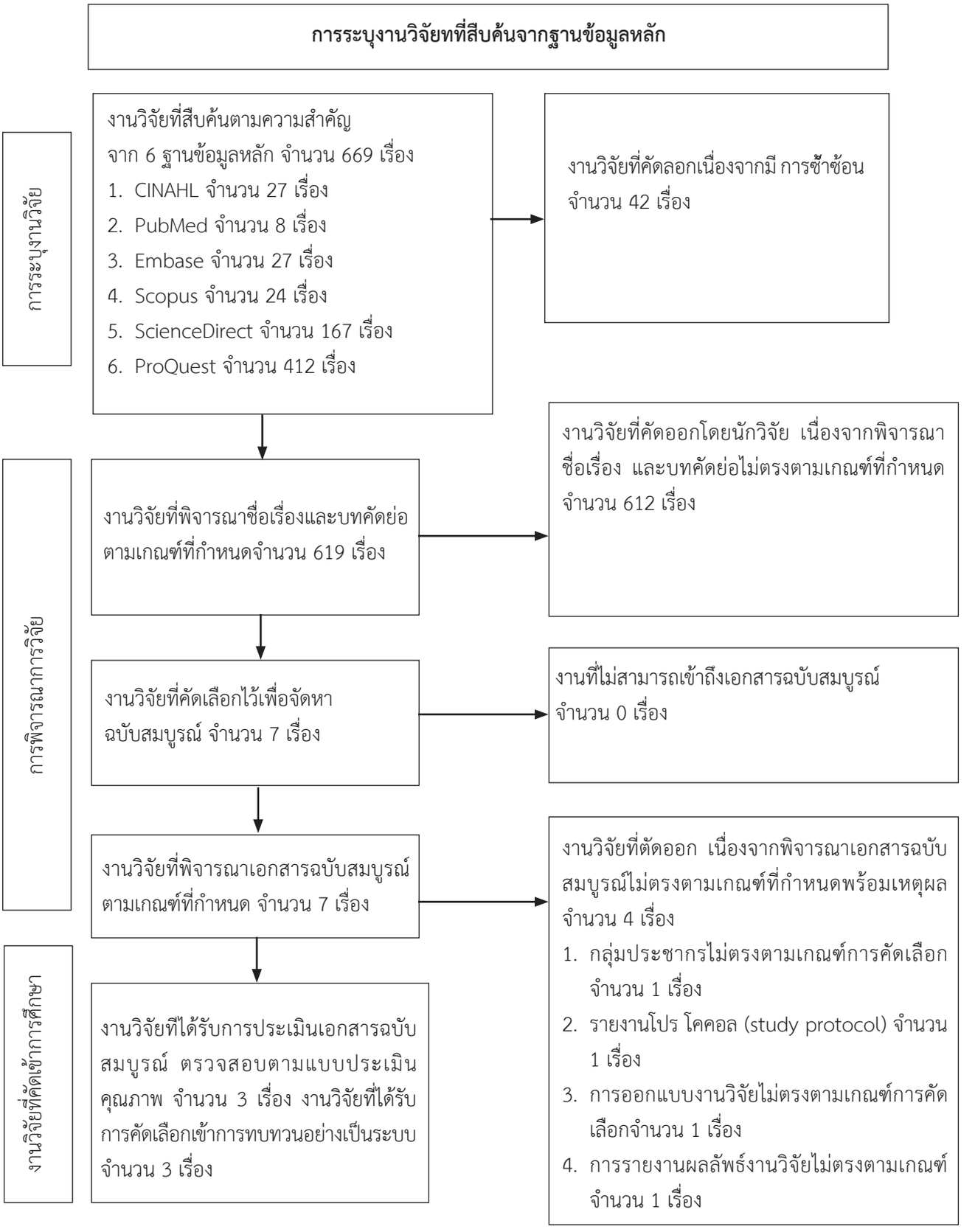
การกำหนดประชากรใช้กรอบ PICO เป็นแนวทางในการดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบ มุ่งศึกษาลักษณะประชากรดังนี้ 1) งานวิจัยในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-18 ปี ที่อยู่ในภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวจากการสูญเสีย 2) การจัดกระทำ คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) 3) การเปรียบเทียบ คือ การบำบัดรูปแบบอื่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านช่องทางออนไลน์หรือสมาร์ตโฟน หรือการดูแลตามมาตรฐาน 4) ผลลัพธ์ที่สนใจ คือ ภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวเป็นผลลัพธ์หลัก และภาวะซึมเศร้าเป็นผลลัพธ์รอง และ 5) รูปแบบงานวิจัย วิเคราะห์และประเมินคุณภาพการงานวิจัยเชิงทดลองแบบ RCTs และงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง การสืบค้นรวบรวมงานวิจัยดำเนินการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์ในช่วงเวลาที่กำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสืบค้นวรรณกรรมดำเนินการในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ PubMed, CINAHL, EMBASE, Scopus และ Cochrane Library รวมทั้งวรรณกรรมสีเทา เช่น Google Scholar ฐานข้อมูล ThaiLIS ฐานข้อมูล Thai Journals Online (ThaiJO) และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยใช้คำสำคัญที่พัฒนาจากกรอบ PICO ทั้งในรูปแบบ MeSH terms และ keywords ที่เกี่ยวข้อง เช่น adolescent, child, youth, prolonged grief disorder, complicated grief, cognitive behavioral therapy, CBT, online CBT, smartphone CBT, depression และ depressive symptoms

กระบวนการคัดเลือกงานวิจัยดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมเป็นอิสระต่อกัน เริ่มต้นจากการพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ การประเมินบทความฉบับเต็มของงานวิจัยที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น กระบวนการคัดเลือกแสดงตามแนวทาง PRISMA flow diagram (รูปที่ 1) และหากเกิดความเห็นไม่ตรงกันจะมีการอภิปรายร่วมกันจนได้ข้อสรุปที่เป็นฉันทามติ จากนั้นทำการประเมินคุณภาพของงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพของ JBI (Critical Appraisal Checklist) โดยผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมประเมินอย่างอิสระก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบผลการประเมินร่วมกัน

กระบวนการสกัดข้อมูลดำเนินการโดยใช้แบบฟอร์มของ JBI สำหรับงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง โดยบันทึกข้อมูลสำคัญของแต่ละการศึกษา ได้แก่ ปีที่ตีพิมพ์ ประเทศ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของการบำบัด และผลลัพธ์ของการศึกษา เช่น ภาวะโศกเศร้า ภาวะซึมเศร้า และขนาดอิทธิพลของการบำบัด ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมดำเนินการสกัดข้อมูลอย่างเป็นอิสระและตรวจสอบความถูกต้องร่วมกันก่อนนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์ผล โดยใช้โปรแกรม JBI SUMARI (System for the Unified Management, Assessment and Review of Information) ในการจัดการข้อมูล วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลการศึกษา หากข้อมูลจากงานวิจัยมีความเป็นเนื้อเดียวกันเพียงพอ จากนั้นวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของการบำบัดจากแต่ละการศึกษา ในรูปแบบของกราฟฟอเรสท์พล็อท (Forest plot)



รูปที่ 1. PRISMA Flow diagram

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัสการศึกษา 2567-EXEM003 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 หมดอายุ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือในการทบทวนอย่างเป็นระบบประกอบด้วย 2 ประเภทหลัก พัฒนาโดย JBI ดังนี้

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพของงานวิจัยเชิงทดลอง ประกอบด้วย 13 ประเด็นคำถามหลัก และงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ประกอบด้วย 9 ประเด็นคำถามหลัก ใช้ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยแต่ละฉบับ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพของระเบียบวิธีการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และลดความเอนเอียงของผลลัพธ์

2. แบบฟอร์มสกัดข้อมูล (Data extraction form) เครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลที่สำคัญที่สกัดมาจากงานวิจัยที่คัดเข้า ใช้รวบรวมรายละเอียดของลักษณะของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ การสกัดข้อมูลทำอย่างเป็นอิสระโดยผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วม แล้วตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลก่อนนำเข้าสู่โปรแกรม JBI SUMARI เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ผล

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนในครั้งนี้ ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาและรับรองโดย JBI17 มีการใช้อย่างแพร่หลายในระดับสากล จึงถือว่ามีความเที่ยงตรงในเชิงเนื้อหาและระเบียบวิธี ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขเครื่องมือเพิ่มเติม จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงซ้ำอีกครั้ง

ความเชื่อมั่น (Reliability) ก่อนการนำเครื่องมือไปใช้จริง ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมได้ทดลองใช้เครื่องมือทดสอบรายงานการวิจัยจำนวน 1 ฉบับ เพื่อประเมินความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามของแบบประเมิน และความชัดเจนของแบบบันทึกการสกัดข้อมูล จากนั้นอภิปรายผลการใช้เครื่องมือ บันทึกเหตุผลในการให้คะแนนและการตัดสินใจในแต่ละประเด็น สร้างเกณฑ์ความเข้าใจร่วมกันในการประเมินคุณภาพและการสกัดข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลจากการทดลองใช้พบว่าผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมมีความเห็นสอดคล้องตรงกันในทุกประเด็น (Internal consistency reliability) แปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

การสังเคราะห์เชิงพรรณนา (Narrative Synthesis) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่และร้อยละ) ร่วมกับตารางสรุปเพื่อนำเสนอคุณลักษณะพื้นฐานและเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่คัดเข้า

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ผ่านระบบ JBI SUMARI เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติและภาวะซึมเศร้า โดยเริ่มจากการทดสอบความเป็นเอกพันธุ์ด้วยสถิติ Cochrane's Q ($p < .10$) และ I2 หากพบว่าข้อมูลมีความคล้ายคลึงกัน ($I2 < 25\%$) จะใช้แบบจำลองผลกระทบคงที่ (Fixed-effect Model) แต่หากพบความต่างในระดับสูง ($I2 > 75\%$) ใช้แบบจำลองผลกระทบแบบสุ่ม (Random-effect Model) และวิเคราะห์หาแหล่งที่มาของความต่างนั้น สำหรับข้อมูลต่อเนื่องวิเคราะห์ด้วยค่าความแตกต่างเฉลี่ย (WMD หรือ SMD) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และประเมินความเอนเอียงด้วยกราฟกรวย (Funnel Plot) เพื่อความถูกต้องแม่นยำของข้อสรุปเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาจากการสังเคราะห์เชิงพรรณนา พบว่าจากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้พบงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 3 การศึกษา จากจำนวน 619 การศึกษา ซึ่งตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2013-2025 และดำเนินการศึกษาในหลายบริบท ได้แก่ ประเทศแทนซาเนีย สหรัฐอเมริกา และเนเธอร์แลนด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กและวัยรุ่นอายุระหว่าง 7-18 ปี ที่ประสบการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละการศึกษามีตั้งแต่ 40 ถึง 161 คน รูปแบบการจัดกระทำในการศึกษาทั้งสามใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นหลัก ได้แก่ โปรแกรม CBT Grief-Help และ Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) โดยมีจำนวนครั้งของการบำบัดตั้งแต่ 9-16 ครั้ง และส่วนใหญ่ดำเนินการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บางโปรแกรมมีการบำบัดร่วมกับผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนกระบวนการปรับตัวของเด็กและวัยรุ่น

ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรม CBT Grief-Help และ TF-CBT ในการศึกษาของ O'Donnell และคณะ (2014) สามารถลดระดับภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลลัพธ์ยังคงปรากฏในการติดตามผลภายหลังการบำบัด อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Brown และคณะ (2020) พบว่า แม้การบำบัดแบบ TF-CBT จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p > .05$) โดยสรุป การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีแนวโน้มช่วยลดภาวะซึมเศร้า และในบางการศึกษาพบว่าสามารถลดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวในเด็กและวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของรูปแบบการบำบัด เครื่องมือวัดผล และระยะเวลาการติดตามผลในแต่ละการศึกษาอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอของผลลัพธ์

ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์อภิมาน พบว่าการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) เพื่อสังเคราะห์ผลรวมของประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยนำเสนอผลผ่านการบรรยายและกราฟ Forest plot แบ่งตามผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง

ผลลัพธ์หลักภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาว

การวิเคราะห์จากการศึกษาที่เข้าเกณฑ์ 2 การศึกษา ได้แก่ การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุมของ Boelen (2021) และการศึกษาแบบกึ่งทดลองของ O'Donnell (2014) พบว่า CBT สามารถลดภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวในเด็กและวัยรุ่นได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = −0.75, 95% CI [−1.01, −0.49], $p < .001$) อย่างไรก็ตาม พบความไม่เป็นเอกพันธ์ระหว่างการศึกษาในระดับสูง ($\chi^2 = 27.78$, df = 1, $p < .001$, $I^2 = 96\%$) ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างด้านรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวัดผลลัพธ์

ผลลัพธ์รองภาวะซึมเศร้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากสองการศึกษาเดียวกัน พบว่า CBT สามารถลดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD = −0.57, 95% CI [−0.82, −0.32], $p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ความเป็นเอกพันธ์พบความไม่เป็นเอกพันธ์ของการศึกษาในระดับสูง ($\chi^2 = 19.3$, df = 1, $p < .001$, $I^2 = 95\%$) ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างของการออกแบบการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น โดยเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผ่านเทคโนโลยี หรือการดูแลทางจิตเวชตามปกติ จากการสืบค้นงานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 2013–2025 พบงานวิจัยทั้งหมด 619 การศึกษา งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 3 เรื่อง ประกอบด้วยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม 2 เรื่อง และการวิจัยกึ่งทดลอง 1 เรื่อง ผลการทบทวนพบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีแนวโน้มช่วยลดระดับภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้ โดยมี 2 การศึกษาที่รายงานผลลัพธ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติหรือเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการบำบัด อย่างไรก็ตาม มี 1 การศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้น การตีความผลลัพธ์จึงควรพิจารณาความแตกต่างด้านระเบียบวิธีวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาการติดตามผลของแต่ละการศึกษา รูปแบบการบำบัดที่พบในการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกได้เป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ (1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่เน้นความบอบช้ำทางจิตใจ (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT) และ (2) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยเหลือภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวในเด็กและวัยรุ่น (CBT Grief-Help) แม้ว่าทั้งสองรูปแบบจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดของกระบวนการบำบัด แต่ต่างตั้งอยู่บนหลักการสำคัญของ CBT คือการช่วยให้ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการสูญเสีย ลดพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อการปรับตัวต่อเหตุการณ์สูญเสีย[17] ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผลในการลดอาการ PTSD และปัญหาทางสุขภาพจิตอื่น ๆ ในเด็กที่ประสบการสูญเสียบิดามารดา[18] โดยลักษณะของโปรแกรมการบำบัด

ในแต่ละการศึกษามีจำนวนครั้งของการบำบัดประมาณ 8–16 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 นาที และดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการสูญเสีย การฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การปรับโครงสร้างความคิด และการส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต[17]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยทั้งสามการศึกษามีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น บริบทของการศึกษา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ และระยะเวลาการติดตามผล ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นเอกพันธ์เชิงคลินิก (clinical heterogeneity) ระหว่างการศึกษา นอกจากนี้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวมีความหลากหลาย เช่น CDI, BASC, SMFQ, IPG-C, EGI และ GSS ซึ่งแต่ละเครื่องมือมีโครงสร้างและจุดเน้นแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถนำผลการศึกษามาวิเคราะห์เชิงอภิมานร่วมกันได้ ในด้านบริบทของกลุ่มตัวอย่างพบว่าการศึกษาครอบคลุมเด็กและวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การสูญเสีย ในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น การสูญเสียบิดาจากเหตุการณ์ก่อการร้ายในสหรัฐอเมริกา เด็กกำพร้าในประเทศแทนซาเนีย และเด็กที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพจิตในประเทศเนเธอร์แลนด์ ความแตกต่างด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพอาจมีผลต่อรูปแบบการบำบัดและการตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาแตกต่างกัน โดยสรุป การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมโดยเฉพาะรูปแบบ TF-CBT และ CBT Grief-Help มีแนวโน้มช่วยลดระดับภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นได้ อย่างไรก็ตาม จำนวนงานวิจัยที่มีอยู่ยังค่อนข้างจำกัด และมีความแตกต่างด้านระเบียบวิธีวิจัยและเครื่องมือวัดผลลัพธ์ ส่งผลให้ไม่สามารถสรุปผลเชิงอภิมานได้อย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่มีการออกแบบการวิจัยที่มีคุณภาพสูง ใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่มีมาตรฐานเดียวกัน และมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการบำบัดดังกล่าว และสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

จากผลการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่ายังมีจำนวนงานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะโศกเศร้าที่ผิดปกติระยะยาวและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นค่อนข้างจำกัด ดังนั้น การศึกษาในอนาคตควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCT) ที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่เข้มแข็ง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างภายใต้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานเดียวกัน และใช้รูปแบบการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน เพื่อลดความแปรปรวนระหว่างการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปเสนอให้มีการศึกษาวิจัยในบริบทของประเทศไทยมากขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่ประสบการสูญเสีย รวมทั้งควรมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของการบำบัดในแต่ละรูปแบบได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

References

1. Klaochai S, Somjit P, Srivirochai P, Chanthong P, & Wannarit K. Validity and reliability of the Prolonged Grief Disorder-13-Revised Thai version (Thai PG-13-R) among bereaved relatives. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2023; 68(1): 81-90. (in Thai)
2. Sarinrat W. Grief from the loss of a loved one. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017; 1 :14-20. (in Thai)
3. Kübler RE. On death and dying. New York: Macmillan; 1969.
4. Khang M, Lee DH, & Kim Y. Parental Perceptions of Surviving Sibling Grief Responses to an Adolescent's Violent and Sudden Death by the Sewol Ferry Disaster in South Korea. Journal of Death and Dying. 2020; 81(3): 454-74.

5. Boelen PA, Lenferink LIM, & Spuij M. CBT for Prolonged Grief in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. American Journal of Psychiatry. 2021; 178(4): 294-304.
6. Bardideh F, Jarareh J, Mofrad M, & Bardideh K. The Effectiveness of Integrated Group Therapy on Prolonged Grief Disorder of Bereaved People from COVID-19 Randomized Controlled Trial. Journal of Death and Dying. 2025; 91(2): 675-92.
7. Lechner MF, Spuij M, & Boelen PA. Sudden gains in the treatment of children and adolescents with prolonged grief. Journal of consulting and clinical psychology. 2025; 93(1): 14-26.
8. Hulsey EG, Hill RM, Layne CM, Gaffney DA, & Kaplow JB. Calculating the incidence rate of sibling bereavement among children and adolescents across the United States: A proposed method. Death Studies. 2020; 44(5): 303-11.
9. Szuhany KL, Malgaroli M, Miron CD, & Simon NM. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. Journal of Lifelong Learning in Psychiatry. 2021; 19(2): 161-72.
10. Carpio DL, Paul S, Paterson A, & Rasmussen S. A systematic review of controlled studies of suicidal and self-harming behaviours in adolescents following bereavement by suicide. Public Library of Science One. 2021; 16(7): 1-29.
11. Hiyoshi A, Berg L, Grotta A, Almquist Y, & Rostila M. Parental death in childhood and pathways to increased mortality across the life course in Stockholm, Sweden: A cohort study. Public Library of Science Medicine. 2021 ;18(3): 1-16.
12. Falala A, Lannes A, Bui E, & Revet A. Prevalence of prolonged grief disorder in bereaved children and adolescents: A systematic review. Journal of biological psychiatry and psychopharmacology. 2024; 50(5): 557-65.
13. Brown EJ, Goodman RF, Cohen JA, Mannarino AP, & Chaplin WF. An Exploratory Trial of Cognitive-Behavioral vs Client-Centered Therapies for Child-Mother Dyads Bereaved from Terrorism. Journal of Child and Adolescent Trauma. 2020; 13(1): 113-25.
14. Salah S, Hussain S, Ahmed A, Azam A, & Rafique D. Death as Transformation: Examining Grief Under the Perspective of the Kubler-Ross in the Selected Movies. International Journal of English Linguistics. 2018; 9(1): 448-56.
15. Kittimaskun W, Bunthumporn N, & Vuthiarpa, S. The effect of a cognitive behavioral therapy program on depression among abused adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 329–37. (in Thai)
16. Treml J, Nagl M, Linde K, Kündiger C, Peterhänsel C, & Kersting A. Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: a randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2021; 12(1): 1-12
17. Aromataris EMZ. JBI Manual for Evidence Synthesis; 2021.
18. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond, 3rd edition. New York, United State: The Guilford Press; 2021.
19. Dorsey S, Lucid L, Martin P, King KM, Donnell KO, Murray LK, & et al. Effectiveness of task-shifted trauma-focused cognitive behavioral therapy for children who experienced parental death. Journal of the American Medical Association Psychiatry. 2020; 77(5) :464-73.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

Factors Related to Prevention and Control Behavior of Dengue Fever Among Village Health Volunteers in Ao Luek District, Krabi Province.

พัทธนันท์ คงมาก* สุรเดช สำราญจิตต์
Phatthanan Kongmak* Suradej Samranjit
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10240
Faculty of Public Health Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand 10240

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 268 คน ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.29) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.21) และพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .744**, P < .01)

ดังนั้น ควรส่งเสริมมาตรการ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive research aimed to examine the relationship between health belief model factors, social support, and self-care behaviors in the prevention and control of dengue fever among village health volunteers in Ao Luek District, Krabi Province. The sample consisted of 268 village health volunteers in Ao Luek District, Krabi Province selected through random sampling. Data were collected using a structured questionnaire

*Corresponding Author: *E-mail : phatthanan.neung.k@gmail.com

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

with a reliability coefficient of 0.95. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum, and Pearson's correlation coefficient, with a significance level set at .01.

The study found that the majority of the sample group scored at a high level on the Health Belief Model (M = 4.11), the Social Support (M = 4.29), and dengue prevention and control behaviors among village health volunteers (M = 4.21). Furthermore, both the Health Belief Model and the Social Support were found to be positively correlated with dengue prevention and control behaviors among village health volunteers in Ao Luek District, Krabi Province, at a very high level, with statistical significance (r = .744**, P < .01).

Therefore, continuous promotion of dengue prevention and control measures should be encouraged to build confidence and proper practices among village health volunteers.

Keywords: Dengue fever prevention and control behaviors, Village health volunteers, Health Belief Model, Social support.

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้รักษาโรคเฉพาะ จึงจัดเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สร้างความสูญเสียแก่ชีวิต มักพบในประเทศเขตร้อนและมีการระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการของโรคไข้เลือดออกมีตั้งแต่ไม่มีอาการผิดปกติไปจนอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจากการสำรวจตั้งแต่ต้นปี 2566 มีการยืนยันผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่า 5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตสะสมมากกว่า 5,000 ราย[1]

สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทยในปี 2565-2567 พบมีอัตราป่วยสะสมเท่ากับ 68.23, 238.15 และ159.15 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราตายสะสมในปี 2565-2567 ร้อยละ 0.06, 0.82 และ0.09 ตามลำดับ เครือข่ายบริการสุขภาพเขต 11 ในปี 2565-2567 พบอัตราป่วยสะสม 41.70 ,155.73 และ 226.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราตายสะสมร้อยละ 2.50, 0.45 และ 0.09 ตามลำดับ จังหวัดกระบี่พบอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2565-2567 เท่ากับ 132.14, 147.02 และ121.95 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต จากการทบทวนระบาดวิทยาโรคไข้เลือดออกของอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ 3 ปีย้อนหลังในปี 2565-2567 อัตราป่วยเท่ากับ 746.27, 28.31 และ 30.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และไม่พบผู้เสียชีวิต[2]

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศทุกวัย และอาจส่งผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพถึงขั้นชีวิตได้ การป้องกันจึงถือเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ากว่าการรักษา (prevention is better than cure) โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่มีความเสี่ยงสูง[3] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน การส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นหัวใจสำคัญในการลดจำนวนผู้ป่วยและการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยจึงมีความสนในที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model[4] ใน 4 ประเด็น คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำและการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Theory[5] และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม[6,7,8] เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เนื่องจากอสม. เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งหากมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะสามารถถ่ายทอดและขยายผลการดูแลสุขภาพไปสู่ชุมชนได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำไปใช้พัฒนาระบบการดำเนินงาน (Working Model) ที่เหมาะสมและยั่งยืน

สำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยเน้นการเสริมศักยภาพของ อสม. ให้สามารถเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

สมมติฐานของการศึกษา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[4] แนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจาก 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับจากการกระทำ และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรค ในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างนอกจากนี้ ยังนำแนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม[5] มาใช้ร่วมในการศึกษา โดยแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้และการยอมรับว่าบุคคลได้รับความช่วยเหลือ การดูแล และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งประกอบด้วย 1) การได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 3) การได้รับการยกย่องและชื่นชมจากผู้อื่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประชากร คือ อสม.ในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ รวม 882 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตาราง[6]ในการประมาณค่าและกำหนดสัดส่วนของประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 268 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จับฉลากไม่คืนที่ ตามรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยคำนวณสัดส่วนมีการกำหนดสัดส่วน อสม. ตามรพสต.ดังตาราง ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ได้แก่ 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ปี พ.ศ. 2567 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกออกจากกลุ่ม ได้แก่ 1) ตอบแบบสอบถามไม่ได้ข้อมูลครบถ้วน 2) กลุ่มตัวอย่างลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) เสียชีวิตหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

ตาราง 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละพื้นที่ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ลำดับที่	ชื่อ รพ.สต.	อสม.(N)	วิธีคำนวณ	ตัวอย่าง (n)
1.	รพ.สต.บ้านแหลมสัก	95	95x268/882	29
2.	รพ.สต.บ้านนาเหนือ	46	46x268/882	14
3.	รพ.สต.บ้านบางเจริญ	71	71x268/882	22
4.	รพ.สต.บ้านหนองหลุมพอ	109	109x268/882	33
5.	รพ.สต.บ้านอ่าวลึกน้อย	100	100x268/882	30
6.	รพ.สต.บ้านน้ำจาน	88	88x268/ 882	27
7.	รพ.สต.บ้านเขาล่อม	65	65x268/882	20
8.	รพ.สต.บ้านคลองยา	51	51x268/882	15
9.	รพ.สต.บ้านเขาแก้ว	40	40x268/882	12
10.	รพ.สต.ตำบลบ้านกลาง	69	69x268/882	21
11.	โรงพยาบาลอ่าวลึก	148	148x268/882	45
	รวม	882	882x268/882	268

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SCPHY-LIRB-2568/091 อนุมัติวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ชนิดตอบด้วยตนเอง โดยที่ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ และแรงสนับสนุนทางสังคมจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert scale)10,11 โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1คะแนน) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม โดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของเบสท์12,13 ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) สร้างตามมาตรวัดแบบวัดของลิเคิร์ท[10,11] โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1คะแนน) **การแปลผล** จากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม โดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของเบสท์[12,13] ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Content Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังสาธารณสุขอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถาม และทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล : นำข้อมูลวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออก, ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกและปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติเชิงอนุมานคือ สถิติทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แปลความหมายตามเกณฑ์ของ Davies[14] ดังนี้ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (r = .70 หรือสูงกว่า), มีความสัมพันธ์กันสูง (r = .50 - .69), มีความสัมพันธ์กันปานกลาง (r = .30 - .49), มีความสัมพันธ์กันต่ำ (r = .10 - .29) และไม่มีความสัมพันธ์กัน (r = .01 - .09)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 92.50) อายุเฉลี่ย 38.40 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 25,630 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.50) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 74) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 33.20) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 27.24 ปี

ส่วนที่ 2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่(n=268)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD	การแปลผล
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	4.32	0.89	สูง
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.39	0.85	สูง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	4.36	0.77	สูง
ด้านการรับรู้เกี่ยวกับอุปสรรคในการป้องกันโรค	3.36	1.24	ปานกลาง
รวม	4.11	0.51	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารรสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (M =4.32), ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (M=4.39), และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (M=4.36), ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก (M=3.36)

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ (n=268)

แรงสนับสนุนทางสังคม	M	SD	การแปลผล
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	4.40	0.86	สูง
การเข้าร่วมรณรงค์	4.37	0.77	สูง
การยกย่อง ชื่นชม	4.12	0.81	สูง
รวม	4.29	0.81	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.29) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทั้งหมด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.21) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อ 3 ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อยู่รอบบริเวณบ้านตนเองและละแวกที่ท่านรับผิดชอบ (M = 4.41) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 1 ท่านนอนกางมุ้งเพื่อป้องกันยุงกัดในตอนกลางวัน (M = 3.40)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ (n = 268)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	r	P-value	ระดับความสัมพันธ์
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.669**	< 0.001	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.776**	< 0.001	สูงมาก
รวม	0.744**	< 0.001	สูงมาก

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .774**) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .669**) และความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .776**)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในแต่ละด้าน ดังนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.11) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในระดับสูงมาก (r = .776**) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนข้อจำกัดหรืออุปสรรคในการดำเนินการเหล่านั้น ล้วนมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเมื่อบุคคลตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือรับรู้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่มีความรุนแรง ย่อมมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินการเพื่อป้องกันตนเองจากโรคดังกล่าวมากยิ่งขึ้น ในลักษณะเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ก็มีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง บทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ สร้างความตระหนักรู้ และกระตุ้นแรงจูงใจให้ประชาชนเกิดความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่ชุมชนให้ความไว้วางใจ มีความใกล้ชิดกับประชาชน และมีความสามารถในการสื่อสารและเชื่อมโยงกับคนในพื้นที่ จึงสามารถใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลและความเข้าใจบริบทของชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลสบบง อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในปัจจุบัน อสม. มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ให้ความรู้แก่ประชาชน รายงานผู้ป่วย ติดตามพื้นที่เสี่ยง และประสานการพ่นหมอกควัน พร้อมทั้งใช้แอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ หรือแบบฟอร์มรายงาน เพื่อสนับสนุนการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน ซึ่งทั้งหมดดำเนินการภายใต้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

2. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.29) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในระดับสูง (r = .669**) สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง มักจะส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดี โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องทำงานร่วมกับชุมชน หากได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานหรือสมาชิกในชุมชน พวกเขาจะมีความมั่นใจและรู้สึกมีความรับผิดชอบในการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[16] เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ระบาดซ้ำซาก อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก ในปัจจุบัน อสม. ทั่วประเทศได้รับแรงสนับสนุนจากภาครัฐ ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถทำหน้าที่เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในระดับสูงมาก (r = .744**) สามารถอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ได้รับการฝึกอบรมและข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงการดำเนินงานภายใต้นโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความชัดเจนและมีผลบังคับใช้ในระดับท้องถิ่น ทั้งยังมีการสนับสนุนจากชุมชนและภาครัฐในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรค ทำให้มีความตระหนักและรับผิดชอบในการดูแลตนเองและดำเนินการตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[17] เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (r = .426**)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับสูง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการดำเนินมาตรการและนโยบาย ดังนี้

1. ส่งเสริมมาตรการและนโยบายด้านการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในบทบาทของอสม. ในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. สร้างความตระหนักรู้ในความสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อกระตุ้นให้อสม. เห็นถึงบทบาทสำคัญของตนเอง และมีความตั้งใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่

3. ส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากหลากหลายภาคส่วน เช่น บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อนร่วมงาน และบุคคลใกล้ชิด เพื่อเป็นแรงเสริมในการดำเนินงานของอสม. ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาในพื้นที่ที่ไม่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง และพัฒนากระบวนการส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้มาถึงความคิดเห็น ความเชื่อ หรือเจตคติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

References

1. World Health Organization. Global strategy for dengue prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Epidemiology Division, Disease Control Group. Dengue fever situation report, Krabi Province. Krabi: Krabi Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
3. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for diagnosis and treatment of dengue patients (summary version). 1st ed. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
4. Rosenstock L M. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974; 2(4):328–35. (in Thai)

5. House J. Work stress and social support. Boston: Reading; 1981.
6. Orem DE. Nursing concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Samranjit S. Public health behaviors. 1st ed. Bangkok: Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University; 2024. (in Thai)
8. Pender N J, Murdaugh C L, & Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall; 2002.
9. Krejcie R V, & Morgan D W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3): 607–10.
10. Yuenyong P, & Samranjit S. The relationship between transformational leadership and soft skills of directors of sub-district health promoting hospitals in Chachoengsao Province. Thammasat University Hospital Journal. 2024;9(1):32–44. (in Thai)
11. Jebb AT, Ng V, & Tay L. A review of key Likert scale development advances: 1995–2019. Front Psychol. 2021;12:637547.
12. Best J W. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
13. Ekkapoj P, Samranjit S, & Sirichot M. The relationship between perception and preventive behaviors toward COVID-19 among clients at primary care units in Lang Suan District, Chumphon Province. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2023;24(3):197–204. (in Thai)
14. Asokboonrat P, Samranjit S, Ketumaro C, & Sirichot M. Factors associated with geriatric care behaviors among clinical pharmacists in Nakhon Pathom Province. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2023;24(3):312–9. (in Thai)
15. Duangkhayai W, & Takkaew T. The relationship between knowledge of dengue fever and dengue prevention behaviors among village health volunteers in Sobbong Subdistrict, Phu Sang District, Phayao Province. Proc 6th Nat Int Conf Sci (Nat Track). 2016;6(1):431–40. (in Thai)
16. Wutthadech W. Factors influencing the compliance with roles in dengue prevention and control by village health volunteers in recurrent outbreak areas, Mueang District (thesis). Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai)
17. Yibpradit K, & Sinsawat P. The relationship between health belief model perception and dengue fever prevention behaviors among people in the Bang Tabun Sub-district Health Promoting Hospital area, Ban Laem District, Phetchaburi Province. Journal of Primary Health System and Public Health Development. 2024;2(1):1–14. (in Thai)

แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียน การสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน

Guideline to Best Practice of E-Learning Management System in Bachelor of Nursing Science Program of Private Institution

วันเพ็ญ แสงสงวน* ประกอบ คุณารักษ์
Wanphen Sangsanguan* Pragob Kunarak
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ปทุมธานี ประเทศไทย 12110
Graduate School, Eastern Asia University, Pathum Thani, Thailand 12110

บทคัดย่อ

งานวิจัยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอน อีเลิร์นนิงตามกรอบการบริหาร PIE Model ศึกษาแบบผสานวิธีแบบการอธิบายตามลำดับ หน่วยการศึกษาวิจัยคือ สถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชน 6 แห่งได้รับการรับรองการบริหารสถาบันระดับสูงสุดจากสภาการพยาบาลเป็นเวลา 5 ปี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ใช้แบบสอบถามการปฏิบัติด้านบริหารการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงตามกรอบ PIE Model มี 7 องค์ประกอบ คือ การบริหารระบบ เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน การออกแบบรายวิชา อาจารย์ นักศึกษา การสอน และการประเมินผล มีค่าความตรง 0.95 ความเที่ยง 0.98 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ค่าความตรง 0.95 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันการบริหารการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 4.34, SD = 0.58) 2) ผู้บริหารควรเลือกใช้แนวปฏิบัติอีเลิร์นนิงตามกรอบ PIE Model อย่างเหมาะสมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานและประเมินผล 3) แนวปฏิบัติได้รับการรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญ 9 คนที่ระดับมากที่สุด และมีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ผ่านเกณฑ์ทุกข้อทุกองค์ประกอบ (IQR ≤ 1.50) ดังนั้นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมที่จะนำไปใช้จริง จึงเสนอให้สถาบันการศึกษาพยาบาลบูรณาการทั้ง 7 องค์ประกอบภายใต้กรอบ PIE Model เพื่อยกระดับการบริหารจัดการระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงในยุคดิจิทัล.

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศ, การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สถาบันการศึกษาเอกชน

Corresponding Author: *E-mail: Wanphen@eau.ac.th
นักศึกษาปริญญาเอกหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการบริหารการศึกษาและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย

วันที่รับ (Received) 13 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 23 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 30 ส.ค. 2568

Abstract

This research was aimed to establish a guideline for best practice of e-learning management by exploring a mixed-method approach through a sequential explanatory design based on the PIE Model. The unit of analysis consisted of six private nursing institutions accredited with the highest level of institutional management by the Thailand Nursing and Midwifery Council for five years. All participants were selected using purposive sampling. The research instruments included the questionnaire on the implementation of e-learning management based on the PIE Model, comprising seven factors: 1) e-learning management system, 2) technology and infrastructure, 3) course design, 4) instructors, 5) learners, 6) instruction, and 7) evaluation. And a content validity of 0.95 and a reliability coefficient of 0.98, while the interview had a content validity of 0.95. Quantitative data were collected via an online questionnaire and analyzed with descriptive statistics, whereas qualitative data were gathered through interviews and analyzed using content analysis. The results revealed that 1) The current state of e-learning management was high ($\overline{X}$ = 4.34, SD = 0.58). 2) The administrators needed to select the guideline at every step of the e-learning management system through the PIE Model, wherever applicable from the analyses for planning, implementation, and evaluation for improvement. 3) The proposed guidelines were certified by nine experts at the highest level, with interquartile ranges for every item and component ≤ 1.50. Therefore, the developed best practice guidelines were accepted. Consequently, nursing education institutions are advised to integrate all seven components with PIE Model to elevate e-learning management in the digital era.

Keywords: Best Practice, E-Learning Management System, Bachelor of Nursing Science Program, Private Institution

บทนำ

ปัจจุบัน การจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ได้กลายเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ต้องการทั้งความรู้ทางทฤษฎีและทักษะปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ และระบบการบริการทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปสุขภาพดิจิทัลที่เป็นผลจากความเจริญทางเทคโนโลยี ปัญญาประดิษฐ์ และระบบการจัดการข้อมูลทางสุขภาพ นวัตกรรมทางการแพทย์

ในรูปแบบต่างๆ กำลังเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพทั่วโลก ทำให้การดำเนินชีวิตของมนุษย์เปลี่ยนไปจากแต่ก่อนอย่างสิ้นเชิง[1] ดังนั้นการศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล โดยมุ่งพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมยุคใหม่

นับตั้งแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เริ่มต้นในปี ค.ศ.2019 เทคโนโลยีกลายเป็นปัจจัยที่ห้าที่แทรกซึมเข้าสู่การดำรงชีวิตของมนุษย์ ไม่เว้นทั้งระบบการศึกษาและระบบสุขภาพ[2] ความรวดเร็วของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นผสมรวมกับความผันผวนของโลกในแบบ VUCA World ที่ไม่สามารถคาดเดาอะไรได้ ทำให้สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (blended learning) คือใช้วิธีการเรียนในห้องเรียนแบบดั้งเดิมผสมกับการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพระดับโลก[3] ซึ่งขณะนี้ความก้าวหน้าในการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการใช้เทคโนโลยีในการสอนมากขึ้น เช่น การสอนโดยใช้การจำลองสถานการณ์ (Simulation-based learning) เป็นต้น การฝึกปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีเข้าช่วย อาจารย์ต้องมีความรู้ในด้านเทคโนโลยีซึ่งในปัจจุบันอาจารย์มีความพร้อมในด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่นๆ[4,5] นอกจากนี้ปัญหาความไม่พร้อม เช่น โครงสร้างพื้นฐานคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ทีมสนับสนุน ทีมผู้บริหาร หรือด้านการเงินงบประมาณ ทุกอย่างมีผลต่อการบริหารจัดการระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงทั้งสิ้น แต่ถ้าพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะได้รับที่จะเกิดขึ้นกับนักศึกษาโดยตรง มีความ

คุ้มค่า และสอดคล้องกับบริบทของยุคดิจิทัลที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[4]

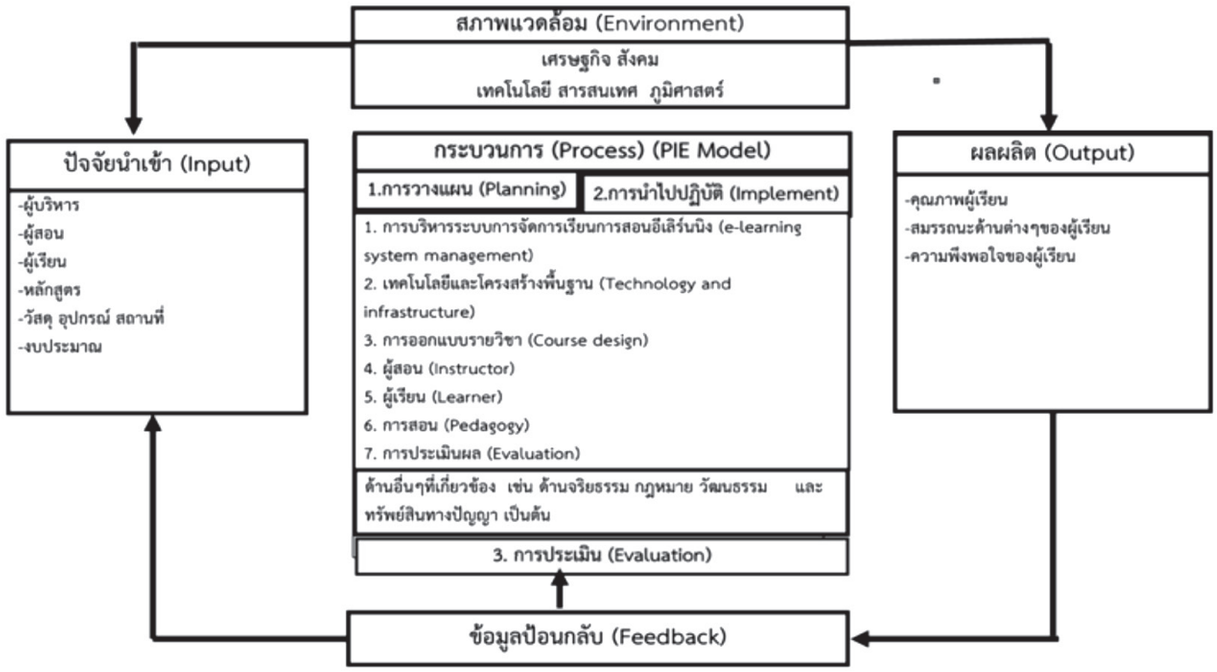
จะเห็นได้ว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติในการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีความสำคัญต่อการผลิตพยาบาลให้มีสมรรถนะความสามารถตรงตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต[6] โดยเฉพาะในสถาบันการศึกษาเอกชนที่ต้องแข่งขันและพัฒนาให้เทียบเท่ากับมาตรฐานระดับสากล แต่จากการสืบค้นข้อมูล พบว่าการศึกษาด้านการบริหารระบบมีน้อย ที่พบส่วนใหญ่เป็นการบริหารจัดการรายวิชา และไม่ได้ระบุรูปแบบการบริหารที่นำมาใช้อย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของงานวิจัยครั้งนี้ที่มุ่งศึกษาองค์ประกอบในการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยในและต่างประเทศ และใช้รูปแบบบริหารระบบแบบ PIE Model[7] เป็นที่มาของงานวิจัยนี้ คือ แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน

จุดประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของการปฏิบัติด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน 2) เพื่อสร้างแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน และ 3) เพื่อตรวจสอบยืนยันแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอน อีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันการศึกษาเอกชน ในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเป็นประโยชน์ ในการนำแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศไปใช้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบของ Bela H. Banathy ที่เป็นผู้บุกเบิกการใช้ทฤษฎีระบบทางด้านการศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ข้อมูลย้อนกลับ และ สิ่งแวดล้อม[8] เป็นกรอบแนวคิด การศึกษาในครั้งนี้เน้นเฉพาะกระบวนการที่ประกอบด้วยองค์ประกอบเจ็ดด้าน ได้แก่ การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน การออกแบบรายวิชา อาจารย์ นักศึกษา การสอน และการประเมินผล และบริหารด้วย PIE Model ประกอบด้วยสามขั้นตอน คือ การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และ การประเมิน[9] โดยองค์ประกอบเจ็ดด้าน ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัย[10,11,12] ที่สืบค้นย้อนหลังเจ็ดปี ระหว่าง ค.ศ.2017–2023 ในฐานข้อมูลของ ERIC, PubMed, Science Direct, ProQuest, Scopus, และ Google Scholar คำสำคัญ ได้แก่ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศการบริหารระบบการจัดการการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงและการศึกษาพยาบาล และมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ข้อมูลที่ได้ต้องแสดงถึงแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศของการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงที่เป็นงานวิจัยหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 2) เป็นงานวิจัยฉบับเต็ม 3) ตีพิมพ์ในช่วงเวลาที่กำหนด 4) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นงานวิจัยที่มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกับที่ต้องการ 2) เป็นบทคัดย่อ 3) ช่วงเวลาที่ตีพิมพ์ไม่อยู่ในช่วงที่กำหนด 4) ตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น ๆ ซึ่งพบงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่ต้องการ จำนวน 11 เรื่อง เป็นงานวิจัยต่างประเทศ จำนวนเก้าเรื่อง งานวิจัยในประเทศไทย จำนวนสองเรื่อง[10,11,12] นำมาสังเคราะห์เป็นแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีเจ็ดองค์ประกอบดังที่กล่าวมา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเภท Exploratory sequential mixed method design เริ่มด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมผลการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ทั้งในส่วนที่ความสอดคล้อง และในส่วนที่แตกต่าง เพื่อตอบปัญหาการวิจัยให้ครอบคลุม[13,14,15] ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยระยะที่ 1 สร้างแนวปฏิบัติด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงจากการสังเคราะห์งานวิจัย ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ย้อนหลังเจ็ดปี (2017-2023) ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันของการบริหารการระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชน จำนวนหกแห่ง โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงตามกรอบแนวคิด PIE Model โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบไลเคิร์ทเสกลห้าระดับ จำนวน 75 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้ผลเป็นข้อมูลแสดงเป็นสภาพปัจจุบัน และสร้างข้อคำถามสำหรับแบบสัมภาษณ์ ใช้สัมภาษณ์ผู้บริหารหกสถาบัน ระยะที่ 3 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสร้างเป็น (ร่าง) แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศโดยผสานข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำแนวปฏิบัตินี้ ส่งผู้เชี่ยวชาญจำนวนเก้าคน เพื่อประเมินรับรองยืนยัน ด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเป็นประโยชน์ หลังจากนั้น จึงได้แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในสถาบันการศึกษาเอกชน

หน่วยวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถาบันการศึกษาเอกชนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ได้รับการรับรองสถาบันจากสภาการพยาบาล สูงสุดห้าปี จำนวนทั้งหมดหกสถาบัน กลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการเลือกแบบเจาะจง[13] เป็นอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาเอกชนหกแห่ง มีประสบการณ์การสอนอีเลิร์นนิง อย่างน้อยสองปี จำนวน 210 คน กลุ่มตัวอย่างข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้บริหารสถาบันแห่งละหนึ่งคนรวมหกสถาบัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย รหัสโครงการ 1/2567 เอกสารรับรองเลขที่ SN 2567-09 วันที่ 15 สิงหาคม 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามการปฏิบัติด้านบริหารการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงตามกรอบ PIE Model (ด้านการวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล) จำนวน 75 ข้อ ได้จากสังเคราะห์งานวิจัย

ทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 11 เรื่อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวนสามคน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ค่า IOC เท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในระดับสูง[17] และตรวจสอบค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.98 ด้วยการนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวนด้วย Cronbach's alpha ซึ่งอยู่ในระดับสูง แปลผลได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ[13]

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามเปิด เกี่ยวกับการบริหารองค์ประกอบทั้งเจ็ดด้านของการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงแบบ PIE Model เพื่อรวบรวมข้อมูลในเชิงลึก มีค่าความตรง (IOC) เท่ากับ 0.95 โดยมีขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเหมือนกับแบบสอบถามเชิงปริมาณ และผู้เชี่ยวชาญจำนวนสามคนเป็นชุดเดียวกัน[13]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ หลังจากตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัย และนำส่งถึงผู้บริหารทั้งหกสถาบัน เมื่อได้รับอนุญาตจึงติดต่อกับผู้ประสานงานแต่ละสถาบันเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือส่งแบบสอบถามออนไลน์ แก่อาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัยเพื่อเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ดำเนินการแบบรายบุคคล โดยสัมภาษณ์โดยตรง พบหน้ากัน และผ่านออนไลน์ ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ก่อนสัมภาษณ์ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการบันทึกเสียง และยืนยันการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นจึงบันทึกและถอดความข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ความคิดเห็นและความถี่ของการปฏิบัติตามองค์ประกอบของ PIE Model จากแบบสอบถามที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบไลเคิร์ท 5 ระดับโดยแปลผลค่าเฉลี่ยดังนี้: 4.50–5.00 เท่ากับมากที่สุด,3.50–4.49 เท่ากับมาก, 2.50–3.49 เท่ากับปานกลาง, 1.50–2.49 เท่ากับน้อย,1.00–1.49 เท่ากับน้อยที่สุด[13]

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลได้รับการถอดความอย่างเป็นคำต่อคำและอ่านทวนหลายรอบเพื่อสร้างความเข้าใจบริบท จากนั้นดำเนินการกำหนดรหัส (coding) ตามประเด็นที่สอดคล้องกับกรอบ PIE Model รวมรหัสที่มีนัยคล้ายคลึงกันเป็นหมวดหมู่ย่อย แล้วสังเคราะห์ขึ้นเป็นธีมหลักด้วยวิธี content analysis เชิงอุปนัย สุดท้ายเชื่อมโยงธีมเหล่านี้กับองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านของ PIE Model เพื่อสรุปข้อค้นพบเชิงลึกและจัดทำแนวปฏิบัติที่เหมาะสมต่อบริบทการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง[13]

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษาหกแห่ง จำนวน 210 คน มีประสบการณ์สอนอีเลิร์นนิงอย่างน้อย 2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 197 คน (93.80%) อายุระหว่างมากกว่า 50–60 ปี 64 คน (30.48%) วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาโท 159 คน (75.71%) มีประสบการณ์สอนอีเลิร์นนิง 6–10 ปี มากที่สุด 81 คน (38.57%) และสาขาการพยาบาลที่พบมากที่สุดคือการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 42 คน (20%)

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงสภาพปัจจุบันของการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงขององค์ประกอบเจ็ดด้าน ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานขององค์ประกอบการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง (n=210)

องค์ประกอบการบริหาร	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
1. การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง	4.38	0.60	มาก
2. เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน	4.42	0.56	มาก
3. การออกแบบรายวิชา	4.39	0.61	มาก
4. อาจารย์	4.26	0.58	มาก
5. นักศึกษา	4.21	0.54	มาก
6. การสอน	4.24	0.67	มาก
7. การประเมินผล	4.45	0.53	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.34	0.58	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าสภาพปัจจุบันการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง องค์ประกอบทั้งเจ็ดด้านมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.34) และมีการกระจายตัวของข้อมูลอยู่ในระดับต่ำ (SD=0.58) แปลผลได้ว่าสถาบันการศึกษาเอกชน มีการปฏิบัติด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงแต่ละองค์ประกอบในระดับมากใกล้เคียงกัน และมีสามองค์ประกอบ คือ อาจารย์ นักศึกษา และการสอน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่ต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ (อาจารย์ $\bar{X}$= 4.26, SD=0.58; นักศึกษา $\bar{X}$= 4.21, SD=0.54; การสอน $\bar{X}$ = 4.24, SD=0.67)

ตอนที่ 2 แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศที่เกิดจากการผสานข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในรูปแบบการบริหารด้วย PIE Model ผ่านการวิเคราะห์สังเคราะห์ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) มี 140 แนวทางการปฏิบัติ ได้แก่ องค์ประกอบ 1 การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง แนวปฏิบัติคือ 1) การบริหารบุคคล 2) การบริหารวิชาการ 3) การบริหารงบประมาณ รวม 23 แนวทาง องค์ประกอบ2 เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน แนวปฏิบัติคือ 1) ความพร้อมต่อการใช้งาน 2) ความยากง่ายในการเข้าถึง และ 3) ความเพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้งาน รวม 20 แนวทาง องค์ประกอบ 3 การออกแบบรายวิชา แนวปฏิบัติคือ 1) การออกแบบรายวิชา 2) การนำรายวิชาไปดำเนินการ รวม 15 แนวทาง องค์ประกอบ 4 อาจารย์ แนวปฏิบัติคือ 1) ความรู้ด้านเนื้อหา 2) ความรู้ด้านเทคโนโลยี และ 3) ความรู้ด้านวิธีการสอน รวม 25 แนวทาง องค์ประกอบ 5 นักศึกษา แนวปฏิบัติคือ 1) การเตรียมนักศึกษา 2) การบริการที่นักศึกษาได้รับ และ 3) การประเมินนักศึกษา รวม 18 แนวทาง องค์ประกอบ 6 การสอน แนวปฏิบัติคือ 1) วิธีการสอน 2) การใช้สื่อการสอน และ 3) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสอน รวม 29 แนวทาง องค์ประกอบ 7 การประเมินผล แนวปฏิบัติคือ 1) ด้านการประเมินรายวิชา และ 2) ด้านการประเมินระบบ รวม 10 แนวทาง รวม 7 องค์ประกอบ มีแนวทางการปฏิบัติทั้งหมด 140 แนวทาง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการนำเทคโนโลยีใช้ในการบริหารทั้งเจ็ดองค์ประกอบจากข้อมูลการสัมภาษณ์ พบรูปแบบการใช้งาน 3 ระดับตามขั้นตอนของ PIE Model ได้แก่ 1) ใช้ทั้งหมด 2) ใช้บางส่วน และ 3) ไม่ใช้ สรุปได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน พบว่า ด้านเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐานมีการใช้เทคโนโลยีทั้งหมด ส่วนองค์ประกอบอื่นใช้บางส่วนร่วมกับวิธีการแบบดั้งเดิม ขั้นตอนที่ 2 การนำไปปฏิบัติ พบว่า หกองค์ประกอบใช้เทคโนโลยีทั้งหมด ยกเว้นด้านอาจารย์ใช้บางส่วนร่วมกับวิธีการแบบดั้งเดิม ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล พบว่า ทั้งเจ็ดองค์ประกอบใช้บางส่วนร่วมกับวิธีการประเมินแบบดั้งเดิม สรุปได้ว่าเทคโนโลยีถูกนำมาใช้ในทุกองค์ประกอบของระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงโดยมีการใช้มากที่สุดในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติขณะที่ขั้นตอนการวางแผนและการประเมินยังคงใช้ร่วมกับวิธีการแบบดั้งเดิม

ตอนที่ 3 ผลการประเมินแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสถาบันการศึกษาเอกชน

ครอบคลุม 7 องค์ประกอบหลัก โดยผู้เชี่ยวชาญเก้า คนประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเป็นประโยชน์[15] ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR ≤ 1.50)[21] ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ในด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเป็นประโยชน์ (n=9)

องค์ประกอบ	ความเหมาะสม		ความเป็นไปได้		ตวามสอดคล้อง		ความเป็นประโยชน์	
	ค่ามัธยฐาน (Median)	(IQR=Q3 -Q1)	ค่ามัธยฐาน (Median)	(IQR=Q3 -Q1)	ค่ามัธยฐาน (Median)	(IQR=Q3 -Q1)	ค่ามัธยฐาน (Median)	(IQR=Q3-Q1)
1. การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง	5.00	0.17	5.00	0.13	5.00	0.00	5.00	0.00
2. เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน	5.00	0.00	5.00	0.26	5.00	0.13	5.00	0.00
3. การออกแบบรายวิชา	5.00	0.70	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00
4. อาจารย์	5.00	0.10	5.00	0.05	5.00	0.05	5.00	0.00
5. นักศึกษา	5.00	0.19	5.00	0.19	5.00	0.26	5.00	0.00
6. การสอน	5.00	0.34	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00
7. การประเมินผล	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00	5.00	0.00

จากตารางที่ 2 การประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้อง และความเป็นประโยชน์โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนลิเคิร์ท 5 ระดับ และการแปลผลใช้ค่ามัธยฐาน เป็นตัวแทนข้อมูล ซึ่งผลในตารางอยู่ในช่วง 4.20-5.00 คะแนน หมายถึง ผลการประเมินทุกด้านมีความสอดคล้องกันในระดับมากที่สุด[17] และมีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ (IQR ≤ 1.50)[17] สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศในการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงผ่านเกณฑ์ทุกข้อของทุกองค์ประกอบ

การอภิปรายผลการวิจัย

สภาพปัจจุบันของการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงตามองค์ประกอบเจ็ดด้านบริหารแบบ PIE Model จากตารางที่ 1 พบว่า ในทุกองค์ประกอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า ประเด็นที่ 1 องค์ประกอบด้านอาจารย์ นักศึกษา และการสอน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่นพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าเล็กน้อยอภิปรายได้ว่าในการจัดการเรียนการสอนของทั้งสามองค์ประกอบมีการใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือ ต้องใช้ความรู้ด้านเทคโนโลยี แต่การเรียนการสอนในปัจจุบันเป็นแบบผสมผสาน[16] มีทั้งการเรียนในชั้นเรียนปกติและการฝึกปฏิบัติที่แหล่งฝึกทำให้อาจารย์และนักศึกษามีนำเทคโนโลยีมาใช้แล้วแต่กรณี[16] ทำให้ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าองค์ประกอบอื่นๆ[10,12] ประเด็นที่ 2 องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยในระดับมากที่มีคะแนนสูงสุด คือการประเมินผล อธิบายได้ว่าเป็นขั้นตอนที่นำเทคโนโลยีมาใช้มาก เนื่องจากใช้ง่าย สะดวก รวดเร็ว[9] แต่ที่ไม่ได้คะแนนเฉลี่ยในระดับมากที่สุด เนื่องจากในขั้นตอนนี้มีการใช้เทคโนโลยีร่วมกับวิธีการประเมินแบบดั้งเดิม เช่น การสังเกตและการสัมภาษณ์ เนื่องจากการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องการประเมินทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่แม่นยำและครอบคลุม[15] ประเด็นที่ 3 ทุกองค์ประกอบมีผลคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก แต่ไม่มีองค์ประกอบใดที่ได้คะแนนเต็ม 5.00 อธิบายได้ว่าในแต่ละองค์ประกอบยังต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาบริบทของสถาบันการศึกษาพยาบาลเอกชนทั้งหกแห่ง ซึ่งแม้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลในระดับสูงสุดห้าปี แต่รูปแบบการจัดการเรียนรู้เน้นการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงในลักษณะเสริม (supplementary) ไม่ใช่รูปแบบหลัก[3] ส่งผลให้การบูรณาการเทคโนโลยีไม่เต็มรูปแบบและเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละองค์ประกอบไม่ถึงระดับสูงสุด[11]

ในการวิจัยนี้การสร้างแนวปฏิบัติสู่ความเป็นเลิศด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ได้มาจากการผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่รวบรวมได้ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศมีทั้งหมดเจ็ดองค์ประกอบคือองค์ประกอบ1การบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง มีแนวปฏิบัติสามด้านคือ 1) บริหารวิชาการ ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และดำเนินการเชิงรุก คณะและมหาวิทยาลัยมีนโยบายสอดคล้องกัน ใช้รูปแบบบริหาร

PIE Model[10] 2) บริหารบุคคล จัดทำแผนการพัฒนาอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนเน้นสร้างสมรรถนะด้านเทคโนโลยี[10] 3) บริหารงบประมาณการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย[2] ร่วมกับการบริหารของคณะ องค์ประกอบ[2] เทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐาน มีแนวปฏิบัติสามด้าน คือ 1) ความพร้อมต่อการใช้งาน จัดเตรียมระบบการเรียนรู้ แหล่งสืบค้นข้อมูล อุปกรณ์และเทคโนโลยีและสัญญาณอินเตอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่สรุปถึงความพร้อมของระบบ ความเสถียรของสัญญาณอินเตอร์เน็ตและการเข้าถึงระบบที่เท่าเทียมกัน[4] 2) ความยากง่ายในการเข้าถึงการเตรียมแพลตฟอร์มการเรียนรู้ และปฐมนิเทศให้ความรู้ในด้านการใช้ระบบ แพลตฟอร์มต่างๆ และเตรียมทีมสนับสนุน[4] 3) ความเพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้งาน มีอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง มีความเสถียร มีอุปกรณ์โครงสร้างพื้นฐานในอัตราส่วนที่เพียงพอ[10] องค์ประกอบ 3 การออกแบบรายวิชา มีแนวปฏิบัติสองด้าน คือ 1) การออกแบบรายวิชา มีเนื้อหาครอบคลุมทันสมัย มีกระบวนการเรียนรู้ วิธีการสอน สื่อการสอน และวิธีการประเมินผลเหมาะสม[2,10] มอบหมายงานผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อพัฒนาทักษะเชิงปฏิบัติ[10] 2)การนำรายวิชาไปดำเนินการ ทำตามที่ออกแบบไว้และสร้างสภาพแวดล้อมดิจิทัลให้นักศึกษาเข้าถึงอย่างเท่าเทียม[10] องค์ประกอบ 4 อาจารย์ มีแนวปฏิบัติสามด้าน คือ 1) ความรู้ด้านเนื้อหา คัดเลือกอาจารย์ตามความรู้ที่ตรงสาขาเพื่อถ่ายทอดเนื้อหาที่ทันสมัยและฝึกทักษะการปฏิบัติได้[4] 2) ความรู้ด้านเทคโนโลยี พัฒนาอาจารย์ด้านเทคโนโลยีให้มีทักษะในการใช้เครื่องมือและแพลตฟอร์มดิจิทัลทันต่อการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี[4] 3) ความรู้ด้านวิธีการสอน สร้างทีมนำในด้านการสอนที่ใช้เทคโนโลยี แต่งตั้งผู้ที่รับผิดชอบงานโดยตรงส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมดิจิทัล[4,24] องค์ประกอบ[5] นักศึกษา มีแนวปฏิบัติสามด้าน คือ 1) การเตรียมนักศึกษา ปฐมนิเทศทุกครั้ง สอนให้รู้จักวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ก่อนจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง[19] 2)การบริการที่นักศึกษาได้รับ ให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการ การใช้เทคโนโลยี การใช้แพลตฟอร์มต่างๆ[2] 3)การประเมินนักศึกษา ประเมินระหว่างเรียน หลังเรียนและเมื่อจบรายวิชา โดยใช้การประเมินที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ[14] องค์ประกอบ 6 การสอน มีแนวปฏิบติสามด้าน คือ 1) วิธีการสอน สอนแบบเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน กระตุ้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ฝึกวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง[14] 2) การใช้สื่อการสอน สื่อการสอนที่มีเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้อง มอบหมายงานบนแพลตฟอร์มดิจิทัล เน้นการใช้สื่อทางเทคโนโลยีที่หลากหลาย[18] 3) การปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสอนกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ผ่านทางดิจิทัล ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ ผ่านทางดิจิทัล[4,18] องค์ประกอบ[7] การประเมินผล มีแนวปฏิบัติสองด้านคือ 1) ประเมินรายวิชา เพื่อการปรับปรุงรายวิชา โดยใช้วิธีประเมินที่หลากหลายครอบคลุมแต่ละช่วงเวลาของ การเรียน[2,18] 2) ประเมินระบบการจัดการเรียนการสอน ประเมินระบบหรือแพลตฟอร์มและความพึงพอใจต่อระบบ[14] ทั้งเจ็ดองค์ประกอบ นำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงตามความต้องการการใช้งาน บริหารตามขั้นตอนของ PIE Model ในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทุกองค์ประกอบ ส่วนขั้นตอนการวางแผนและการประเมินผล ยังเน้นการใช้เทคโนโลยีร่วมกับเครื่องมือหรือวิธีการแบบดั้งเดิม[16,17]

ในการตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติด้านการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงที่สร้างขึ้น ผู้เชี่ยวชาญที่ให้การรับรองมีเก้าคน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการศึกษาสามคน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการจัดการสอนอีเลิร์นนิงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามคน และผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนอีเลิร์นนิงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามคน ประเมินคุณภาพในสี่ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสม[15] ประเมินจากความถูกต้องของภาษา เนื้อหาที่ชัดเจน และความครอบคลุมในขั้นตอนการปฏิบัติ ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ แสดงว่าแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีความครบถ้วนและครอบคลุมตามบริบทของสถาบันพยาบาลเอกชน ที่อยู่ภายใต้กรอบมาตรฐานของสภาการพยาบาล[12,14] 2) ความเป็นไปได้[12] ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ สะท้อนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นด้วยว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้จริง[15] 3)ความสอดคล้อง[12] ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ผ่านเกณฑ์ทุกข้อสะท้อนแนวปฏิบัติเป็นไปตามข้อกำหนดสภาการพยาบาล[16] และนโยบายของกระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมที่ก้าวสู่มหาวิทยาลัยดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ใช้วิธีวิจัยแบบ Delphi study มีผู้เชี่ยวชาญ 14 คน ประเมินจำนวนสามรอบ ได้หกมาตรฐาน มีทั้งหมด 140 แนวปฏิบัติ[7] 4) ด้านความเป็นประโยชน์[12] ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าพิสัยระหว่าง ควอร์ไทล์ ผ่านเกณฑ์

ทุกข้อ ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่าแนวปฏิบัตินี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[15] การบริหารจัดการหลักสูตร[7] และใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อๆ ไป[15,16,21]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

สถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการบริหารระบบการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงด้วยองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน และบริหารแบบ PIE Model ไปดำเนินการโดยบูรณาการเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ของสถาบัน รวมถึงกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก เพื่อให้การดำเนินงานเป็นระบบและปรับปรุงพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยในครั้งต่อไป

สถาบันการศึกษาควรดำเนินการวิจัยที่มุ่งเน้นการยกระดับสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลของอาจารย์พยาบาลโดยบูรณาการการพัฒนาศักยภาพดังกล่าวเข้ากับแผนพัฒนาบุคลากรของสถาบันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ควบคู่กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากอาจารย์พยาบาลทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการจัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง ตลอดจนเป็นผู้นำการเปลี่ยนผ่านของสถานศึกษาในยุคดิจิทัล

References

1. Preechakoon B, Molek R, Chuwongin D, Gongmuang P, & Sombutboon M. Nursing in data technology era. The Journal of Chulabhorn Royal Academy.2020; 3(1): 19-39. (in Thai).
2. Tsang JTY, So MKP, Chong ACY, Lam BSY, & Chu AMY. Higher education during the pandemic: the predictive factors of learning effectiveness in COVID-19 online learning. Education Sciences. 2021;11(8): 1-15.
3. Saiz-Manzanares MC, Escolar-Llamazares MC, & González AA. Effectiveness of blended learning in nursing education. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020; 17(5): 1-15.
4. Roddy C, Amiet DL, Chung J, Holt C, Shaw L, McKenzie S, et al. Applying best practice online learning, teaching, and support to intensive online environments: an integrative review. Frontiers in Education. 2017; 2(59): 1-10.
5. Cantamessa P. Nurse faculty knowledge of best practices in online pedagogy. Journal for Leadership and Instruction. 2018; 17(1): 8-12.
6. Mulu MM, & Nyoni CN. Standards for evaluating the quality of undergraduate nursing e-learning program in low- and middle-income countries: a modified delphi study. BioMed Central Nursing. 2023; 22(73): 1-12.
7. Almasi S, Cheraghi F, Dehghani M, Ehsani S, Khalili A, & Alimohammadi N. Effects of problem, intervention, evaluation (PIE) training on the quality of nursing documentation among students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Strides in Development of Medical Education. 2019; 15(1): 1-6.
8. Lunenburg FC, & Ornstein AO. Educational administration: concepts and practices. 7th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2020.
9. Creswell JW. Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. 4thed. London: Pearson; 2012.
10. Wasfy NF, Abouzeid E, Abdel Nasser A, Ahmed SA, Youssry I, Hegazy NN, et al. A guide for evaluation of online learning in medical education: a qualitative reflective analysis. BioMed Central Medical Education. 2021; 21(1): 1–14.
11. Authement RS, & Dormire SL. Introduction to the online nursing education best practices guide. SAGE Open Nursing. 2020; 25(6): 1-6.

12. Olasina G. Factors of best practices of e-learning among undergraduate students. Knowledge Management and E-Learning. 2018; 10(3): 265–89.
13. Suwathanpornkul I. Educational Research: Concepts and Applications. 2nd ed. Bangkok: Chula University Press; 2019. (in Thai).
14. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications Inc.; 2014.
15. Guskey TR. Evaluation professional development. Thousand Oaks (CA): Corwin Press; 2000.
16. Obmerga FS. Best practices of e-learning in nursing education: a systematic literature review. International Journal of Research and Scientific Innovation. 2024; 11(3): 403–17.
17. Jiraro P. An analysis of the median and inter-quartile range from a rating scale by assigning weights and without assigning weights to members of the same score. Journal of Education Burapha University. 2021; 32(1): 1-13.
18. Authement RS, & Dormire SL. Introduction to the online nursing education best practices guide. SAGE Open Nursing. 2020; 25(6): 1-6.
19. Siritarungsri B. The management of online learning and teaching: towards the professional standards framework for teaching and supporting learning in higher education. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2021; 20(3): 1–17. (in Thai).
20. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competencies of registered nurses. Bangkok: Siriyoad Publishing; 2018. (in Thai).
21. Charoenwong Z, Keskomon T, & Tamsat A. Virtual classroom in teaching and learning for nursing students in digital age. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(2): 120–8. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจ ของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

The Effects of a Stress Management Program on the Psychological Well – Being of Patients with Hemodialysis

วราภรณ์ ภูคา*[1] ชมพูนุท สิงห์มณี[1] พัชราภรณ์ ธนะวัง[2]

Waraporn Phuca*[1] Chomphunut Singmanee[1] Patcharaporn Thanawang[2]

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ นนทบุรี ประเทศไทย 11120

[1]School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Nonthaburi, Thailand 11120

[2]โรงพยาบาลทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10400

[2]Veterans General Hospital, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลทหารผ่านศึก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ และแบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจ โดยใช้สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($f=5.45$, $p < .05$) และผลการเปรียบเทียบพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, โปรแกรมการจัดการความเครียด, และสุขภาวะทางจิตใจ

Abstract

This study was a quasi-experimental research using the pretest-posttest control group design. The sample comprised of 60 patients who were treat with hemodialysis at the unit in Veterans General Hospital. The sample was divided into experimental and control group by using simple random sampling. The experimental group received Stress Management Program, whereas, the control group received usual care. The research instruments consisted of demographic questionnaire, Ryff' Scale of Psychological Well-Being (SPWB),and Suanprung Stress Test (SPST-20). Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage and comparing mean score of psychological well-being using t-test

Corresponding author: *Email: numwan_joy@hotmail.com

วันที่รับ (Received) 5 ก.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 พ.ย. 2568 วันที่ตอบรับ(Accept) 16 พ.ย. 2568

Result from Repeated ANOVA revealed that at the post - test and 2 week follow - up , the mean score of the psychological well-being of patients with hemodialysis in the experimental group was statistically significant higher than that of the control group at the 0.05 level (f=5.45, p < .05). In addition, results from t-test revealed mean score of psychological well-being of the experimental group at was statistically significant higher than those before receiving the program at .05

Keywords: hemodialysis, Psychological well-being, and Stress management

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และที่สำคัญการดำเนินของโรคจะนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตและการปลูกถ่ายไต ในปัจจุบันประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง และเสียชีวิตมากกว่า 1.4 ล้านคนในแต่ละปี[1] พบว่า โรคไตเรื้อรังอยู่ในอันดับที่ 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.7 ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตประมาณ 11.6 ล้านคน[2] กระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นกระบวนการนำเลือดผู้ป่วยที่มีของเสียคั่ง น้ำและเกลือแร่ผิดปกติเข้าสู่ตัวกรองไตเทียม ผ่านกระบวนการโดยอาศัยหลักการแพร่ (Diffusion) และการนำ (convection) เพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินปรับสมดุลของเกลือแร่ในเลือดแล้วนำกลับเข้าสู่ร่างกายด้วยเครื่องไตเทียมนานครั้งละ 4-5 ชั่วโมง และต้องทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง กระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้านต่อ ร่างกาย ครอบครัวสังคมเศรษฐกิจและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย 3 จากการศึกษาสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 97[4] ความวิตกกังวลร้อยละ 49 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 55[5] รวมไปถึงการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการศึกษาในประเทศไต้หวันพบอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 76.3 คน ต่อผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 100,000 คนต่อปี[6]

จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเครียดระดับรุนแรง ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงอาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้[7] อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยไตวายส่วนหนึ่งที่สามารถดำรงชีวิตอยู่กับสภาวะของโรคและการรักษาอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Well-Being) โดยมีผลงานวิจัยในปัจจุบันที่ให้ผลเด่นชัดว่าสุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ[8] และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต[9] ทำให้มีนักวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความวิตกกังวลลดลง และมีสุขภาวะทางจิตใจมากขึ้น (Psychological Well-Being)[10] ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและพบว่า ผู้ป่วยที่มีกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาแบบการมุ่งเน้นอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม[11] จากผลงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสุขภาวะทางจิตใจมีความสำคัญต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

สุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well - being) หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการกับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและความสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่ที่ดี ซึ่งความผาสุกทางใจตามแนวคิดของริฟฟ์[12] เป็นความรู้สึกทางบวกของสุขภาพจิต (Positive mental health) และแบ่งออกเป็น 6 มิติ ซึ่งแต่ละมิติมีความคาบเกี่ยวกัน ได้แก่ 1) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) 3) การมีความงอกงามในตน (Personal Growth) 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive Relationship with others) 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ (Environmental Mastery) และ

6) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) ถ้าหากผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจะส่งผลทำให้มีความเครียดลดลง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาวิธีการที่จะช่วยลดความเครียดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีหลายวิธีด้วยกัน และจากการศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่า มีความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวิธีการจัดการความเครียดที่ใช้มากที่สุด คือ คือ การเบี่ยงเบนความสนใจ และนอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อน (social support) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ความเครียดลดลง[13]

ดังจะเห็นได้จากศึกษาที่ผ่านมานั้นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรจะต้องมีความรู้[14] ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ที่จะทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด ซึ่งโปรแกรมครั้งนี้ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน[15] ที่เน้นการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ 2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ 3. การประเมินซ้ำ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและตระหนักถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้นๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์[16] ในส่วนของประเทศไทยยังไม่มีโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้มีเพียงการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนประถมศึกษา[17] ซึ่งโปรแกรมจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประกอบด้วย กิจกรรม 7 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ (post - test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเนื่องจากความเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจและยังไม่มีการพัฒนาการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดฯมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดฯของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อว่าหากผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมแล้ว จะส่งผลให้สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการปกติ และ กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์

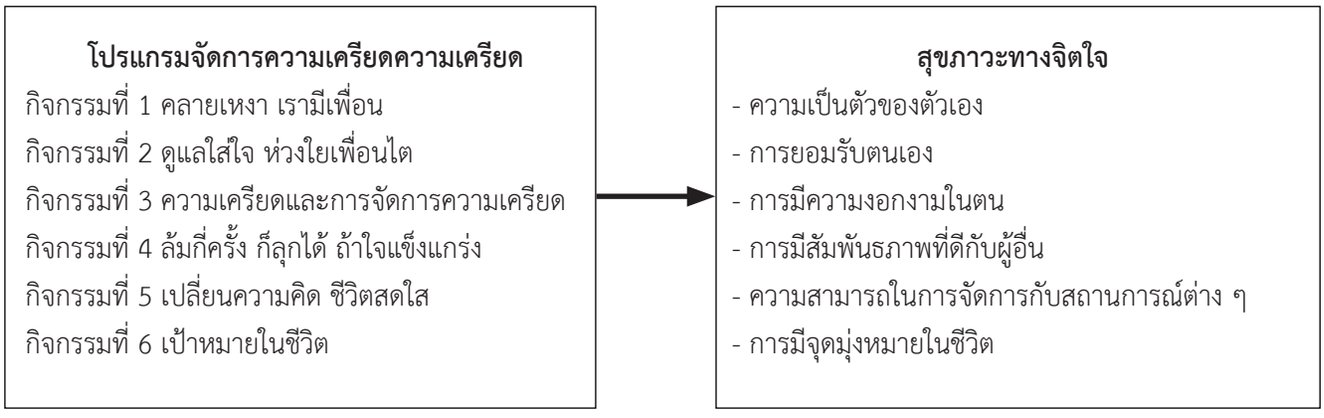
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ทั้งในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ทั้งในระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กรอบในคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (pre test-post test control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power[18] ใช้สถิติ t-test กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .08 กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟาเท่ากับ .05 กำหนดอิทธิพลขนาดปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ .15[19] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม คือ 1) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ 3) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีคะแนนจากแบบวัดความเครียด ≥24-61 (ระดับความเครียดปานกลางถึงระดับความเครียดสูง) เกณฑ์ในการคัดออก 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นต้น 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังรุนแรง เช่น โรคมะเร็งทุกชนิดทุกระยะ โรคติดเชื้อ และโรคระบบทางเดินหายใจที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ เช่น หัวใจล้มเหลว วัณโรค และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม และยาที่ใช้เป็นประจำ เป็นต้น

1.2 แบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ (1995) Scales of Psychological Well-Being (SPWB) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ข้อคำถามมี 18 14 แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลย้อนกลับ (back-translation) เป็นภาษาไทย20

1.3 แบบวัดความเครียด สวนปรุง ข้อคำถามมี 20 ข้อ ใช้แบบวัดความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST - 20) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณะสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้วิจัยใช้แนวคิดและการจัดการความเครียด[14] มาพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 7 กิจกรรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินทั้ง 3 แบบ นี้จะผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน

สุขภาพจิตและจิตเวชและผู้เชี่ยวชาญไตเทียมรวม 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) มากกว่า .80 หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient จำแนกรายละเอียดได้ดังนี้แบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจเท่ากับ .79 และแบบวัดความเครียด สวนปรุง กรมสุขภาพจิตเท่ากับ .94

เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้เชี่ยวชาญไตเทียมรวม 3 ท่าน สำหรับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษาความยากง่าย จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมและทดสอบความเป็นไปได้ใน การดำเนินงานตามโปรแกรม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 คนก่อนนำไปใช้จริง จึงจะนำไปใช้กับผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ หมายเลขใบรับรอง PIM-REC 043/2566 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมเท่านั้น โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดำเนินการตามรายละเอียดของโปรแกรม 7 กิจกรรม ใช้เวลา 45-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 คลายเหงา เรามีเพื่อน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันให้เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่ได้รับ ลักษณะการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ดูแลใส่ใจ ห่วงใยเพื่อนไต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และ อาหารและวิธีการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง

กิจกรรมที่ 3 ความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยเทคนิคการฝึกลมหายใจ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้การจัดการความเครียดและสอนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการฝึกลมหายใจ

กิจกรรมที่ 4 ล้มกี่ครั้ง ก็ลุกได้ ถ้าใจแข็งแกร่ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจและเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับความแข็งแกร่งทางจิตใจให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความแข็งแกร่งทางจิตใจ ซึ่งเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญและยืนหยัดต่อสู้กับสถาณการณ์ที่วิกฤติของชีวิตได้ โดยอาศัยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญคือ "I have" "I am" และ "I can"

กิจกรรมที่ 5 เปลี่ยนความคิด ชีวิตสดใส เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับมุมมองความคิดเชิงบวก โดยการมองสถานการณ์ที่คับขันให้เป็นโอกาส มองสถานการณ์นั้นให้เป็นความท้าทายและเป็นการพัฒนาตนเอง เกิดเป็นอารมณ์ทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ศักยภาพและทักษะได้อย่างเต็มที่อีกครั้ง ซึ่งจะทำให้เกิดการผ่อนคลาย สร้างความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ความเครียดลดลง

กิจกรรมที่ 6 เป้าหมายในชีวิต เพื่อเสริมสร้างเป้าหมายในชีวิตให้ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเขียนเป้าหมายของชีวิตในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการวางแผนเพื่อหาวิธีการพัฒนาชีวิตให้ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยการตั้งความหวังและการมีเป้าหมายของชีวิตเพิ่มความมุ่งมั่นและแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยมีทิศทางในการดำเนินชีวิตในการรักษา ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุข

กิจกรรมที่ 7 สรุป ประเมินผลและปิดกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม และสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการ

ทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ติดตามผลหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (t – test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มทดลอง (n=30 คน) เพศชาย จำนวน 23 ราย คิดเป็น ร้อยละ 76.70 เพศหญิงจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.30 มีอายุระหว่าง 31-89 ปี (mean = 65.6 , SD = 11.21) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.00 การศึกษาส่วนใหญ่จบประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการเกษียณอายุ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.00 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่รายได้อยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.30 ความพึงพอใจต่อรายได้ส่วนใหญ่พึงพอใจปานกลาง จำนวน 15 คน คิดเป็นนร้อยละ 50 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วมส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 54.70 ยาที่ฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดที่ใช้เป็นประจำส่วนใหญ่คือ Recormon 5000 unite จำนวน 17 คิดเป็นร้อยละ 48.60 ในกลุ่มควบคุม (n=30 คน) เพศชายจำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 36.7 เพศหญิงจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุระหว่าง 41-91 ปี (mean = 61.9, SD = 11.52) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.70 รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.30 ความพึงพอใจของรายได้กับรายจ่ายส่วนใหญ่พึงพอใจปานกลาง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 โรคประจำตัวอื่นๆที่พบร่วมส่วนใหญ่ คือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 ยาที่ฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดที่ใช้เป็นประจำส่วนใหญ่คือ Recormon 5000 unite จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 48.40

ตาราง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=30)

ระยะการทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		2 สัปดาห์		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มทดลอง	64.10	1.61	72.43	1.26	71.70	1.44	.05
กลุ่มควบคุม	62.13	1.51	64.06	1.30	69.20	1.45	
f	5.45						
p-value	.05						

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม (mean =72.43, SD = 1.26) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 64.06, SD = 1.30) อย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ (mean = 71.70, SD = 1.44) สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ (mean = 69.20, SD = 1.45) อย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด และค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไต

เทียมของกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ทั้งในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาสามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตใจสูงขึ้น ด้วยงานวิจัยฉบับนี้มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาหารและวิธีการรับประทานยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก รวมทั้งมีทักษะและวิธีจัดการความเครียดเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเครียดลดลง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจมองโลกในแง่ดี รวมทั้งมีทัศนคติที่ดี อันจะส่งผลให้สุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพิ่มขึ้น โดยพบได้จากหลังจบ 7 กิจกรรมของโปรแกรมการจัดการความเครียดฯ ผู้ป่วยมีการแสดงความคิดเห็นและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีการพัฒนาหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ คือ จิตใจดีขึ้น สบายใจขึ้นบรรยากาศดี อบอุ่นได้ระบายความรู้สึกได้ข้อคิด การมองโลกในแง่ดีได้รับกำลังใจที่ดีจากเพื่อนผู้ป่วย มีพลังใจต่อไป มีความสงสารเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยโรคเดียวกัน สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตตนเองได้ มีความรู้ในการดูแลตนเองและได้รับการแบ่งปันประสบการณ์จากเพื่อนๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมความเครียดมีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน[19] ในขณะที่กลุ่มควบคุม ซึ่งมีการดูแลปกติ ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่านั้น สอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ 2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ 3. การประเมินซ้ำ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและตระหนักถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้นๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์[17] และสอดคล้องกับแนวคิดที่ให้ความหมายว่าสุขภาวะทางจิตใจเป็นการมีสภาวะทางบวกในด้านต่างๆ ของชีวิต เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของการบ่งบอกว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ปราศจากปัญหาทางสุขภาพจิตและพฤติกรรม มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ ที่ทำหน้าที่ของจิต 6 มิติ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง การยอมรับตนเอง การมีความงอกงามในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต[14] และยังสอดคล้องกับสุขภาวะทางจิตใจคือ เป็นการที่มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถควบคุมตนเองได้ เปี่ยมด้วยชีวิตชีวา มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความกังวลหรือความซึมเศร้าน้อย[21]

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียด มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมการจัดการความเครียดเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และมีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวังมีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองและมีเป้าหมายในชีวิตรวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลที่จะนำโปรแกรมการจัดการความเครียดในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจไปใช้จึงควรมีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและมีทักษะในการจัดการความเครียดหลายรูปแบบ เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปีเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการคำเนินชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด

ต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อื่นๆ เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคเบาหวาน โรงมะเร็ง เป็นต้น เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากการที่ต้องเผชิญอยู่กับความเจ็บป่วยผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเช่นกัน โดยปรับกิจกรรมเรื่องโรคให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

References

1. Wichitsunthornkul K. Chronic kidney disease: situation and prevention guidelines. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022. (In Thai)
2. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney International Supplements. 2022; 12(1):7–11.
3. Iam-ong S. Study on the impact of chronic kidney disease in Thailand. Bangkok: Sukhaparp Publishing; 2013. (In Thai)
4. Shinde M ,& Mane SP. Stressors and the coping strategies among patients undergoing hemodialysis. International Journal of Science and Research. 2014; 3(2):266–76.
5. Najafi A, Keihani S, Bagheri N, Ghanbari Jolfaei A & Mazaheri Meybodi A. Association between anxiety and depression with dialysis adequacy in patients on maintenance hemodialysis .Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2016; 10(2):1–7.
6. Chen IM, Lin PH, Wu VC, Wu CS, Shan JC, & Chang SS. Suicide deaths among patients with end-stage renal disease receiving dialysis: a population-based retrospective cohort study of 64,000 patients in Taiwan. Journal of Affective Disorders. 2018; 227(1):7–10.
7. Davaridolatabadi ED, & Abdeyazdan G. The relation between perceived social support and anxiety in patients under hemodialysis. Electron Physician. 2016; 8(3):2144–9.
8. Alradaydeh MF, & Khalil AA. The association of spiritual well-being and depression among patients receiving hemodialysis. Perspective in Psychiatric Care. 2018; 54(3):341–7.
9. Pilger C, Pereira dos Santos RO, Henrique Lentsck M, Marques S, & Kusumota L. Spiritual well-being and quality of life of older adults in hemodialysis. Revista Brasileira Enfermagem. 2017; 70(4):689–96.
10. Neuen BL, Chadban SJ, Demaio AR, Johnson DW, & Perkovic V. Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. BMJ Global Health. 2017; 2(2):1–4.
11. Zamanian H, Poorolajal J, &Taheri-Kharameh Z. Relationship between stress coping strategies, psychological distress, and quality of life among hemodialysis patients. Perspectives in Psychiatric Care. 2018; 54(3):410–5.
12. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989; 57(6):1069–81.
13. Phuca W, Wongsirimas N, & Thanoi W. Factors affecting mental health in patients undergoing hemodialysis. Nursing Science Journal of Thailand. 2020; 38(1):73–8. (In Thai)
14. Varitsakul R. Data management in healthcare delivery for chronic kidney disease patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(1):6–14. (In Thai)
15. Lazarus RS, & Folkman S. Coping and adaptation. In: Gentry WD, editor. The handbook of behavioral medicine. New York: Guilford Press. 1984.

16. Pumpuang W, Keasornsamut P, Petasuwan S, Tavorn T, Thanoi W, Pimroon S, et al Promoting mental well-being and preventing mental health problems in elementary schools: perspectives and needs of students, teachers, and school administrators. The Journal of Mental Health of Thailand. 2022; 30(1):45–58. (In Thai)
17. Sudsakorn J, Wongsirimas N,& Thanoi W. Effectiveness of a stress management program on mental well-being of caregivers of community-based schizophrenia patients. Journal Psychiatric Nurse Mental Health. 2020; 34(3):62–76. (In Thai)
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, & Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 2009;41(4): 1149–60.
19. Polit DF,& Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
20. Klainin-Yobas P, Thanoi W, Vongsirimas N, & Lau Y. Evaluating the English and Thai-versions of the Psychological Well-Being Scale across four samples.Psychology. 2020;11(1):71–86.
21. Dupuy H. The general well-being schedule. In: McDowell I, Newell C, editors. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. New York: Oxford University Press; 1977.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preterm Labor Receiving Tocolytic Therapy in the Labor Unit, Nakhon Phanom Hospital

ภัทรพร ทองสิงห์[1] สุปราณี สิทธิกานต์*[2] มณีรัตน์ เพิ่มชาติ[1]
Phattaraporn Thongsing[1] Supranee Sittikan*[2] Maneerat Permchat[1]
[1]โรงพยาบาลนครพนม นครพนม ประเทศไทย 48000
[1]Nakhon Phanom Hospital, Nakhon Phanom, Thailand 48000
[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ประเทศไทย 48000
[2]Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Thailand 48000

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับสตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติจากการสังเคราะห์งานวิจัย 7 เรื่อง ตามเกณฑ์ JBI และ 2) ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ 12 ราย และหญิงตั้งครรภ์ 30 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติฯ ที่บูรณาการกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และแบบประเมินผล 5 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การปฏิบัติกิจกรรม3) คุณภาพแนวปฏิบัติ 4) ความพึงพอใจ และ 5) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (CVI = 0.93) และมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในระยะแรกรับและระยะวิกฤตได้ครอบคลุมกว่าร้อยละ 93.33 ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา และร้อยละ 83.33 สามารถยืดระยะเวลาการคลอดได้ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง นอกจากนี้ พยาบาลร้อยละ 100 ประเมินว่าแนวปฏิบัติมีคุณค่าระดับดีมาก สรุปได้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เหมาะสมและควรนำไปใช้ในหน่วยห้องคลอดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, หญิงตั้งครรภ์, เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ยายับยั้งการเจ็บครรภ์

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate the effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) for pregnant women with preterm labor receiving tocolytic therapy at the Labor Unit, Nakhon Phanom Hospital.The study was conducted in two phases: 1) development of the guidelines

Corresponding Author:* supraneetox@gmail.com

วันที่รับ (Received) 2 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มี.ค. 2569

through the synthesis of seven research studies based on JBI criteria, and 2) pilot implementation with a purposively selected sample of 12 professional nurses and 30 pregnant women. The research instruments consisted of the CNPG, integrated with nursing process, and a five-part evaluation tool comprising: 1) general information, 2) nursing activity adherence, 3) quality of the guidelines, 4) user satisfaction, and 5) feasibility of implementation. The instruments were validated by three experts (CVI = 0.93) with a reliability coefficient (KR-20) of 0.75. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that professional nurses achieved a high adherence rate of over 93.33% during the initial and critical phases. Regarding clinical outcomes, none of the pregnant women experienced tocolytic related complications, and 83.33% successfully delayed labor for at least 48 hours. Furthermore, 100% of the nurses rated the guidelines as high quality and beneficial. The developed nursing practice guidelines are appropriate and should be implemented in labor units to enhance the quality of care for pregnant women with preterm labor receiving tocolytic therapy.

Keywords : clinical nursing practice guideline,pregnant woman,preterm labor, tocolytics therapy

บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่องานอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในทารกแรกเกิด[1] โดยทั่วไปพบว่าร้อยละ 25 ของการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ในขณะที่ร้อยละ 75 เป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเอง[2] ซึ่งมักสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงทางระบาดวิทยา อาทิ การติดเชื้อ ความผิดปกติของมดลูก ความเครียด และประวัติการคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม กว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้[3,4] ส่งผลให้มาตรการป้องกันในปัจจุบันยังไม่สามารถครอบคลุมทุกปัจจัยเสี่ยงและยังคงเป็นความท้าทายในการปฏิบัติงาน[5] สำหรับบริบทงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป พบสถิติอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2561–2563 อยู่ที่ร้อยละ 8.48, 7.72 และ 7.62 ตามลำดับ โดยข้อมูลล่าสุดปี 2563 พบว่าสาเหตุหลักมาจากอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 54.58 รองลงมาคือภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด (PPROM) ร้อยละ 26.22 ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ร้อยละ 14.69 และภาวะทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน ร้อยละ 7.69 ส่งผลให้ทารกเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว เลือดออกในโพรงสมอง และลำไส้เน่าอักเสบ ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงและกระทบต่อคุณภาพชีวิตครอบครัวในระยะยาว ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการรับไว้รักษาในห้องคลอดถือเป็นมาตรการสำคัญที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบริหารยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกและชะลอการคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ซึ่งจำเป็นต้องยืดอายุครรภ์ออกไปอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อให้ยาสเตียรอยด์ออกฤทธิ์กระตุ้นความสมบูรณ์ของปอดทารก[2,6] แนวทางการดูแลนี้จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพจากภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง และลำไส้เน่าอักเสบ นอกจากนี้ การยับยั้งการคลอดที่มีประสิทธิภาพยังช่วยเพิ่มโอกาสในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือเพื่อให้การรักษาสาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ทันท่วงที

แนวทางการดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระดับสากลมุ่งเน้นการใช้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูก (Tocolytic agents) เพื่อชะลอการคลอดให้ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)[2] และ World Association of Perinatal Medicine (WAPM)[6] ที่ระบุว่าช่วงเวลาดังกล่าวมีความสำคัญสูงสุดในการบริหารยาเพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของทารกในครรภ์และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด สำหรับบริบทของโรงพยาบาลนครพนมและสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย นิยมใช้ยา Nifedipine และ Terbutaline เป็นลำดับแรกเนื่องจากประสิทธิภาพและความสะดวกในการเข้าถึงยา อย่างไรก็ตาม การบริหารยาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด เช่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตต่ำในมารดา รวมถึงความผิดปกติของเสียงหัวใจทารก ซึ่งต้องอาศัย

การตัดสินใจทางคลินิกที่แม่นยำของพยาบาลวิชาชีพ

ทักษะการตัดสินใจที่แม่นยำจำเป็นต้องมีเครื่องมือสนับสนุนที่ชัดเจน แม้ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม จะมีการดูแลตามมาตรฐานสากล แต่สถิติการคลอดก่อนกำหนดที่ยังคงปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่อง เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนว่าระบบการเฝ้าระวังเดิมจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (CNPG) ที่บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการยืดอายุครรภ์ให้ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกบนพื้นฐานของข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงรุนแรงจากการใช้ยายับยั้งการคลอดที่ส่งเสริมความปลอดภัยให้แก่ทั้งมารดาและทารกได้อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Joanna Briggs Institute (JBI)[8] เพื่อเชื่อมโยงการสังเคราะห์องค์ความรู้สู่การปฏิบัติ โดยการสืบค้นและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบด้วยกลยุทธ์ PICO[9] จัดทำข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนครพนม ก่อนนำร่างแนวปฏิบัติไปประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือ AGREE II[10] ข้อแนะนำที่ผ่านการตรวจสอบจะถูกบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อเป็นโครงสร้างหลักในการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม โดยประเมินผลลัพธ์ใน 2 มิติ คือ ด้านผู้ใช้ได้แก่ความเป็นไปได้และความพึงพอใจ และ ด้านผู้ป่วยได้แก่อัตราความสำเร็จ ในการยืดอายุครรภ์อย่างน้อย 48 ชั่วโมง และความปลอดภัยจากยาเพื่อเป็นตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลพคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานประจำ ณ หน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องคลอดไม่น้อยกว่า 3 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 คน 2. กลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม กำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตามหลักการวิจัยนำร่องซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมในการประเมินสัมฤทธิผลและความปลอดภัยเบื้องต้น[11] เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ระหว่าง 24 ถึง 34 สัปดาห์ 3) ได้รับยายับยั้งการคลอด 4) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือยาที่มีผลกระทบต่อการหดรัดตัวของมดลูกและการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด เกณฑ์การคัดออก คือ มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ทันทีเพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก เช่น ภาวะรกรอกตัวก่อนกำหนด หรือทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการพยาบาลเพื่อยืดอายุครรภ์ตามแนวปฏิบัติได้

การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอน[8] ดังนี้ 1)กำหนดประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับยายับยั้งการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม 2) การจัดตั้งทีมพัฒนาคัดเลือกทีมพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 5 คน (รวมผู้วิจัย) โดยมีสูติแพทย์และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและการพยาบาลมารดาทารกเป็นที่ปรึกษา 3) การกำหนดเป้าหมายแนวปฏิบัติฯ เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องคลอด 4) การกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกคือการยืดระยะเวลา

การคลอดออกไปให้ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อประสิทธิภาพของยาสเตียรอยด์ในการกระตุ้นปอดทารก ลดความเสี่ยงการเสียชีวิตและทุพพลภาพของทารกแรกเกิด 5) การสืบค้นและประเมินหลักฐาน ใช้กลยุทธ์ PICO9 ในการสืบค้นและใช้เกณฑ์ JBI8 ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการสืบค้นงานวิจัย 28 เรื่อง พบงานที่สอดคล้องโดยตรง 7 เรื่อง (เชิงเปรียบเทียบ 2 เรื่อง, กึ่งทดลอง 1 เรื่อง, เชิงพัฒนา 1 เรื่อง และเชิงพรรณนา 3 เรื่อง) 6) ร่างแนวปฏิบัติโดยนำหลักฐานที่สังเคราะห์ได้เสนอต่อทีมพัฒนาเพื่อพิจารณาเลือกข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลและจัดทำเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ระยะที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้และสัมฤทธิ์ผลของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 12 คน และหญิงตั้งครรภ์ 30 ราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงตุลาคม 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยด้วย สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์พยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพและคุณค่าของแนวปฏิบัติด้วยเครื่องมือ AGREE II ยืนยันความสมบูรณ์ของเนื้อหาก่อนนำไปทดลองใช้จริง 2) การทดลองใช้และประเมินความเป็นไปได้ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ 30 ราย จากนั้นประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและความพึงพอใจ รวมถึงระบุปัญหาและอุปสรรคผ่านแบบสอบถาม 3) การวิเคราะห์สัมฤทธิผลทางคลินิกโดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 30 ราย เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ อัตราความสำเร็จในการยืดอายุครรภ์อย่างน้อย 48 ชั่วโมง และความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน 4) การสรุปบทเรียนและปรับปรุงแนวปฏิบัติจัดประชุมเสวนาทีมสุขภาพเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และหาบทสรุปร่วมกันในการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์ 5) การจัดทำคู่มือฉบับสมบูรณ์ โดยพัฒนาเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับยายับยั้งการคลอด เพื่อใช้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ยั่งยืนในหน่วยงานต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ตามใบรับรองอนุมัติเลขที่ NP-EC11-No.10/2565 ลงวันที่ 24 มีนาคม 2565 โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล ผ่านการชี้แจงข้อมูลจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ พร้อมสิทธิ์ในการถอนตัวได้ตลอดเวลา 2) หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยมุ่งเน้นความปลอดภัยและสัมฤทธิผลทางการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อมารดาและทารก และ 3) หลักความยุติธรรม ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเท่าเทียม พร้อมทั้งรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเข้มงวดตลอดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ฯ พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยบูรณาการเข้ากับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อเป็นมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับยายับยั้งการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม สำหรับการหาคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ และอาจารย์พยาบาล เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในด้านความถูกต้องทางวิชาการ ความครอบคลุม และความเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติจริง พร้อมปรับปรุงตามคำแนะนำให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ฯ เป็นชุดเครื่องมือประเมินผลผลการใช้แนวปฏิบัติฯ 5 ส่วน ครอบคลุมข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้และผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ คุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE II ตลอดจนความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ[3] ท่านในด้านความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของสาระ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 และนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 5 คน ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 เท่ากับ 0.75 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 2 เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ โดย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความ

ยินยอมจากพยาบาลวิชาชีพ 12 คน และหญิงตั้งครรภ์ 30 ราย ตามหลักจริยธรรมการวิจัย 2) พยาบาลนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ปฏิบัติงานจริงในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกสำคัญ ได้แก่ อัตราการยืดอายุครรภ์ให้ได้อย่างน้อย 48 ชั่วโมง และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจากแบบบันทึกทางการแพทย์ 3) รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติผ่านแบบสอบถามจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 4) จัดประชุมเสวนาทีมสุขภาพเพื่อระบุปัญหาและอุปสรรคจากการใช้งานจริง ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์ 5) จัดทำเป็นคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฉบับสมบูรณ์สำหรับใช้เป็นมาตรฐานการดูแลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ อายุการทำงาน อายุครรภ์ การขยายของปากมดลูกและคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ ห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีสาระการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และ การประเมินผลการพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติข้อมูลทั่วไป ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการแพ้ยา ซักประวัติอาการสำคัญ การประเมินสภาพแรกรับ มีรายละเอียด ดังนี้ การประเมินสัญญาณชีพและการประเมิน Fetal heart sound ACOG 1997 Preterm Diagnosis Criteria ได้แก่ มดลูกหดรัดตัว ≥ 4 ครั้ง ใน 20 นาที หรือ > 8 ครั้ง ใน 60 นาที, ปากมดลูกเปิด > 1 cm และปากมดลูกบางตัว ≥ 80 % ชั่งน้ำหนักและการส่งเลือดและปัสสาวะตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล การซักประวัติตรวจร่างกายแล้วพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที เพื่อวางแผนการรักษาโดยการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์

1.3 การวางแผนการพยาบาล อายุครรภ์ 24 - 36+6 สัปดาห์ ตรวจข้อบ่งห้ามในการยับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกก่อนรายงานแพทย์ ได้แก่ Severe preeclampsia eclampsia, Placental abruption, Non reassuring fetal status, chorioamnionitis, Severe anomaly และ Fetal death in utero และวางแผนการพยาบาล

1.4 การปฏิบัติการพยาบาล 1) พยาบาลให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ฯ อายุครรภ์ 24 - 36+6 สัปดาห์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและได้รับการยับยั้งอาการเจ็บครรภ์ 2) ให้ยายับยั้งอาการเจ็บครรภ์ 3) การพยาบาลเมื่อให้ยายับยั้งอาการเจ็บครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

1.5 การประเมินผลการพยาบาล 1) ด้านประสิทธิผลการยับยั้งการคลอด ยืดอายุครรภ์อย่างน้อย 48 ชั่วโมง เพื่อบริหารยา Corticosteroids ให้ครบตามแผน 2) ด้านความปลอดภัยเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาโดยติดตามสัญญาณชีพมารดาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตต่ำ รวมถึงประเมินเสียงหัวใจทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ด้านจิตสังคมประเมินระดับความวิตกกังวล ความเข้าใจต่อแผนการรักษา และความถูกต้องในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ อายุเฉลี่ย 35.5 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม อยู่ระหว่าง 3 -15 ปี เฉลี่ย 8.6 ปี ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-9 ปี และ 11-15 ปี ร้อยละ 41.6 เท่ากัน และประสบการณ์การศึกษาอบรม ได้รับการอบรมเฉพาะทาง ร้อยละ 25

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดมีอายุระหว่าง 17- 43 ปี อายุเฉลี่ย 27.86 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 66.67 การตั้งครรภ์จะเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2-3 ร้อยละ 43.33 อายุครรภ์ที่ได้รับ

การยับยั้งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 28-33+6 สัปดาห์ ร้อยละ 53.33 แรกรับปากมดเปิด > 1 cm ร้อยละ 10 ไม่พบว่าปากมดลูกบางตัว ≥ 80% สามารถยืดระยะเวลาการคลอดได้ ร้อยละ 83.33 สามารถยับยั้งการคลอดได้ ร้อยละ 76.67 ทุกคนไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

4. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาความครอบคลุมของการปฏิบัติพยาบาลแบ่งตามระยะการดูแลดังนี้ 1) ระยะก่อนให้ยายับยั้งการเจ็บครรภ์ พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมในขั้นตอนการให้ข้อมูล (ขั้นตอนที่ 1) และการเตรียมความพร้อมผู้รับบริการ (ขั้นตอนที่ 2) ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ 100 2) ระยะดูแลขณะได้รับยา 1-3 ชั่วโมงแรก มีอัตราการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 96.67–100 สะท้อนถึงความตระหนักและการให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะวิกฤต 3) ระยะดูแลต่อเนื่อง ชั่วโมงที่ 4 เป็นต้นไป พบว่าอัตราการปฏิบัติลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามกิจกรรมร้อยละ 3.33

5. การประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนร้อยละ 100 ในขั้นตอนการให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อม อย่างไรก็ตาม ในชั่วโมงที่ 4 เป็นต้นไป พบการปฏิบัติเพียงร้อยละ 3.33 เนื่องจากกิจกรรมบางอย่างมีความถี่สูงเกินไป

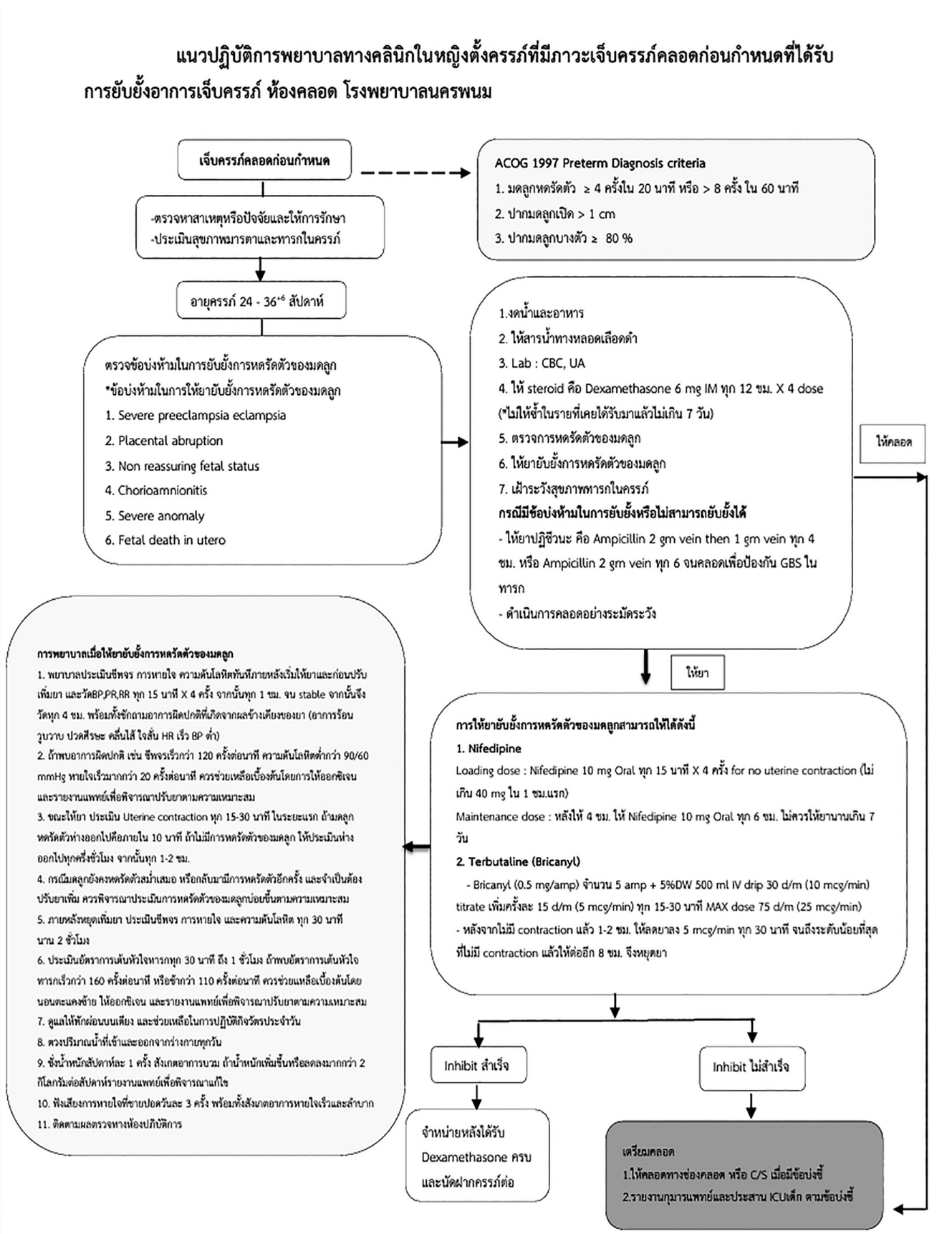
6. การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ประเมินว่าแนวปฏิบัติมีคุณค่าในระดับดีมาก อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงความถี่ในการฟังเสียงปอดในชั่วโมงที่ 4 ส่วนในด้านความเป็นไปได้ พบว่าร้อยละ 91.67 เห็นว่าช่วยแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการในระดับมาก แต่มีความเห็นระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.33) ในประเด็นการประหยัดทรัพยากรและงบประมาณ เนื่องจากกิจกรรมที่ถี่เกินไปส่งผลต่อการใช้อัตรากำลังเกิน

การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ฯพบผลลัพธ์สำคัญที่สามารถอภิปรายได้ใน 2 มิติหลัก ดังนี้

มิติด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ยับยั้งการคลอดได้สำเร็จ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยายับยั้งการหดรัดตัวของมดลูกในกลุ่มตัวอย่างทุกราย สะท้อนถึงประสิทธิผลของการนำแนวปฏิบัติมาเป็นกรอบมาตรฐานในการดูแล อันเป็นผลจากการบริหารยาที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ทั้งการใช้ยายับยั้งการคลอดในระยะเวลาที่เหมาะสม ควบคู่กับการบริหารยา Corticosteroids เพื่อกระตุ้นความสมบูรณ์ของทารก และ Magnesium sulfate เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาวะของทารกแรกเกิดตามข้อเสนอแนะของ ACOG[2] และ WAPM[6] ผลลัพธ์เชิงบวกนี้ยังเกิดจากการใช้กระบวนการพยาบาลที่บูรณาการมิติจิตสังคมเข้าสู่การดูแลอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้สอดรับกับกระบวนการรักษา โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลในการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมภาวะความเครียดและยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน Catecholamines และ Oxytocin ที่กระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ซึ่งการเฝ้าติดตามทางคลินิกและการสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลจึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของยายับยั้งการคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมายืนยันว่าความสำเร็จในการยับยั้งการคลอดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพการพยาบาลและการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดบนพื้นฐานของการสนับสนุนทางสังคม[12,13] ดังนั้นการจัดการเชิงระบบในส่วนของการพยาบาลและกระบวนการรักษาอย่างมีมาตรฐาน จึงเป็นปัจจัยหลักในการยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยและสร้างผลลัพธ์ทางคลินิกให้แก่ทั้งมารดาและทารกในครรภ์

มิติด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤตและระยะแรกรับได้อย่างครอบคลุมตามมาตรฐาน โดยมีการยอมรับและเห็นคุณค่าของแนวปฏิบัติในระดับสูง ซึ่งเป็นผลจากการบูรณาการองค์ความรู้เชิงประจักษ์เข้าสู่กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักและกรอบแนวคิดที่พยาบาลวิชาชีพมีความคุ้นเคยจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริง ส่งผลให้แนวปฏิบัตินี้ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกที่ช่วยจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดความล่าช้าในสถานการณ์วิกฤต[14] โดยเฉพาะการบริหารจัดการยาเพื่อยืดอายุครรภ์ให้เป็นไปตามกรอบเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนการใช้งานจริงยังเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจ



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดฯ รพ.นครพนม

ตามแนวปฏิบัติ เมื่อบุคลากรมีความเข้าใจในหลักการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานสากล ย่อมส่งผลให้ความกังวลต่อความคลาดเคลื่อนทางการพยาบาลลดลง สอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติระดับนานาชาติที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ[2,6] อีกทั้งยังสอดรับกับการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่าการจัดการเชิงระบบที่สร้างความชัดเจนในการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหลักในการยกระดับคุณภาพการพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี[12,13] แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะและความมั่นใจแก่พยาบาลวิชาชีพภายใต้บริบทการดูแลที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ดีการนำไปใช้จริงยังจำเป็นต้องปรับปรุงกระบวนการให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับภาระงานจริงเพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. หน่วยงานควรประกาศใช้แนวปฏิบัติฯ เป็นมาตรฐานหลัก โดยกำหนดความถี่กิจกรรมการพยาบาลให้ยืดหยุ่นสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วยและอัตรากำลังเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจและความมั่นใจในการปฏิบัติงานพยาบาล

2. ควรนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้เป็นเครื่องมือหลักในการปฐมนิเทศและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลใหม่ รวมถึงขยายผลสู่เครือข่ายบริการแม่และเด็กที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการยับยั้งการคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนในภาพรวมขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นกับวิธีการดูแลแบบดั้งเดิม เพื่อยืนยันประสิทธิภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาในประเด็นการปรับใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น การพัฒนาแนวปฏิบัติในรูปแบบแอปพลิเคชัน (Mobile Application) หรือสื่อดิจิทัลเพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลและการใช้งานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

References

1. Walani SR. Global burden of preterm birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2020;150(1):31-3.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prediction and prevention of spontaneous preterm birth: ACOG practice bulletin, number 234. Obstetrics and Gynecology. 2021;138(2):e65-e90.
3. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, & Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2018;52:3-12.
4. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chambers J, 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.
5. Chansiri P, & Phumonsakun S. Factors predicting preterm labor among pregnant adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1):231-40. (in Thai)
6. Dagklis T, Akolekar R, Villalain C, Tsakiridis I, Kesrouani A, Tekay A, et al. Management of preterm labor: clinical practice guideline and recommendation by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine Foundation. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2023;291:196-205.
7. Piriyasut R, Songka S, & Panit P. The development of continuous care model for pregnant women with preterm labor at Kumphawapi Hospital, Udon Thani Province. Academic Journal of Pacific Institute of Management Science. 2018;4(2):376-88. (in Thai)

8. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, & Aromataris E. The updated JBI model for evidence-based healthcare. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2019;17(1):58-71.
9. Eriksen MB, & Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. Journal of the Medical Library Association. 2018;106(4): 420-31.
10. Bargeri S, Iannicelli V, Castellini G, Cinquini M, & Gianola S. AGREE II appraisals of clinical practice guidelines in rehabilitation showed poor reporting and moderate variability in quality ratings when users apply different cuff-offs: a methodological study. Journal of Clinical Epidemiology. 2021;139:222-31.
11. Whitehead, A. L., Julious, S. A., Cooper, C. L., & Campbell, M. J. Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. Statistical Methods in Medical Research,2016 25(3), 1057- 73.
12. Butrhin S, & Panthasri W. Effects of social support program on anxiety in pregnant women of preterm labor. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2024;4(3):17-31. (in Thai)
13. Raksatham C, Kaiphol T, & Khungtumneam K. The practiced guideline for continuing care of pregnant women with preterm labor. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19 (Supplement):348-56. (in Thai).
14. Toontham K,& Supathaweewat S. Factors associated with preterm birth, accuracy rate and coverage rate of the clinical guideline of preterm labor and success rate in preterm uterine contraction inhibition in Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2023;20(2):75-88.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Factors Associated with Happiness in Life among Elderly in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

เนตรนภา สาสังข์*[1] ทัศพร ชูศักดิ์[1] อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข[1]**

Natnapa Sasang*[1] Thassaporn Chusak**[1] Apichet Jumneansuk[1]

[1]**คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี ประเทศไทย 13180**

[1]**Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani, Thailand 13180**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 225 คน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและชุมชน จิตวิญญาณและศาสนา เศรษฐกิจ ตลอดจนกิจกรรมและการเรียนรู้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC =0.80–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha=0.76–0.86) ร่วมกับแบบประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ (OHQ) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.90 โมเดลการถดถอยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 31.282$, $p = .000$) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา, ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมและชุมชน ขณะที่รายได้มีอิทธิพลเชิงลบต่อความสุข ผลลัพธ์ชี้ว่า ความสุขของผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์เชิงระบบระหว่างมิติภายในและบริบททางสังคม โดยเฉพาะทุนทางจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นฐานสำคัญต่อการพัฒนาโมเดลสร้างเสริมความสุขในระยะถัดไปของการวิจัยนี้

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความสุข, ปัจจัยทางสังคมและชุมชน, ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา, ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the factors influencing the happiness of the elderly in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The sample consisted of 225 elderly persons aged 60 years and above, selected through multi-stage random sampling. The research instrument was a questionnaire comprising sections on personal information, social and community factors, spiritual and religious

Corresponding author: **E-mail: thassaporn@vru.ac.th

*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการระบบบริการสุขภาพ

วันที่รับ (Received) 10 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 20 ก.พ. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 1 มี.ค. 2569

factors, economic factors, as well as activities and learning. The content validity was confirmed with an IOC index ranging from 0.80 to 1.00, and the reliability of the instrument demonstrated acceptable internal consistency with Cronbach's alpha coefficients between 0.76 and 0.86 and The Oxford Happiness Questionnaire (OHQ). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, and multiple regression analysis.

The results revealed that the majority of elderly participants reported a high level of happiness (84.9%). The regression model was statistically significant (F=31.282, p=.000). Spiritual-religious factors, economic factors, and social-community factors were significant positive predictors of happiness, whereas income showed a significant negative association.The findings suggest that the happiness of older adults arises from the synergistic influence of spirituality, social relationships, and economic stability, forming a crucial foundation for developing a happiness enhancement model in the subsequent phase of this research.

Keywords : Elderly; Happiness; Social Factors; Spiritual and Religious Factors; Economic Factors

บทนำ

เมื่อโลกก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มสูงถึง 2.13 พันล้านคน โดยเพิ่มขึ้น กว่า 1 พันล้านคน จากปี 2020[1,2] และมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด การขยายตัวดังกล่าวเกิดขึ้น เด่นชัดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก ซึ่งจะมีจำนวน ผู้สูงอายุคิดเป็นกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุทั้งโลก ทั้งนี้ประเทศในเอเชีย เช่น จีน อินโดนีเซีย และไทย ก็ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเร็วมากกว่าภูมิภาคอื่นของโลกหลายเท่า สะท้อนผลกระทบเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพที่ทวีความซับซ้อนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในบริบทของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเพิ่มของผู้สูงอายุสูงที่สุด โดยข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 14,027,411 คนคิดเป็นร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2571[3] เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ จะเกินร้อยละ 28 ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติยังสะท้อนปัญหาคุณภาพชีวิต เช่น ความเหงา ภาวะซึมเศร้า และความเครียดที่พบในผู้สูงอายุสูงกว่าร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ ขณะที่รายงานของกรมสุขภาพจิตระบุว่าร้อยละ 32.6[4] ของผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ ซึ่ง เชื่อมโยงโดยตรงกับการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การอยู่ลำพัง และการลดลงของบทบาทชีวิตในชุมชน

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นพื้นที่ที่สะท้อนปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างเด่นชัด โดยมีผู้สูงอายุ 145,068 คน ร้อยละ 21.3 จากประชากรทั้งจังหวัด แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดเตียงประมาณ 2,150 คน ร้อยละ1.48, ผู้สูงอายุติดบ้านประมาณ 15,200 คน ร้อยละ0.5 และผู้สูงอายุติดสังคมกว่า 40,500 คน ร้อยละ 27.95 กลุ่มติดบ้านและติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและโอกาสมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งมีผลต่อสุขภาวะจิตอย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง งานวิจัยของ[6,7] ชี้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์สูงถึง ร้อยละ 38.5 สอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของ[8] ที่ชี้ว่าการก้าวสู่ความรู้สึกสมบูรณ์และยอมรับชีวิตที่ผ่านมา (integrity) ต้องอาศัยการยอมรับชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งจะนำไปสู่ความสิ้นหวัง เสียดายชีวิต รู้สึกว่าชีวิตล้มเหลว (despair) ซึ่งเป็นส่วนของภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตจึงไม่ใช่ผลลัพธ์ของสภาวะกายเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากมิติความหมายในชีวิต การได้รับการยอมรับและความรู้สึกมีคุณค่า แม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษา ความสุขในชีวิตผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[9] ชี้ว่าความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตและความสุข ตลอดจนงานของ[6] ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในสังคมสูงวัย แม้จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจะโดดเด่นด้านทุนทางวัฒนธรรมและความสัมพันธ์แบบเครือญาติและสังคมพหุวัฒนธรรม แต่การเปลี่ยนแปลงเชิงสังคม เศรษฐกิจและรูปแบบครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก ต้องเผชิญความโดดเดี่ยวและคุณค่าในตนเองที่ลดลง อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องความสุขในผู้สูงอายุที่บูรณาการ ปัจจัย ส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ร่วมกับปัจจัยทางสังคมและชุมชน จิตวิญญาณและ

ศาสนา เศรษฐกิจ กิจกรรมและการเรียนรู้ ในบริบทจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิต โดยพัฒนาแบบจำลองเพื่ออธิบายอิทธิพลของปัจจัยหลายมิติต่อความสุขในชีวิต จึงเป็นหัวใจสำคัญต่อการออกแบบแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐาน

1. ระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ระดับสูง
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและชุมชน ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณและศาสนา ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางด้านกิจกรรมและการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ[10] โดยปัจจัยส่วนบุคคลเป็นพื้นฐานที่กำหนดการรับรู้และศักยภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ขณะที่ปัจจัยทางสังคมและชุมชน ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การได้รับการยอมรับจากครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชน ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง เสรีภาพในการใช้ชีวิตและการตัดสินใจ การปฏิบัติศาสนกิจ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้-รายจ่าย สวัสดิการ ปัจจัยด้านกิจกรรมและการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้สิ่งใหม่อย่างต่อเนื่อง การนำสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในชีวิตประจำวัน การใช้สื่อสังคมในชีวิตประจำวันเพื่อการเรียนรู้และสื่อสาร มีบทบาทเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคล ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อารมณ์เชิงบวก การมองโลกในแง่ดี ความภาคภูมิใจในตนเอง ความสามารถควบคุมชีวิต การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ ความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วม ความมั่นใจในอนาคตเป็นการรับรู้พฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ใน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนน ADL 12-20 คำณวนขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าพื้นฐานดังนี้ Effect size = 0.15 ค่าความเชื่อมั่น = 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบupower(1-B error prob.) = 0.95 จำนวนตัวแปรอิสระ 17 ตัวแปร ผลการคำนวณจากโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 208 คน ผู้วิจัยเผื่อกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 225 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มหลายขั้นตอน (Multiple stage sampling) ก่อนคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportionate sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างรวม 225 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดความเอนเอียงของการเลือกตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้ Effect size = 0.15 ตามเกณฑ์ของ[11] ซึ่งจัดเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นค่าที่เหมาะสมกับงานวิจัยด้านพฤติกรรมและสาธารณสุขที่มีตัวแปรหลายมิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ หมายเลขโครงการ 0103/2568 ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย และการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมิน

ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวจำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทางสังคมและชุมชน จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านเศรษฐกิจจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยด้านการเรียนรู้จำนวน 6 ข้อ การแปลผลส่วนที่ 2-5 โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตาม[12] ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงจาก Oxford Happiness Questionnaire, (OHQ) ประเมินความสุขโดยรวมของบุคคล[13] ประกอบด้วย 29 ข้อคำถาม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตาม[12]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80-1.00 แล้วดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ภายหลังได้รับการปรับปรุงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76, 0.79, 0.81, 0.82, 0.86 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ปัจจัยทางสังคมและชุมชน ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการเรียนรู้ และใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ในการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression Analysis)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=225)

ระดับความสุข	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.00-2.33)	2	0.9
ปานกลาง (2.34-3.67)	32	14.2
สูง (3.68-5.00)	191	84.9
รวม	225	100

จากตารางระดับความสุขของผู้สูงอายุจำนวน 225 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขอยู่ในระดับสูง จำนวน 191 คน ร้อยละ 84.9 ขณะเดียวกัน พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ร้อยละ 14.2 มีความสุขในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีระดับความสุขอยู่ในระดับต่ำพบเพียง 2 คน ร้อยละ 0.9

ตารางที่ 2 ปัจจัยทั้ง 4 ด้านต่อระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=225)

ปัจจัย	ระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน (ร้อยละ)			Mean	SD	การแปลผล
	ต่ำ (1.00-2.33)	ปานกลาง (2.34-3.67)	สูง (3.68-5.00)			
ปัจจัยทางสังคมและชุมชน	1(0.4)	55(24.4)	169(75.1)	2.75	0.446	สูง
ปัจจัยด้านกิจกรรมและการเรียนรู้	26(11.6)	88(39.1)	111(49.3)	2.38	0.684	สูง
ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา	0(0)	29(12.9)	196(87.1)	2.87	0.336	สูง
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	19(8.4)	104(46.2)	102(45.3)	2.37	0.635	ปานกลาง

จากตารางวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุให้คะแนนระดับสูงในปัจจัยด้านสังคม ชุมชน และด้านจิตวิญญาณ ขณะเดียวกันพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีระดับคะแนนต่ำที่สุด โดยปัจจัยทางสังคมและชุมชน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขในชีวิตระดับสูง ร้อยละ 75.1(Mean=2.75, SD=0.446) ปัจจัยด้านการเรียนรู้ พบว่าระดับความสุขในชีวิตระดับสูง ร้อยละ 49.3 (Mean=2.38, SD=0.684) ปัจจัยจิตวิญญาณและศาสนา เป็นปัจจัยที่ระดับความสุขในชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 87.1(Mean=2.87, SD=0.336) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยเดียวที่ระดับความสุขในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2(Mean=2.37, SD=0.635)

ตารางที่ 3 มิติระดับความสุขของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n=225)

มิติของความสุข	ระดับ Mean จำนวน (ร้อยละ)			SD	การแปลผล
	ต่ำ (1.00-2.33)	ปานกลาง (2.34-3.67)	สูง (3.68-5.00)		
1. มิติความสุขด้านอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต	1 (0.4)	18 (8.0)	206 (91.6)	4.28	0.52	สูง
2. มิติด้านความสามารถในการจัดการตนเองและสมรรถนะส่วนบุคคล	3 (1.3)	27 (12.0)	195 (86.7)	4.06	0.57	สูง
3. มิติด้านความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเอง	6 (2.7)	104 (46.2)	115 (51.1)	3.98	0.59	ปานกลาง
4. มิติด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2 (0.9)	34 (15.1)	189 (84.0)	4.18	0.55	สูง

จากตารางมิติความสุขด้านอารมณ์เชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 206 คน ร้อยละ 91.6 (Mean=4.28, SD=0.52) มิติด้านความสามารถในการจัดการตนเองและสมรรถนะส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูงจำนวน 195 คนร้อยละ 86.7 (Mean=4.06, SD=0.57) มิติด้านความภาคภูมิใจและคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 104 คนร้อยละ 46.2 และระดับสูง จำนวน 115 คน ร้อยละ 51.1 (Mean=3.98,SD=0.59) มิติด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูงจำนวน 189 คน ร้อยละ 84.0 (Mean=4.18,SD=0.55)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ANOVA[a]						
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	39.304	10	3.930	31.282	.000b
	Residual	26.888	214	.126		
	Total	66.192	224			

a. Dependent Variable : ความสุข

b. Predictors : (Constant), เศรษฐกิจ, มีโรคประจำตัว, สถานะ, การศึกษา, เพศ, อายุ, รายได้,ศาสนา, สังคม, กิจกรรม

จากตาราง การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า โมเดลสามารถทำนายระดับความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(10, 214) = 31.282, p = .000) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขได้ร้อยละ 59.4 (R^2 = .594) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัวร่วมกันมีอิทธิพลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างสูง ค่าSum of Squares ส่วนของ Regression มีค่า 39.304 เมื่อเทียบกับค่า Sum of Squares ส่วนของ Residual ที่มีค่า 26.888 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายในโมเดลมีมากกว่าความแปรปรวนที่ไม่สามารถอธิบายได้ ซึ่งสนับสนุนว่าโมเดลมีประสิทธิภาพในการทำนายความสุข

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ (n = 225)

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	ค่าสัมประสิทธิ์ (B)	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.422	.348	-	4.085	< .001
1. เพศ	.068	.058	.055	1.178	.240
2. อายุ	-.006	.004	-.076	-1.559	.120
3. สถานภาพสมรส	-.014	.030	-.021	-0.471	.638
4. การศึกษา	.026	.032	.041	0.805	.422
5. รายได้	-.065	.028	-.115	-2.334	.021*
6. โรคประจำตัว	-.018	.059	-.014	-0.297	.767
7. ปัจจัยทางสังคมและชุมชน	.144	.050	.170	2.887	.004*
8. ปัจจัยด้านการเรียนรู้	.034	.036	.059	0.951	.343
9. ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา	.317	.055	.329	5.781	.001*
10. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	.281	.043	.406	6.581	.001*

หมายเหตุ: *p < .05

จากตารางผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณชี้ให้เห็นว่า โดยมีตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความสุข ได้แก่ รายได้ (β=-.115, p= .021) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (β=.406, p= .001) ปัจจัยด้านศาสนา (β=.329, p= .001) และปัจจัยด้านสังคม (β=.170, p= .004) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดตามลำดับ ผลการวิเคราะห์พบว่า ขนาดอิทธิพลของตัวแปรทำนายความสุขในชีวิตขิงผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีค่าเท่ากับ -.065, .144, .317 และ .281ตามลำดับ จึงสามารถสร้างสมการถดถอยได้คือ

ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ = 1.422+ (-.065 (รายได้) +.144 (ปัจจัยทางสังคมและชุมชน) +.317 (ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา) +.281 (ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยผู้สูงอายุจำนวน 225 คนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านอารมณ์เชิงบวก ความพึงพอใจในชีวิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการตนเอง แสดงถึงสุขภาวะทางอารมณ์และสังคมที่ดีของผู้สูงอายุในพื้นที่ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาวะ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนที่ยังคงเข้มแข็ง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของบริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่ามี 4 ปัจจัยที่ทำนายระดับความสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา ปัจจัยทางสังคมและชุมชน และรายได้ส่วนบุคคล โดยปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูงที่สุด รองลงมาคือด้านจิตวิญญาณและปัจจัยสังคมและชุมชน ส่วนรายได้มีอิทธิพลเชิงลบต่อความสุข สะท้อนว่าความไม่มั่นคงทางรายได้ส่งผลต่อความกังวลและคุณภาพชีวิตลดลง โดยรวมแล้วความสุขของผู้สูงอายุเกิดจากความสมดุลของเศรษฐกิจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสุขให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป โดยความสุขในวัยสูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับรายได้เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความมั่นคงทางวัตถุ ความหมายในชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณและศาสนา ปัจจัยทางสังคมและชุมชน[14] และรายได้โดยสอดคล้องกับงานของ[15] ที่ชี้ว่าความมั่นคงทางเศรษฐกิจเป็นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตและความสุขในชีวิตผู้สูงอายุ การที่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลสูง สะท้อนว่าผู้สูงอายุยังคงให้ความสำคัญกับความสามารถในการดูแลตนเอง ลดภาระพึ่งพิง และมีความมั่นใจในความมั่นคงของชีวิต ด้านจิตวิญญาณผลการวิจัยสอดคล้องกับงานของ[8] ที่ระบุว่าความหมายในชีวิต ความสงบภายใน และความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุข และยังสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นบทบาทของเป้าหมายชีวิตต่อสุขภาวะในวัยสูงอายุ ปัจจัยทางสังคมและชุมชนสนับสนุนข้อมูลจากงานของ[6] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้า ขณะเดียวกันก็สอดคล้องกับทฤษฎีของ[16] ที่ชี้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก ผลดังกล่าวยืนยันบทบาทของเครือข่ายครอบครัว เพื่อนบ้าน และกิจกรรมชุมชนในการสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา และสถานภาพสมรสไม่พบว่ามีอิทธิพลต่อความสุข ซึ่งแตกต่างจากงานของ[15,16] ที่เสนอว่าระดับการศึกษาและการมีคู่สมรสเกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนบริบทของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีโครงสร้างครอบครัวแบบขยายและความสัมพันธ์ชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้ผลของปัจจัยส่วนบุคคลลดลง นอกจากนี้ ปัจจัยด้านกิจกรรมและการเรียนรู้พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อความสุข ต่างจากงานวิจัยอื่นที่ชี้ว่าการเรียนรู้สิ่งใหม่ช่วยเสริมสุขภาวะ อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและโอกาสเข้าถึงกิจกรรมเรียนรู้ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ข้อค้นพบนี้อาจสะท้อนข้อจำกัดด้านโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ เทคโนโลยีดิจิทัล หรือรูปแบบกิจกรรมที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยสรุปความสุขของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ ปัจจัยทางสังคมและชุมชนเป็นหลัก ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกิจกรรมและการเรียนรู้มีบทบาทน้อยกว่า ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมกิจกรรมทางจิตวิญญาณ และการสร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของสุขภาวะในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความสุขสูง แต่ยังมีกลุ่มที่มีระดับปานกลางและต่ำ ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการกิจกรรมด้านสังคม จิตวิญญาณ และการเรียนรู้ ควบคู่กับการคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการลดลงของระดับความสุขในระยะยาว

2. ผลการวิจัยสะท้อนว่าการมีความสัมพันธ์ที่ดีและการมีบทบาทในครอบครัวมีความสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัวควรส่งเสริมการสื่อสารเชิงบวก การทำกิจกรรมร่วมกัน การให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ สอนทักษะและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อเสริมสร้างคุณค่าในตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและทดลองใช้โปรแกรมหรือโมเดลเสริมสร้างความสุขตามปัจจัยที่พบจากผลวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุต่อไป

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือกลุ่มรายได้น้อย เพื่อเจาะลึกประสบการณ์และความต้องการเฉพาะกลุ่ม

References

1. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nations; 2022.
3. National Statistical Office .The 2024 Survey of Older Persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2024.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand. Mental health situation report of Thai elderly 2023. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023. (in Thai).
5. Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office. Health Data Center: home-bound, bed-bound, and socially dependent older persons. Phra Nakhon Si Ayutthaya: Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office; 2025 (in Thai).
6. Mongkolkham W, Rinta P, & Yati N. Prevalence and Associated Factors of Depression in a Super-Aged Society: a Cross-Sectional Study in Na Noi District, Nan Province, Thailand. Journal of Health Science of Thai. 2025 ; 34(5) :778-90. (in Thai)
7. Lyubomirsky S, Sheldon KM, & Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. Review of General Psychology. 2005 ; 9(2) :111–31.
8. Erikson EH. Childhood and society. New York: W. W. Norton; 1963.
9. Ayuwat D, Hong-ngam J, Saranrittichai K, Chumnanmak R, Narongchai W, & Auraiampai N. Life happiness of elderly in Northeast. Journal of Language, Religlon and Culture. 2019 ; 8(1) :136–55. (in Thai)
10. Pender NJ, Murdaugh CL, & Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2011.
11. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. 1932 ; 22(140) :1–55.
13. Hills P, & Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences. 2002; 33(7) :1073–82.

14. Thongruk P, Puttawong K, Yaemmisri W, Mongkhonittivech N, & Boonyapak P. Effect of the Happiness Program on the Level of Happiness among Caregivers of Elderly with Dementia in Mae Lao District, Chiang Rai Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2024 ; 25(3) :214–22. (in Thai)
15. Papalia DE, & Feldman RD. Human development. 12th ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
16. Rowe JW, & Kahn RL. Successful aging. The Gerontologist. 1997 ; 37(4) :433–40.

การประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้เพื่อการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น

Quality and Learning Outcome Evaluation for the Development of a Bachelor of Nursing Science Program for Non-Nursing Bachelor's Degree

กัญญพัชร พงษ์ช้างอยู่ ปริยาภรณ์ มณีแดง* ไพรินทร์ ณิชาโชติสถษฎ์ มยุรัตน์ รักเกียรติ์ มาณี น้าคณาคุปต์
Kanyaphat Pongchangyou Pariyaporn Maneedang* Pirin Nichachotesalid Mayurat Rukkiat Manee Nakanakupt
คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ประเทศไทย 10210
Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Thailand 10210

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มุ่งประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรี สาขาอื่น ตามกรอบการประเมินตามรูปแบบซิปป์เพื่อใช้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาหลักสูตร โดยใช้ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 5 กลุ่ม จำนวน 144 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงประเด็น ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพหลักสูตรภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านผลผลิตได้คะแนนสูงสุด(ค่าเฉลี่ย = 4.50, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.66) ด้านบริบทอยู่ในระดับมาก(ค่าเฉลี่ย = 4.34) โดยอัตลักษณ์และคุณลักษณะบัณฑิตได้คะแนนสูงสุด(ค่าเฉลี่ย = 4.52) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ระดับมาก(ค่าเฉลี่ย = 4.27) มีจุดแข็งที่คุณภาพอาจารย์และทรัพยากรการเรียนรู้ และด้านกระบวนการอยู่ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.00) โดยกระบวนการเรียนรู้และการประเมินผลได้คะแนนสูงสุด(ค่าเฉลี่ย = 4.27) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนจุดเด่นของหลักสูตรทั้งด้านผลผลิตและความสอดคล้องกับบริบท นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตร โดยเน้นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายและพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร ควบคู่กับการกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตให้ชัดเจน พัฒนาระบบการวัดและประเมินผลและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร, การประเมินตามรูปแบบซิปป์, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Abstract

This study evaluated the quality and learning outcomes of the Bachelor of Nursing Science Program for graduates from non-nursing disciplines using the CIPP evaluation model as a framework for curriculum development. Data were collected from 144 participants across five stakeholder groups through a 5-point Likert-scale questionnaire with established content validity (CVI = 0.95) and reliability (Cronbach's α = 0.80), together with focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and qualitative data were analyzed using thematic content analysis. The findings showed that overall curriculum quality was high. Among the four dimensions, the product dimension received the highest score

Corresponding Author: *E-mail: Pariyaporn.man@cra.ac.th

วันที่รับ (Received) 4 ธ.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 7 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มี.ค. 2569

(M = 4.50, SD = 0.66). The context (M = 4.34), input (M = 4.27), and process (M = 4.00) dimensions were also rated highly. Qualitative data highlight the curriculum's strengths in both outcomes and alignment with the context, leading to recommendations for improvement. The focus is on creating diverse learning experiences and developing learners' competencies in alignment with the program learning outcomes, alongside clearly defining graduate identity, and enhancing systems for measurement, assessment, and lifelong learning.

Keywords: Curriculum Evaluation, CIPP Model, Bachelor of Nursing Science Program

บทนำ

หลักสูตรการศึกษาเป็นกลไกสำคัญในการจัดการศึกษา เนื่องจากมีบทบาทในการกำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนบรรลุผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ การพัฒนาหลักสูตรจึงต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม วิชาชีพ และมาตรฐานการศึกษาในแต่ละช่วงเวลา ทั้งนี้ก็เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณลักษณะครบถ้วนและสมรรถนะที่สามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การประเมินหลักสูตรจึงถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน และยังทำหน้าที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรอย่างเหมาะสม[1,2]

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพและสามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยมีจุดเด่นแตกต่างจากหลักสูตรทั่วไป คือ ใช้ระยะเวลาเรียนเพียง 2 ปี 6 เดือน และยึดแนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed Learning) และการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based Learning) ควบคู่กับการบูรณาการทฤษฎีสู่การปฏิบัติผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น ห้องเรียนกลับด้าน (Flipped Classroom) การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง และโครงการวิจัยร่วมกับคณาจารย์ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางวิชาชีพและทักษะที่จำเป็นต่อการประกอบวิชาชีพพยาบาลในศตวรรษที่ 21[3,4] นอกจากนี้ เพื่อให้หลักสูตรเป็นไปตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา จึงจำเป็นต้องประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างหลักสูตร ความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ ตลอดจนความต้องการของผู้เรียนและผู้ใช้บัณฑิตในภาคปฏิบัติจริง การประเมินดังกล่าวไม่เพียงสะท้อนคุณภาพของหลักสูตรในปัจจุบัน แต่ยังเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาให้หลักสูตรมีความทันสมัยและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสุขภาพ[5] อย่างไรก็ตาม ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่น โดยสะท้อนมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มและนำไปสู่การปรับปรุงหลักสูตรในอนาคต ซึ่งอาจส่งผลให้การพัฒนาหลักสูตรยังขาดฐานข้อมูลที่รอบด้านเพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กรอบการประเมิน CIPP Model เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เนื่องจากครอบคลุมการประเมินในทุกมิติ ตั้งแต่บริบทของหลักสูตร ความพร้อมของทรัพยากร กระบวนการจัดการเรียนการสอน ไปจนถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลจากการประเมินโดยใช้กรอบดังกล่าวสามารถสะท้อนทั้งจุดแข็งและข้อจำกัดของหลักสูตรได้อย่างรอบด้าน และยังเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในการพัฒนาหลักสูตรให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[1,2,5] ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2564) โดยผลที่ได้จากการประเมินจะถูกนำมาใช้วางแผนและพัฒนาหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2568 ให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลและความต้องการของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรตามกรอบ CIPP และนำผลไปใช้กำหนดแนวทางพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรในอนาคต

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของ Stufflebeam เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินหลักสูตร

โดยครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) บริบทของหลักสูตร เช่น วิสัยทัศน์ ปรัชญา อัตลักษณ์/คุณลักษณะบัณฑิต และโครงสร้างหลักสูตร 2) ปัจจัยนำเข้า เช่น อาจารย์ผู้สอน ทรัพยากร สถานที่ และงบประมาณ 3) กระบวนการ เช่น การจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล การบริหารหลักสูตร และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) ผลผลิต เช่น คุณลักษณะบัณฑิตและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร[3] ทั้งนี้ ผลการประเมินเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพถูกนำมาพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปจุดแข็ง ประเด็นที่ควรพัฒนา และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับการปรับปรุงหลักสูตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินแบบผสมผสาน (mixed-methods evaluation research) โดยใช้กรอบการประเมิน CIPP เป็นแนวคิดในการประเมินคุณภาพหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาหลักสูตรอย่างเป็นระบบ ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามมาตรประมาณค่า และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมด้วยการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ทั้งสองส่วนมาบูรณาการเพื่อสรุปจุดแข็ง ประเด็นที่ควรพัฒนา และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับการปรับปรุงหลักสูตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหลักสูตรและการใช้บัณฑิตในหลักสูตรฯ ประกอบด้วย ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน บัณฑิต ผู้ใช้บัณฑิต และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรทุกคนและมีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานของหลักสูตร จำนวนทั้งสิ้น 144 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการหลักสูตรและการใช้ประโยชน์จากบัณฑิต ได้แก่ ผู้บริหาร 7 คน อาจารย์ผู้สอน 33 คน บัณฑิตสำเร็จการศึกษา 87 คน ผู้ใช้บัณฑิต 9 คน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหลักสูตร 8 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ EC114/2566 แล้วเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 ก่อนเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของตนอย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยสมัครใจ โดยไม่กระทบต่อการเรียน การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับสถาบัน ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

ประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบ CIPP Model ส่วนเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาณ์เชิงโครงสร้างที่ยึดกรอบเดียวกันเพื่อสำรวจมุมมองเชิงลึกของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งสองเครื่องมือออกแบบให้ตอบคำถามการประเมินหลักสูตรในทุกมิติ และใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนและอธิบายผลเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบการประเมินหลักสูตร CIPP Model มี 2 ชุด ได้แก่ 1) สำหรับบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา จำนวน 78 ข้อ และ 2) สำหรับผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน จำนวน 99 ข้อ โครงสร้างเหมือนกันทั้ง 3 ตอน โดยตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อหลักสูตรด้วยมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้านของ CIPP Model ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และตอนที่ 3 คำถามปลายเปิดสำหรับข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างและพัฒนาหลักสูตรการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.95 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน แต่ไม่รวมอยู่ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ โดยการตอบแบบสอบถามจากนั้นสอบถามข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของภาษา และความเข้าใจของผู้ตอบ เช่น คำหรือประโยคที่กำกวม หรือทำให้ตีความได้มากกว่า 1 แนวทาง ข้อมูลจากการทดลองใช้ถูกนำมาปรับถ้อยคำให้ชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง ทั้งนี้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.80 อยู่ในระดับดี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย โดยแบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากผู้บริหาร อาจารย์ และบัณฑิต ด้วยแบบสอบถามที่มีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ตามแนวคำถามภายใต้กรอบแนวคิดซิปป์ (CIPP Model) เพื่อสะท้อนจุดแข็งและแนวทางการพัฒนาหลักสูตร ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามก่อนดำเนินการถอดความข้อมูลอย่างละเอียด (Verbatim transcription) เพื่อนำไปวิเคราะห์เนื้อหาในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการถอดเทปและเรียบเรียงสาระ นำเข้ารหัสข้อมูล (coding) จัดหมวดประเด็น (categorizing) และสังเคราะห์ธีม (thematic analysis) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่น่าเชื่อถือและเชื่อมโยงกับผลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณด้านคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นตามกรอบ CIPP

ผลการประเมินเชิงปริมาณ พบว่า คุณภาพหลักสูตรอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านผลผลิตได้คะแนนสูงสุด (M = 4.50, SD = 0.66) โดยเฉพาะผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (M = 4.57, SD = 0.66) ด้านบริบทอยู่ในระดับมาก (M = 4.34) โดยอัตลักษณ์และคุณลักษณะบัณฑิตมีคะแนนโดดเด่น (M = 4.52, SD = 0.62) ด้านปัจจัยนำเข้ามีจุดแข็งด้านคุณภาพอาจารย์และทรัพยากร (M = 4.37 และ 4.25 ตามลำดับ) ส่วนด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก (M = 4.00) โดยกระบวนการเรียนรู้และการประเมินผลได้คะแนนสูงสุด (M = 4.27) ทั้งนี้ รายการที่ไม่เปิดให้บัณฑิตประเมินระบุเป็น NA และไม่นำมาสรุปตีความภาพรวม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินคุณภาพของหลักสูตรและผลลัพธ์การเรียนรู้ (N=144)

องค์ประกอบ	ระดับความคิดเห็น								
	ผู้บริหาร		อาจารย์		บัณฑิต		รวม		แปลผล
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
บริบท									
1. วิสัยทัศน์ของคณะฯ	4.13	0.84	4.14	0.72	4.66	0.63	4.38	0.73	มาก
2. ปรัชญาการศึกษา	4.28	0.68	4.12	0.66	4.63	0.52	4.34	0.62	มาก
3. อัตลักษณ์/คุณลักษณะ	4.44	0.64	4.40	0.67	4.72	0.54	4.52	0.62	มากที่สุด
4. โครงสร้างของหลักสูตร	3.91	0.58	4.06	0.69	4.60	0.67	4.19	0.65	มาก
รวม	4.19	0.69	4.18	0.69	4.65	0.59	4.34	0.66	มาก
ปัจจัย									
1. อาจารย์ผู้สอน	4.04	0.54	4.38	0.57	4.69	0.60	4.37	0.57	มาก
2. สถานที่และทรัพยากร	4.00	0.56	4.34	0.70	4.42	0.75	4.25	0.67	มาก
3. งบประมาณ	3.90	0.75	4.45	0.61	NA	NA	4.18	0.68	มาก
รวม	3.98	0.62	4.39	0.63	4.56	0.68	4.27	0.64	มาก
กระบวนการ									
1. กระบวนการเรียนรู้	3.93	0.56	4.28	0.63	4.59	0.70	4.27	0.63	มาก
2. การวัดและประเมินผล	3.81	0.57	4.36	0.61	4.63	0.64	4.27	0.61	มาก
3. การบริหารหลักสูตร	4.06	0.48	4.36	0.62	NA	NA	4.21	0.55	มาก
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน	3.03	0.97	4.16	0.79	NA	NA	3.60	0.88	มาก
รวม	3.71	0.65	4.31	0.65	4.61	0.67	4.00	0.66	มาก
ผลผลิต									
1. คุณลักษณะบัณฑิต	4.33	0.82	4.14	0.72	4.78	0.44	4.42	0.66	มาก
2. ผลลัพธ์การเรียนรู้	NA	NA	NA	NA	4.57	0.66	4.57	0.66	มากที่สุด
รวม	4.33	0.82	4.14	0.72	4.68	0.55	4.50	0.66	มากที่สุด

ผลการประเมินคุณภาพของหลักสูตรตามกรอบ CIPP ทั้งบริบท ปัจจัย กระบวนการ และผลผลิต พบว่า ภาพรวมทุกด้านได้รับการประเมินอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยเฉพาะผลผลิตของหลักสูตรซึ่งได้รับการประเมินระดับมากที่สุด สะท้อนว่าหลักสูตรสามารถผลิตบัณฑิตและผลลัพธ์การเรียนรู้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ

2. ผลการศึกษาคุณภาพและผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น

1. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นตรงกันว่าการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล บัณฑิตควรใช้ภาษาที่ชัดเจน เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้รับบริการ สามารถอธิบายให้เข้าใจตรงกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน สร้างความเชื่อมั่น และลดความขัดแย้ง "ที่สำคัญคือการสื่อสารกับทีมในสาขา การสื่อสารกับประชาชน ทำยังไงการสื่อสารจะทำให้พยาบาลมีตัวตน ทำให้ประชาชนรู้ว่าพยาบาลเป็น professional มีความรู้มีความสำคัญที่ช่วยเขา"(E01) "การสื่อสารของบัณฑิตในสถานการณ์ทางคลินิกดี สามารถรายงานข้อมูลผู้ป่วยได้ชัดเจน ครบถ้วน และตรงประเด็น ซึ่งช่วยให้ทีมตัดสินใจได้รวดเร็วและถูกต้อง"(H08)

2. ความปลอดภัยของผู้รับบริการและและความถูกต้องตามหลักกฎหมายและจริยธรรม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเน้นย้ำถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เห็นว่าบัณฑิตควรมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างรอบคอบ ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมาย และจริยธรรม โดยเฉพาะในประเด็นความเสี่ยงสูง เช่น การบริหารยา การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และการตัดสินใจทางจริยธรรมในสถานการณ์ซับซ้อน "เขาเป็นคนที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่สูง ยึดมั่นในมาตรฐานวิชาชีพ และให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่เราให้ความสำคัญมากในโรงพยาบาลเอกชน"(H08) อย่างไรก็ตามความปลอดภัยทางยายังเป็นจุดที่ต้องเน้นย้ำอย่างต่อเนื่อง"ทักษะพื้นฐานส่วนใหญ่ดี แต่บางทักษะที่ต้องใช้บ่อยในหน่วยงานเฉพาะทาง... การบริหารยาต้องระมัดระวังมากเพราะเป็นเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วย"(H04)

3. การพัฒนาความรู้ที่ทันสมัยควบคู่ความเป็นเลิศทางคลินิก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเห็นตรงกันว่าบัณฑิตต้องพัฒนาความรู้และทักษะทางคลินิกให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และให้ความสำคัญของการติดตามและต่อยอดสมรรถนะหลังสำเร็จการศึกษาผ่านระบบติดตามบัณฑิตและกิจกรรม Re-skill/Up-skill อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เสนอให้เพิ่มการใช้ simulation lab เพื่อเสริมความมั่นใจและความพร้อมในการเผชิญสถานการณ์จริง "บัณฑิตมีความรู้พื้นฐานดี แต่สำหรับ ICU ต้องการทักษะเฉพาะมากขึ้น... ถ้าหลักสูตรเพิ่มเวลาฝึกใน ICU หรือใช้ simulation มากขึ้นจะช่วยให้บัณฑิตมีความพร้อมมากขึ้น" (H03)

4. การเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งทางวิชาการและวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอว่าหลักสูตรควรตั้งอยู่บนปรัชญาที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning) เน้นการสร้างโอกาสทางวิชาชีพและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง บัณฑิตควรมีทัศนคติและสมรรถนะในการใช้ประสบการณ์จากการทำงานพัฒนาตนเอง แม้ระยะเวลาเรียนสั้นกว่า แต่มีคุณภาพไม่ด้อยกว่าและมีศักยภาพต่อยอดความรู้ "สถาบันการศึกษาที่เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรกำหนดปรัชญาการศึกษาที่ชัดเจน เน้นการสร้างโอกาสสูงในวิชาชีพพยาบาล และเป็นการสนับสนุนลักษณะ Lifelong Learning สนับสนุนให้ผู้เรียนพัฒนาตนเองตลอดเส้นทางการเข้าสู่วิชาชีพนี้ เพราะเขามาเรียนเพราะอยากเป็นพยาบาล" (E06)

5. ความภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่การพยาบาล ผลที่ได้การสนทนากลุ่มสะท้อนความเชื่อมั่นและการมองเห็นคุณค่าของบทบาทพยาบาลจากบัณฑิตของหลักสูตรอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าบัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีอัตลักษณ์ที่ชัดเจน "โดยรวมแล้วเรามีความพึงพอใจกับบัณฑิตจากหลักสูตรนี้มาก เขามีคุณภาพและความพร้อมในการทำงาน หลักสูตรนี้ตอบโจทย์ความต้องการของระบบสุขภาพและเป็นโอกาสที่ดีสำหรับคนที่อยากเปลี่ยนสายอาชีพมาเป็นพยาบาล" (H02)

6. การใช้และต่อยอดความรู้จากประสบการณ์เดิม ความหลากหลายของพื้นฐานการศึกษาถูกมองว่าเป็น "ทุนเดิม" สำคัญของผู้เรียน ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าความแตกต่างด้านพื้นฐานทำให้บัณฑิตมีมุมมองกว้างขึ้น และสามารถเชื่อมโยงความรู้จากหลายศาสตร์มาประยุกต์ใช้กับงานพยาบาลได้อย่างมีคุณค่า "คนที่เรียน 2 ปีครึ่ง จะต้องรู้เรื่องการพยาบาลเหมือนกับ 4 ปี... ถ้าจบนิเทศฯ นิติศาสตร์ หรือวิศวะไอทีมา เราจะได้พยาบาลแบบไหน... ภาพพยาบาลจะต้องเปลี่ยนไป เพราะในวงกลมนี้มีหลากหลายสาขาวิชาชีพ" (E01) อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดการเรียนรู้ควรช่วยบูรณาการ

ความรู้และทักษะเดิมของผู้เรียนให้กลายเป็นสมรรถนะทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งปรับการสอนให้ยืดหยุ่นตามพื้นฐานของผู้เรียนแต่ละคน “เราต้องเสริมความเชื่อมั่นให้เขามากขึ้น ให้เขาเป็นผู้กล้า... ต้องทำอย่างไรให้ของที่เขามีอยู่ถูกอินทิเกรตเข้าไปด้วย” (E02) “นักศึกษามีพื้นฐานการเรียนรู้ต่างกันมาก ต้องปรับการสอนให้ยืดหยุ่น...” (E03)

7. ความมุ่งมั่นและการคงอยู่ในวิชาชีพ ข้อมูลที่ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้เรียนจำนวนมากมีแรงจูงใจภายในและความมุ่งมั่นที่จะเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลอย่างจริงจัง สอดคล้องกับปรัชญาการศึกษาที่มุ่งเปิดโอกาสให้ผู้ที่เปลี่ยนสายอาชีพมาเป็นพยาบาล เป็นการสร้างเส้นทางวิชาชีพใหม่ที่ผู้เรียนเลือกอย่างมีความหมาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอว่า”ปรัชญาการศึกษาต้องเขียนให้ชัด ว่าจะมุ่งหวังให้การศึกษาพยาบาลนี้เป็นเครื่องมือในการลดปัญหาการว่างงานในสังคม และช่วยสร้างทักษะวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลเป็นแรงงานฝีมือที่จะช่วยตอบสนองภาวะการขาดแคลนพยาบาล... เพราะเขามาเรียนเพราะอยากเป็นพยาบาล”(E06) “เด็ก 2 ปีครึ่งที่เข้ามา เขามีเป้าหมายที่ดีมากที่จะทำให้พยาบาลเข้าสู่ธุรกิจการพยาบาล เพราะฉะนั้นต้องมีการสื่อสารที่ดี และประทับใจ ต้องสื่อสารให้คนไข้เข้าใจ”(E01)

การอภิปรายผลการวิจัย

ด้านบริบทของหลักสูตรพบว่าได้รับการประเมินในระดับมาก โดยเฉพาะด้านอัตลักษณ์และคุณลักษณะบัณฑิตที่ได้คะแนนสูงสุด สะท้อนว่าผู้ตอบแบบสอบถามมองเห็นภาพบัณฑิตที่หลักสูตรมุ่งผลิตอย่างชัดเจน ทั้งในมิติคุณค่าทางวิชาชีพ การเรียนรู้ตลอดชีวิต ความภาคภูมิใจในบทบาทการพยาบาล และความมุ่งมั่นที่จะคงอยู่ในวิชาชีพ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร graduate entry ซึ่งพบว่าการพัฒนาอัตลักษณ์ทางวิชาชีพของผู้เรียนกลุ่มนี้มีความโดดเด่น และสามารถพัฒนาได้รวดเร็วผ่านประสบการณ์การคิดและการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาล แม้อยู่ในหลักสูตรที่มีความเข้มข้นสูง6 แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรสำหรับผู้สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นสามารถสร้างบัณฑิตที่มีอัตลักษณ์วิชาชีพชัดเจนและเข้มแข็งได้ อีกทั้งผู้ทรงคุณวุฒิยังเห็นว่า หลักสูตรนี้ถูกพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของปรัชญาที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิต และเป็นเส้นทางวิชาชีพใหม่สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีสาขาอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่พบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่มาเรียนเพราะต้องการเป็นพยาบาล มีแรงจูงใจภายในสูง มุ่งมั่นที่จะอยู่ในวิชาชีพและมองหลักสูตรเป็นโอกาสในการเปลี่ยนสายอาชีพและลดปัญหาการว่างงาน สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่ระบุว่าผู้เรียนในหลักสูตรประเภทนี้มักมีแรงขับเคลื่อนภายในที่แข็งแกร่งและมีเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงเส้นทางชีวิตอย่างชัดเจน[7] ดังนั้น การที่หลักสูตรสามารถสร้างบัณฑิตที่มีแรงจูงใจภายในสูง มีอัตลักษณ์วิชาชีพชัดเจน และพร้อมปฏิบัติงานได้ทันทีหลังสำเร็จการศึกษา แสดงถึงบริบทและปรัชญาหลักสูตรมีความเหมาะสมต่อการตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ และเป็นทางเลือกที่มีคุณค่าสำหรับผู้ที่ต้องการเปลี่ยนเส้นทางอาชีพเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล

ด้านปัจจัยนำเข้าผลเชิงปริมาณพบว่าการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยมีจุดแข็งที่คุณภาพอาจารย์และทรัพยากรการเรียนรู้ แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีฐานทรัพยากรที่มั่นคงทั้งในด้านกำลังคนทางวิชาการและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขตั้งต้นที่เอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าคุณภาพอาจารย์เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่สุด โดยอาจารย์ต้องมีความพร้อมด้านเนื้อหาและการจัดการเรียนการสอน ตอบคำถามที่ท้าทายได้ มีความยืดหยุ่นและพร้อมช่วยเหลือนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง[8] ขณะเดียวกันผลเชิงคุณภาพด้านการใช้และต่อยอดความรู้จากประสบการณ์เดิมชี้ให้เห็นว่าความหลากหลายของพื้นฐานการศึกษาเป็นทุนเดิมที่มีคุณค่า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้ “เสริมความเป็นพยาบาลควบคู่กับการอินทิเกรตสิ่งที่ผู้เรียนมีอยู่เดิม” และปรับการสอนให้ยืดหยุ่นตามพื้นฐานที่แตกต่าง จากข้อเสนอบ่งชี้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังให้หลักสูตรดึงศักยภาพของผู้เรียนมาใช้ผ่านการบูรณาการความรู้ข้ามสาขาและการจัดการเรียนการสอนแบบเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบความท้าทายในการออกแบบการเรียนการสอนในหลักสูตรที่เข้มข้นให้ตอบสนองทั้งความต้องการของภาคสุขภาพและลักษณะเฉพาะของผู้เรียน โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เน้นสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เป็นจริงและการดึงความรู้ ทักษะเดิมของผู้เรียนมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมและการประเมินผลในหลักสูตร[9]

ด้านกระบวนการ มีผลการประเมินอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้และการประเมินผล แสดงให้เห็นว่าหลักสูตรมีระบบการเรียนการสอนและการวัดผลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ประเด็นที่ควรได้รับการเน้นย้ำ ได้แก่ การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานกับทีมสุขภาพ ซึ่งบัณฑิตควรสามารถใช้ภาษาที่ชัดเจน เหมาะสมกับผู้รับบริการ ลด

ความคลาดเคลื่อน เสริมสร้างความเชื่อมั่นในวิชาชีพ ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ยาซึ่งต้องอาศัยความรอบคอบสูง จึงควรมีกระบวนการจัดการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติที่เน้นสถานการณ์เสี่ยงสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ใช้การจำลองสถานการณ์ความจริงสูงเพื่อประเมินผลการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โดยพบว่าการจำลองสถานการณ์ช่วยให้ผู้สอนสามารถประเมินการตัดสินใจทางคลินิกและการทำงานเป็นทีมได้อย่างแท้จริง[5] ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังเสนอให้มีระบบติดตามบัณฑิต การจัดอบรมซ้ำ เพิ่มประสบการณ์ในหน่วยงานเฉพาะทาง เช่น ICU และการใช้การจำลองสถานการณ์มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าแม้กระบวนการในปัจจุบันจะได้รับการประเมินในระดับดีมาก แต่ยังมีความคาดหวังให้เสริมสร้างความเข้มแข็งด้านทักษะคลินิกเชิงลึกและการจัดการความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่แนะนำให้บูรณาการการจำลองสถานการณ์เข้ากับกระบวนการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการพัฒนาเครื่องมือประเมิน และส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง[5,10] นอกจากนี้ ผลการประเมินด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ต่ำกว่ามิติอื่น สะท้อนถึงโอกาสในการบูรณาการกิจกรรมบริการวิชาการและสังคมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการทำงานเชิงรุก ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้เรียนกลุ่มที่สำเร็จปริญญาตรีสาขาอื่นสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมเข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้จึงมิใช่เพียงการพัฒนาทักษะวิชาชีพ แต่ยังช่วยลดช่องว่างในการปรับตัวและสร้างความเข้าใจในพลวัตของระบบสุขภาพภาคประชาชน หล่อหลอมให้บัณฑิตเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มีศักยภาพนอกเหนือจากบทบาทการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ด้านผลผลิตได้รับการประเมินในระดับมากที่สุดทุกด้าน สะท้อนถึงประสิทธิผลของหลักสูตรในการพัฒนาบัณฑิตให้บรรลุทั้งคุณลักษณะที่พึงประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเป้าหมาย โดยบัณฑิตประเมินสมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความพร้อมต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าบัณฑิตจากหลักสูตรเร่งรัดมีสมรรถนะไม่ด้อยกว่าบัณฑิตจากหลักสูตรปกติ[11] และการประเมินหลักสูตรเฉพาะทางที่รายงานว่าด้านผลผลิตมีคะแนนสูงที่สุดในทุกมิติ[12] จากมุมมองของผู้ใช้บัณฑิต พบว่าสามารถปฏิบัติงานได้จริงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ โดยมีจุดเด่นด้านการปรับตัว การคิดวิเคราะห์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการใช้เทคโนโลยี ขณะเดียวกัน ความหลากหลายของพื้นฐานเดิมยังเอื้อต่อการบูรณาการความรู้จากหลายศาสตร์เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ หลักสูตรยังมีบทบาทในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและความภาคภูมิใจในวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะทางการพยาบาล[13] อย่างไรก็ตาม ยังพบความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ แม้บัณฑิตจะมีทัศนคติที่ดี แต่ยังต้องการการสนับสนุนในการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ จึงควรจัดระบบช่วงเปลี่ยนผ่านและพี่เลี้ยงเพื่อช่วยลดความท้าทายของบัณฑิตใหม่ ข้อเสนอแนะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้ CIPP Model ซึ่งชี้ว่าการประเมินผลผลิตอย่างต่อเนื่องและการทบทวนหลักสูตรทุก 2–3 ปี เป็นกลไกสำคัญในการรักษาความทันสมัยของหลักสูตรและคุณภาพของบัณฑิต[14,15]

ผลการประเมินตามกรอบซิปป์ (CIPP) ที่สะท้อนจุดแข็งและประเด็นการพัฒนาในมิติบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ได้ถูกนำมาใช้เป็นฐานในการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (PLOs) เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะสอดคล้องกับพลวัตของระบบสุขภาพและวิชาชีพ โดยเน้นทักษะการบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ควบคู่กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพที่คำนึงถึงสิทธิ ความปลอดภัย และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้ บัณฑิตยังได้รับการบ่มเพาะให้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์งานวิจัยและนวัตกรรม มีจิตอาสาและจริยธรรม ตลอดจนมีภาวะผู้นำที่สามารถทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและสื่อสารเชิงวิชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์เพื่อขับเคลื่อนการปฏิบัติงานและการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ภายใต้เป้าหมายดังกล่าว หลักสูตรจึงมุ่งบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลเข้ากับวิทยาการสมัยใหม่ เพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรมสุขภาพที่ตอบสนองต่อพลวัตของระบบสาธารณสุข ควบคู่กับการขับเคลื่อนทักษะดิจิทัลและปัญญาประดิษฐ์บนฐานจริยธรรมวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า การจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือในสภาพแวดล้อมเสมือนจริงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยหลอมรวมองค์ความรู้และสร้างประสบการณ์การเรียนรู้อย่างมีความหมาย

อันจะหล่อหลอมให้บัณฑิตพยาบาลรุ่นใหม่มีสมรรถนะการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ที่สามารถขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การพัฒนาหลักสูตรในระยะต่อไปควรยกระดับผ่านยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ 1) บูรณาการประสบการณ์ทางคลินิกและเครือข่ายสุขภาพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะตาม PLOs ใหม่ 2) สร้างอัตลักษณ์ “พยาบาลพหุมิติ” ที่ขับเคลื่อนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรม 3) ประยุกต์ใช้แนวคิด Constructive Alignment เชื่อมโยงผลลัพธ์การเรียนรู้สู่รายวิชาอย่างเป็นระบบ 4) พัฒนาระบบประเมินสมรรถนะที่หลากหลายตามสภาพจริง และ 5) เสริมศักยภาพคณาจารย์ให้เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างบัณฑิตที่พร้อมรับพลวัตของระบบบริการสุขภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยติดตามผลบัณฑิตระยะยาวในช่วง[1,3] และ 5 ปี หลังสำเร็จการศึกษา เพื่อประเมินความคงอยู่ของสมรรถนะในวิชาชีพ ความก้าวหน้าในสายงาน และอัตราการคงอยู่ในวิชาชีพ รวมทั้งควรดำเนินการวิจัยเชิงเปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้และสมรรถนะระหว่างบัณฑิตจากหลักสูตร 2.5 ปีกับหลักสูตร 4 ปี เพื่อระบุจุดแข็ง จุดที่ต้องพัฒนา และยืนยันความเท่าเทียมด้านคุณภาพและสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งจะสะท้อนความยั่งยืนและประสิทธิผลของหลักสูตรในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วิไลวรรณ ทองเจริญ รองศาสตราจารย์ ดร. รุ้งนภา ผานิตรัตน์ และอาจารย์มัตติกา ใจจันทร์ สำหรับข้อเสนอแนะทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ ขอขอบคุณผู้บริหาร คณาจารย์ บัณฑิตพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

References

1. National Economic and Social Development Council. The 20-Year National Strategy (B.E. 2561–2580 [2018–2037]). 2nd ed. Bangkok: Secretariat of the National Strategy Committee; 2019. (in Thai)
2. Posavac EJ. Program evaluation: Methods and case studies. New York: Routledge; 2016.
3. Stufflebeam DL. The CIPP model for evaluation. New Directions for Evaluation. 2003;(100): 31-62.
4. Ignacio J, Chen HC, Roy T. Advantages and challenges of fostering cognitive integration through virtual collaborative learning: a qualitative study. BioMed Central Nursing. 2022;21(1):1-14.
5. Sinthuchai S, Ubolwan K, Bunsonti N, Yod-A-Sa P, Doungsuriya P. Effect of high-fidelity simulation-based learning on clinical decision-making ability of nursing students. Journal of Police Nursing. 2019;11(1):172-183. (in Thai)
6. McClunie-Trust P, Jarden R, Marriott P, Winnington R, Dewar J, Shannon K, et al. Graduate entry nursing students’ development of professional nursing self: a scoping review. International Journal of Nursing Studies. 2024;151:104670.
7. Macdiarmid R, Turner R, Winnington R, McClunie-Trust P, Donaldson AE, Jarden RJ, et al. What motivates people to commence a graduate entry nursing programme: a mixed method scoping review. BioMed Central Nursing. 2021;20(1):47.
8. Boellaard MR, Brandt CL, Zorn CR. Faculty to faculty advice for educators new to teaching in accelerated second baccalaureate degree nursing programs. Journal of Nursing Education. 2015;54(6):343-346.

9. Macdiarmid R, Winnington R, Cochrane S, Merrick E. Using educational design research to develop authentic learning for graduate entry nursing students. Nurse Education in Practice. 2021;54:103135.
10. Pengrachrong J, Baitrakul S, Kiatsuwan J, Tongprateep T, Chanprasit C. Using high fidelity clinical simulation for enactive transformative evaluation: experiences from Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2017;21(4):329-341.
11. Doggrell SA, Schaffer S. Attrition and success rates of accelerated students in nursing courses: a systematic review. BioMed Central Nursing. 2016;15:24.
12. Akathin S, Ounjaichon S, Siripukdeekan C. An evaluation of nursing specialty program in nursing administration, revised 2015, The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2): 417-425. (in Thai)
13. Tornwall J, Tan A, Bowles W. Pride and competency in accelerated nursing programs. Nursing Education Perspectives. 2018;39(6):343-349.
14. Zhang Y, Li X, Zhang H, Liu H, Li Q. Analysis of the effectiveness of the teaching reform of traditional Chinese medicine nursing courses in colleges and universities based on the CIPP evaluation model. Applied Mathematics and Nonlinear Sciences. 2024;9(1):1-17.
15. Lee Y, Park J, Kim WH, Shin JS, Yoon HB. Beyond the surface: unraveling global health curriculum insights through interviews of learners and educators using the CIPP model. Korean Journal of Medical Education. 2024;36(1):41-50.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็งทางใจ เพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น

The effectiveness of the Self-Efficacy Enhancement Program on Resilience for Prevention Substance Abuse Among Early Adolescents

อัญมณี อินเม้ อังคณา จิรโรจน์* เอกอุมา อิ้มคำ
Anyamanee Inmae Angkana Jirarode* Ek-uma Imkome
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12121
Faculty of Nursing,Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความเข้มแข็งทางใจ เพื่อป้องกันสารเสพติด ในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 คน คือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุ 13-14 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 120-150 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล และได้รับการเรียนการสอนในโรงเรียนตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลหาการแจกแจง ความถี่และร้อยละโดยสถิติเชิงพรรณนา และค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ โดยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด (M=236.05, SD=10.06) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=196.17, SD=10.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.36, p<.05) ค่าเฉลี่ยคะแนนความความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (D_1 = 39.88, SD = 17.39) ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลและการเรียนการสอนในโรงเรียนตามปกติ (D_1 =1.23, SD=37.66) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.43, p < .05)

ผลการวิจัย สนับสนุนว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สามารถเพิ่มความความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, ความเข้มแข็งทางใจ, วัยรุ่นตอนต้น

Abstract

This quasi-experimental research design with a control group and pre-posttest studied the effect of a self-efficacy enhancement program on resiliently preventing substance abuse among early adolescents. The sample comprised 68 secondary school students at the Matthayom 2 level aged 13 to 14 in Phetchaburi Province. They were randomly assigned to experimental and control groups of 34 participants each. The experimental group experienced the self-efficacy enhancement program against substance abuse for 8 weeks, 120-150

Corresponding author: angkoa@hotmail.com

วันที่รับ (Received) 25 มี.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 6 เม.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 17 พ.ค. 2568

minutes per session, once weekly without interruption. The control group received routine care and continued their regular school schedule. The mean score of resolve against substance abuse was compared between the experimental and control groups by the dependent t-test. The difference in mean resilience scores pre- and post- implementation of the program was compared to an independent t-test.

Results were that 1) the mean score of resilience in preventing substance abuse scores after participating in the program (M=236.05, SD=10.06) was higher than before the intervention (M=196.17, SD=10.06) at a statistical significance of .001 (t=13.36, p < .05) 2) The difference in mean scores of resilience in preventing substance abuse between the experimental group (D_1= 39.88, SD=17.39), which received the program, and the control group (D_1= 1.23, SD=37.66), which received routine care and continued their regular school schedule, was significant (t=5.43, p < .05)

These findings suggest that the self-efficacy enhancement program increases resilience in preventing substance abuse among early adolescents.

Keywords: Self-efficacy, Self-efficacy Enhancement Program, Resilience, Early Adolescence

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในสังคมไทย และสังคมโลก เนื่องจากมีผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้นทำให้มี การแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาทางสังคมในวงกว้าง ข้อมูลสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่าในปี 2022 ผู้คนทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี พบว่า 1 ใน 18 คน ใช้สารเสพติด[1] ในประเทศไทยกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่มีแนวโน้มของอายุน้อยลง โดยกลุ่มที่เข้ามาบำบัดรักษามากที่สุด คือกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี ในขณะที่กลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[2,3] โดยเฉพาะจังหวัดเพชรบุรีซึ่งตั้งในพื้นที่กระจาย สารเสพติดไปยังกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดที่เป็นเด็กและเยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปีมีจำนวนมากที่สุด[4] ในการเตรียมความพร้อมเพื่อป้องกัน สารเสพติดในเด็กและเยาวชนจึงเป็นเรื่องสำคัญและเร่งด่วน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเสริมสร้างภูมิต้านทานและรับมือกับอุปสรรคในชีวิตของวัยรุ่นเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการสร้างเกราะป้องกันภัยจากสารเสพติด ที่เรียกว่า ความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่วัยรุ่นต้องเผชิญ เป็นคุณลักษณะที่สามารถช่วยป้องกันวัยรุ่นไม่ให้ตกอยู่ในภาวะเสี่ยง โดยความเข้มแข็งทางใจสามารถพัฒนาขึ้นได้ จากการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกัน การใช้สารเสพติดในในนักเรียนมัธยมศึกษาได้[5,6]

ปัจจัยที่มีอิทธิต่อการป้องกันตนเองจากสารเสพติดในวัยรุ่น ได้แก่ การใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการใช้สารเสพติด[6] และจากการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดสารเสพติดในวัยรุ่น พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการป้องกันตนเองจากการติดสารเสพติด[6] สามารถป้องกันการติดสารเสพติดได้มากที่สุด การสร้างโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติด จึงควรมีการสร้างเสริมและพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันสารเสพติด สามารถกระตุ้นให้เยาวชนเกิดทัศนคติเชิงลบต่อสารเสพติดได้ การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ยังไม่มีโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ที่สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจเฉพาะด้านการป้องกันสารเสพติด ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมป้องกันสารเสพติดสามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด แต่ยังพบว่าไม่เพียงพอในการสร้างเกราะป้องกันสารเสพติด ซึ่งความเข้มแข็งทางใจเป็นความพร้อมทางด้านจิตใจให้ฝ่าฟันวิกฤตต่างๆ ในชีวิตได้[7] ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นมีรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูง ย่อมมีความเข้มแข็งทางใจที่สูง และมีความพร้อมเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ สารเสพติดแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน[9,10] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience)

2) การสังเกตตัวแบบ (Vicarious experience) 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) 4) สภาวะร่างกาย และอารมณ์ (Physiology and affective state) ผู้วิจัยพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจด้านการป้องกัน สารเสพติด โดยคาดว่าเมื่อวัยรุ่นได้รับการดูแลด้วยโปรแกรม ดังกล่าวจะมีจิตใจที่เข้มแข็งในการป้องกันตัวเองจากสารเสพติด สังคมปราศจากปัญหาสารเสพติด ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีคุณภาพและมีการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ที่จะสามารถตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเพื่อพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ ให้มีความรู้ความสามารถเพื่อพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด

2. เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันยาเสพติดในวัยรุ่นตอนต้น ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันสารเสพติด กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดของวัยรุ่นตอนต้นในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นตอนต้นของก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[9,10] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experience) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 รับรู้สมรรถนะแห่งตนบนถนนชีวิต และกิจกรรมที่ 8 เป้าหมายชีวิตและคำมั่นสัญญา 2) การสังเกต ตัวแบบ (Vicarious Experience) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 จัดการตัวกระตุ้น และกิจกรรมที่ 7 การแก้ปัญหา 3) การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 รู้จักเขา รู้จักฉัน รู้จักเธอ และกิจกรรมที่ 6 ทักษะการปฏิเสธและ 4) สภาวะร่างกายและอารมณ์ (Physiology and Affective State) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4 เข้าใจความโกรธ และกิจกรรมที่ 5 จัดการความเครียด ซึ่งทั้ง 8 กิจกรรม เป็นปัจจัยสำคัญต่อความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และการตัดสินใจ เมื่อวัยรุ่นได้รับการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้เกิดความเข้มแข็งทางใจสามารถรับมือต่อสถานการณ์ ที่ยากลำบากหรือความเสี่ยง ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ทั้ง 3 ด้าน[7] ได้แก่ 1) มีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ (Restraint) 2) มีความมุ่งมั่นในความสำเร็จ (Constancy) และ 3) มีความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ (Challenge) โดยเชื่อว่าวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน จะมีความเข้มแข็งทางใจ และป้องกันตนเองจากสารเสพติดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างศึกษาในโรงเรียนที่ตั้งอยู่พื้นที่การแพร่ระบาดของยาเสพติด

3. กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี อายุระหว่าง 13-14 ปี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7 จากงานวิจัยที่ศึกษาก่อนซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่ (Previous Published Studies) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% แทนค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 66.98 คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 52.50 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 23.42 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 21.31 ได้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ .646 นำไปคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อยกลุ่มละ 31 คนและเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[11] เป็นกลุ่มละ 34 คน รวม 68 คน

4. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่คนละห้องเรียน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือสามารถพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ สามารถอ่าน เขียนภาษาไทย

ได้ อายุ 13 - 14 ปี ที่ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมโปรแกรมจากผู้ปกครอง และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตที่อยู่ระหว่างการใช้ยาทางจิตเวช

5. ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประสานไปผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเข้าไปศึกษาทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลจึงมีการทำข้อตกลงกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย ให้เก็บข้อมูลเป็นความลับ และการดำเนินกิจกรรมใดๆเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติด ยกเว้นกิจกรรมโรงเรียน ให้แจ้งผู้วิจัยทุกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการนี้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขอการพิจารณาการปกป้องและพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับรอง โดยได้รับใบอนุญาต เลขที่ COA No. 040/2567 วันที่ อนุมัติ 12 เมษายน 2567 ภายหลังโครงการผ่านการพิจารณา ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประสานงานไปยังผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าไปศึกษาทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนในโรงเรียน และการได้รับการพยาบาลใดๆ โดยหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยโดยตรงตลอดเวลา

เครื่องมือการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การอยู่อาศัย การใช้สารเสพติดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว ลำดับบุตรในครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของตนเอง ฐานะทางครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันยาเสพติด นำมาจากแบบทดสอบความเข้มแข็งทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยง[12] ผู้วิจัยไม่ได้มีการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำสำหรับความเที่ยง (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปทดสอบกับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำผลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้[11]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันสารเสพติด ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[9,10,13] และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการได้รับคำปรึกษาแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องความเหมาะสมของภาษา การลำดับเนื้อหา และเวลาการดำเนินกิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางยาเสพติด 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน โดยมีคำแนะนำให้ปรับการใช้ภาษาในเนื้อหา และปรับวิธีการทำกิจกรรม และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ระหว่างทดสอบโปรแกรมไม่มีข้อความคิดเห็นให้ปรับแก้จากผู้ถูกทดสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test)
3. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความความเข้มแข็งทางใจ
4. ทดสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.8 ด้านการอยู่อาศัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 50 ด้านการใช้สารเสพติด พบว่าไม่มีการใช้สารเสพติด ด้านการใช้สารเสพติดในครอบครัว พบว่าไม่พบการใช้สารเสพติดในครอบครัว ลำดับบุตรในครอบครัว พบว่า เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 50 ด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 29.4 เท่ากัน ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า รายได้ 10,000-15000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50 สถานะรายได้ของครอบครัว พบว่า มีสถานะรายได้ครอบครัวเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 94.1 ด้านสภาพแวดล้อมที่บ้าน พบว่าบ้านอยู่ใกล้วัด คิดเป็นร้อยละ 35.3 การใช้สารเสพติดในชุมชน พบว่า ไม่มีการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 52.9

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.6 ด้านการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 55.9 ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า ไม่มีการใช้สารเสพติด ด้านการใช้สารเสพติดในครอบครัว พบว่าไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 94.1 ลำดับบุตรในครอบครัว พบว่าเป็นบุตรลำดับที่1 และลำดับที่ 2 ร้อยละ 44.1 เท่ากัน ด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครอง พบว่าจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 35.3 ด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า มีรายได้ครอบครัว 10,000-15,000 บาท และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 คิดเป็นร้อยละ 32.4 เท่ากัน สถานะรายได้ของครอบครัว พบว่าสถานะรายได้ครอบครัวเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 88.2 ด้านสภาพแวดล้อมที่บ้าน พบว่าบ้านอยู่ใกล้วัด คิดเป็นร้อยละ55.9 การใช้สารเสพติดในชุมชน พบว่า ไม่มีการใช้สารเสพติด

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติใช้สถิติฟิชเชอร์แอ็กแซ็ค (Fisher exact test) ในด้านการอยู่อาศัย การใช้ยาเสพติดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว ลำดับบุตรในครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของตนเอง ฐานะทางครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่บ้าน สำหรับตัวแปรที่ใช้ไคว์สแควร์ (Chi-square test) ในการทดสอบ ได้แก่ อายุ รายได้ของครอบครัว และสถานะรายได้ของครอบครัว

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันสารเสพติด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n=34)

คะแนนความเข็มแข็งทางใจ	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	196.17	13.44	33	13.36	.000
หลังการทดลอง	236.05	10.06			

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันสารเสพติด มีค่าเฉลี่ย (M=236.05, SD=10.06) สูงกว่าก่อนทดลอง (M=196.17, SD=13.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.36, p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=68)

ความเข้มแข็งทางใจ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t	p-value
	M	$\overline{D}_1$	SD	M	$\overline{D}_1$	SD			
ด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ		11.11			-0.18		66	4.04	.000
ก่อนการทดลอง	64.41		6.27	65.20		9.09			
หลังการทดลอง	75.52		4.00	65.02		9.10			
ด้านความมุ่งมั่นในความสำเร็จ		11.97			0.38		66	3.32	.001
ก่อนการทดลอง	66.61		7.57	66.85		10.35			
หลังการทดลอง	78.58		4.83	67.23		11.28			
ด้านความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่		16.79			1.03		66	7.67	.000
ก่อนการทดลอง	65.14		3.71	70.76		7.63			
หลังการทดลอง	81.94		4.32	71.79		5.43			

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$ = 11.11, SD = 7.42) และกลุ่มควบคุม ($\overline{D}_1$ = 0.18 , SD = 14.47) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.04, P = .00) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจด้านความมุ่งมั่นในความสำเร็จของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$ =11.97, SD = 9.22) และกลุ่มควบคุม ($\overline{D}_1$ = 0.38, SD = 18.1) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.32, P =.001) และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจด้านความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$ =16.79, SD = 9.22) และกลุ่มควบคุม ($\overline{D}_1$ =1.03, SD = 18.14) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.67, P =.00)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน และสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด สูงกว่าก่อนทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นตอนต้น ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด ได้พัฒนากิจกรรมตามทฤษฎีการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน[9,10,11,3] ทั้ง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การพูดชักจูง และ 4) สภาวะร่างกายและอารมณ์ ดังนี้

1.1 การประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่เชื่อว่าเขาสามารถทำได้ ซึ่งจัดไว้ในกิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 8 จากการมองกลับมามองเส้นทางชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง เส้นทางชีวิตที่อยากเป็นในอนาคต การวางแผนเป้าหมายชีวิตในอนาคตและการมอบคำสัญญาที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด เป้าหมายของกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ด้านความมุ่งมั่นในความสำเร็จ (Constancy) คือ มีความรู้สึกถึงความสามารถและความเชื่อมั่นว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงให้ดีกว่าเดิมสอดคล้องการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดยาเสพติดในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดยาเสพติดได้มากที่สุดคือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันตนเองจากการติดยาเสพติด[14,15]

1.2 การสังเกตตัวแบบ เป็นการที่เห็นบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกับตนประสบความสำเร็จ จะสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเห็นว่าตนมีสมรรถนะที่จะกระทำการในทำนองเดียวกันนั้นให้สำเร็จได้เช่นกัน ซึ่งจัดไว้ในกิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 7 จากการได้เห็นบุคคลที่มีชื่อเสียงผ่านวิกฤติจากสารเสพติด และจากการได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตนเอง แก้ไขปัญหาชีวิตที่เกือบจะล้มเหลวจากสารเสพติดได้ โดยเป้าหมายของกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ด้านความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ (Challenge) มีความสามารถในการระบุสาเหตุของปัญหาได้อย่างเข้าใจและถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษา[16,17] ที่พบว่า โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยให้เยาวชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารเสพติดและป้องกันตัวเองจากยาเสพติดเพิ่มขึ้นได้

1.3 การพูดชักจูง เมื่อรู้สึกว่าตนเองได้รับกำลังใจหรือเสียกำลังใจจากคำพูดของคนอื่น เกิดเป็นความพยายามในการทำพฤติกรรมมากขึ้น ซึ่งจัดไว้ในกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 6 จากการรู้เท่าทันอันตรายจากสารเสพติดทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม ให้เกิดความตระหนักในพิษภัยของสารเสพติด และทักษะการปฏิเสธเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกชักชวนไปใช้สารเสพติด โดยเป้าหมายของกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ (Restraint) และสามารถในการควบคุมสิ่งที่ทำให้ไขว้เขวหรือกระตุ้นความสนใจ และด้านความมุ่งมั่นในความสำเร็จ (Constancy) ซึ่งสอดคล้องศึกษาที่พบว่า การใช้สารเสพติดในกลุ่มเพื่อน การรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการใช้สารเสพติด สามารถป้องกันตนเองจากยาเสพติด[11,18]

1.4 สภาวะร่างกายและอารมณ์ การสร้างความรู้สึกให้เกิดความคุ้นเคยกับสถานการณ์ทางบวกจะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ซึ่งจัดไว้ในกิจกรรมที่ 4 และ กิจกรรมที่ 5 จากการสำรวจรับรู้สภาวะอารมณ์ของตนเอง อารมณ์โกรธ ความรู้สึก ความคิด และการรับมือกับความเครียด ซึ่งเป้าหมายของกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจด้านความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ (Restraint) เป็นความสามารถในการอยู่ได้อย่างสงบภายใต้ความกดดัน ซึ่งสอดคล้องศึกษา[5,18] พบว่า ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดในในนักเรียนมัธยมศึกษามากที่สุด

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด มีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในโรงเรียน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นด้วยกิจกรรมทั้ง 8 สัปดาห์ ที่มุ่งเน้นพัฒนามรรถนะแห่งตนทั้ง 4 องค์ประกอบ ส่งผลให้ให้เกิดการความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน คือมีความมุ่งมั่นในความสำเร็จ มีความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ และมีความกล้าเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ[12,19,20] แสดงให้เห็นถึงการที่ผู้ร่วมวิจัยได้รับการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนด้านการต่อต้านยาเสพติด สามารถทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดที่สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการจัดการอบรมด้านการศึกษา บริการงานวิชาการ การนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันสารเสพติดหรือการอบรมพยาบาล เพื่อป้องกันสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันสารเสพติดอย่างต่อเนื่องในระยะ 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามระดับความเข้มแข็งทางใจ หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันสารเสพติด

References

1. Office of the Narcotic Control Board. Action Plan for Narcotic Prevention and Suppression 2022. Bangkok; Ministry of Justice; 2023
2. Office of the Narcotic Control Board. Result of Drug Suppression, Annual Report 2023. Bangkok; Ministry of Justice; 2024

3. Deewattakul P. Measures to Build Immunity and Prevent Drugs in Educational Institutions of Schools under Bangkok. Journal of Mahachulalongkornrajavidyalaya University Buddhapanya Review. 2024;9(1):145-59. (in Thai)
4. Jaroenying P, Charoenputh V & Boonbandarn K. Approch of Preventing and Law Enforcement of Drugs and Narcotic Widespread in Phetchaburi District. Journal of Mani Chettha Ram Wat Chommani. 2018;7(5): 1124-40. (in Thai)
5. Pongnantakunkij P, Henhudomsub P & Dallas J. Factors Influencing Drug Preventive Behaviors in High School Students. Journal of The Royal Thai Army Medical. 2018;19 (Supplement):224-32. (in Thai)
6. Choden P, Hengudomsub P & Deoisres W. Factors Influencing Substance Use among Adolescents in a higher secondary School in Thimphu, Bhutan. Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2018;26(4):60-9. (in Thai)
7. Hongsutthi P. Factors Influencing Drug Preventive Behaviors for Drug Addiction Among Male Students of Extended Educational Opportunity School. (Thesis). Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)
8. Luthans F, Youssef CM & Avolio BJ. Psychological Capital: Developing the human competitive edge. Oxford: Oxford University Press; 2017.
9. Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. New York: Prentice-Hall; 1986.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review. Stanford: Stanford University; 1997.
11. Sathitlayakorn B. Development and validation of research instruments : psychometric properties. Bangkok: Chulalongkorn University ; 2012. (in Thai)
12. Thangrattana M. Delvelopment of a Non-formal Education Program to enhance Drug Abuse Resilience Quotient of Youth at Risk of Drug Relapse. (thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in Thai)
13. Bandura, A. Self - efficacy: The exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
14. Laodarun S. Factors Influencing Drug Preventive Behaviors among students Of Opportunity Expansion School. (Thesis). Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
15. Hongsutthi P, Hengudomsub P & Vatanasin D. Factors Influencing Preventive Behviors for Drug Addiction Among male Students of Extended Eductionl Opportunity Schools. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2017;3(3):33-40. (in Thai)
16. Hongtiyanon T, Tipawong A, Yodkollkij L & Chaaleoykitti S. The Effectiveness of Perceived Self- Efficacy Program for Assisting Adolescences Towards Behavioral of Avoiding Narcotics. Journal of The Royal Thai Army Medical. 2019;72(1):112-23 (in Thai)
17. Pongnantakulkit P. Factors Influencing Drug preventive Behaviors in High school students. (thesis). Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)
18. Wongpanarak N & Wongpiriyayothar A. The Effects of a Self-efficacy Perception Promoting Program for Nursing Students on Knowledge about Tobacco and Self-efficacy to Promote Smoking Cessation. Nursing Journal Chiangmai University. 2022;29(2):140-52. (in Thai)
19. Ratchakaew P. Motivation Factors Influence the Drug Prevention Behavior of Secondary School in Naratiwat Province under the Office of Secondary Educational Service, Ariea15. Journal Patumtani University. 2021; 13(1): 99-115 (in Thai)
20. Chowchalard P, Benjakul S, Kengganpanich M & Kengganpanich T. Effects fan Alcohol Use Prevention Program Applying Self-Efficacy Theory among 7th Grade Students in Nakhon-Pathom Province. Rama Nurse Journal. 2018; 24(2):210-24 (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Family Strenght Enhancing Program on Caregiving Burden in Family Caregivers of Schizophrenic Patients

พรปวีณ์ ยังปักษี* รัชนีกร อุปเสน
Pornpavee Yangpaksee* Ratchaneekorn Upasen
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 38 คน ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัวเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81 และ .90 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .73 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว, ภาระการดูแล, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a Family Strength Enhancing Program on caregiving burden in family caregivers of schizophrenic patient. The sample was family caregivers of schizophrenic patient of 38 people were selected through purposive sampling based on specified eligibility criteria. The experimental group received the Family Strength Enhancing Program, while the control group received routine nursing care. The research instruments included: 1) the Family Strength Enhancing Program, 2) a personal information questionnaire, 3) the Caregiving Burden Scale, and 4) the Family Strength Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts, with instruments 3rd and

Corresponding Author: *E-mail: poppaveepop@gmail.com
ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
The research was funded by the faculty of Nursing Chulalongkorn University

วันที่รับ (received) 21 พ.ค 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 ก.ย. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ต.ค. 2568

4th CVI of 1 and .97 respectively, The Cronbach's alpha coefficient reliability of .73 and .85, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test. The conclusions of this research were as follows: After attending the Family Strength Enhancing program, Caregiving burden in family caregivers of schizophrenic patient of the experimental group were significantly lower than before attending the program, as well as these results were lower than the control group at the .05 level. The findings can be applied to develop family nursing programs that enhance family strength and reduce caregiving burden for schizophrenic patients.

Keywords : Family Strength Enhancing, caregiving burden, caregivers of schizophrenic patient

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคของความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมเป็นเวลานาน จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบอัตราความชุกของผู้ป่วยจิตเภทในประชากรทั่วไป 1 ใน 300 ทั่วโลก[1] ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากเป็นอันดับ 1 ของการเจ็บป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะอาการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังและมีความรุนแรงมาก ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ภาระหน้าที่ในการดูแลตกเป็นของครอบครัวมากขึ้น[2] การดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องและใช้เวลานานผู้ดูแลจึงเกิดความเหนื่อยล้าและความรู้สึกเชิงลบ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบอย่างมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ[3] ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 90[4] ภาระการดูแลหมายถึง ประสบการณ์การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจและความเดือดร้อนของผู้ดูแลเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านปรนัย ได้แก่ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและด้านอัตนัย ได้แก่ ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกิริยาการตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล[5] ซึ่งภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นทำให้ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก การดำเนินชีวิตประจำวัน เศรษฐกิจ สังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวล้วนเปลี่ยนแปลงไป สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับสูงกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.740$, $\beta=-.418$, $p < .001$)[6] และอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= - .29$, $= -0.22$, $p< .05$)[7] กล่าวคือ หากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้สมาชิกขาดความรักขาดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาในการดูแล ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวดี จะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวเข้ากับบทบาทภาระหน้าที่ได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นชุดของสัมพันธภาพและกระบวนการที่สนับสนุนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่ประสบปัญหาเลวร้าย ความเข้มแข็งของครอบครัวจะช่วยรักษาความเหนียวแน่นของสมาชิกในครอบครัวและช่วยส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาวะแก่สมาชิกในครอบครัว ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลลดลง

การบำบัดทางจิตสังคมที่ผ่านมามุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดการอารมณ์ เสริมทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ให้คำปรึกษาแก้ปัญหาภายในครอบครัว ซึ่งสามารถลดภาระการดูแลให้ผู้ดูแลได้ระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดที่เน้นเพียงการถ่ายทอดข้อมูลมากกว่าการสร้างความเข้มแข็งเชิงโครงสร้างภายในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศมีการศึกษาผลของโปรแกรมสนทนาเพื่อการบำบัดที่มุ่งเน้นความเข้มแข็งของครอบครัวแบบย่อผลการศึกษาพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งของครอบครัว โดยจัดกระทำกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพ การสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการสนับสนุนจากครอบครัวตามที่ผู้วิจัยได้เลือกมาจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว มีแนวคิด

มาจากความเข้มแข็งของครอบครัว[9] มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) ชื่นชมยินดีและมีความรู้สึกดีต่อกัน (Appreciation and affection) 2) มีความสามารถในการจัดการปัญหาวิกฤติชีวิต 3) สื่อสารด้านบวก (Positive communication) 4) ใช้เวลาคุณภาพร่วมกันอย่างมีความสุข (Time together) 5) มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ(Spiritual well-being) 6) ยึดมั่นคำสัญญา รักษาคำพูด (Commitment) ซึ่งหากในครอบครัวมีความเข้มแข็ง จะสะท้อนถึงคุณลักษณะที่สำคัญคือการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น[7] สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่น ไว้วางใจ ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ภาระในการดูแลลดลง[10]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

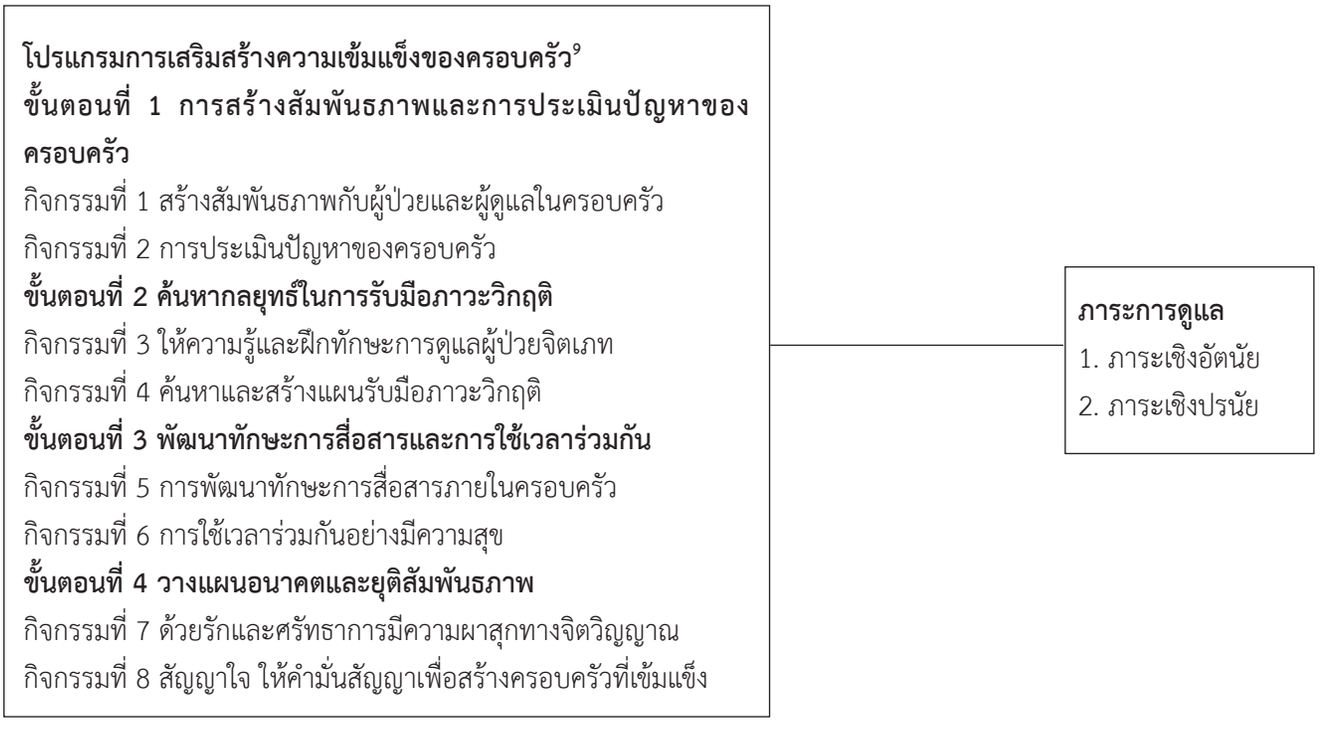
สมมติฐาน

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว[9] มาพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลทั้งเชิงปรนัยและอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะทำการศึกษาวิจัยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยการจับคู่ (Matched Pair) อายุ และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคุมจนครบทั้ง 20 คู่ ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการดำเนินการวิจัยมีการ Drop out ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 38 คน เป็นกลุ่มทดลอง 19 คน กลุ่มควบคุม 19 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้ขอความเห็นชอบและได้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยโดยสำนักงานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก และได้ผ่านการรับรองเลขที่โครงการวิจัย Q020h/67 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว โดยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว[9] ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse: APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จนครบทั้ง 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรมเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล 2) แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท[5] ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ใช้แบบวัดความเข้มแข็งของครอบครัว[9] ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินภาระการดูแลโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) ดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว จำนวน 4 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม กิจกรรมละ 30-45 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหาของครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 ค้นหากลยุทธ์ในการรับมือภาวะวิกฤติ ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารและการใช้เวลาร่วมกัน และขั้นตอนที่ 4 วางแผนอนาคตและยุติสัมพันธภาพ จากนั้นนัดหมายกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในอีก 1 สัปดาห์) เพื่อประเมินภาระการดูแล (Post test) ด้วยแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเมินภาระการดูแลโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 4 สัปดาห์ จากนั้นนัดหมายกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 5 (ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมในอีก 1 สัปดาห์) และประเมินภาระการดูแล (Post test) ด้วยแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.9) เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 57.9) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 42.1) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.4) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.5) มีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 50) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา (ร้อยละ 53) และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1-5 ปี (ร้อยละ 50)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน (N=19)

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมและรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	df	t	P-value
ภาระโดยรวม (24-120 คะแนน)					
ก่อนการทดลอง	72.15	13.90	18	13.526	*.001
หลังการทดลอง	52.53	11.95			
ภาระเชิงอัตนัย (12-60 คะแนน)					
ก่อนการทดลอง	40.42	4.58	18	18.744	*.001
หลังการทดลอง	27.89	5.29			
ภาระเชิงปรนัย (12-60 คะแนน)					
ก่อนการทดลอง	31.73	10.42	18	6.128	*.001
หลังการทดลอง	24.63	7.61			

*p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมลดลงจาก 72.15 (S.D. = 13.90) เป็น 52.53 (S.D. = 11.95) โดยผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 13.526, df = 18, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าภาระเชิงอัตนัยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 40.42 (S.D. = 4.58) และ 27.89 (S.D. = 5.29) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 18.744, df = 18, p < .001) สำหรับภาระเชิงปรนัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 31.73 (S.D. = 10.42) และ 24.63 (S.D. = 7.61) ตามลำดับ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 6.128, df = 18, p < .001)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลชองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (N= 38)

คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล	N	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	19	72.16	13.901	-.421	.677
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	73.79	9.61		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	19	52.53	11.95	-6.467	*.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	74.68	8.95		

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -0.421, df = 36, p = .676) แต่หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.467, df = 36, p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งของครอบครัว[9] เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพ การสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแล โดยแต่ละกิจกรรมจัดกระทำต่อปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการประเมินปัญหาของครอบครัว เป็นกิจกรรมที่นำองค์ประกอบที่ 1 การชื่นชมยินดีและมีความรู้สึกดีต่อกัน (Appreciation and affection) ซึ่งกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดการยอมรับ และเข้าใจกันมากขึ้น มีการชื่นชมกันในมุมมองด้านบวก ซึ่งความสัมพันธ์เชิงบวกภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับภาระการดูแลที่ลดลง[13] และหากในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความอบอุ่น ไว้วางใจเล่าปัญหาที่แท้จริงในครอบครัว เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดภาระเชิงอัตนัยลงได้[7] และการประเมินปัญหาของครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจพลวัตในครอบครัว รับรู้ถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัวและชุมชนที่สามารถช่วยแบ่งเบาภาระได้ การที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจสถานการณ์ภายในครอบครัวและเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ปรับบทบาทหน้าที่ได้เหมาะสม จึงส่งผลทำให้ภาระเชิงปรนัยลดลง[14]

ขั้นตอนที่ 2 ค้นหากลยุทธ์ในการรับมือภาวะวิกฤติ พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและภาวะวิกฤติของโรคจิตเภท สามารถค้นหาแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ จึงส่งเสริมให้เกิดองค์ประกอบสำคัญของความเข้มแข็งของครอบครัวคือ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถในการจัดการปัญหาวิกฤติชีวิต (Ability to manage stress and crisis effectively)[9] โดยครอบครัวที่เข้มแข็งจะสามารถจัดการกับความเครียดและวิกฤติในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และทักษะด้านการจัดการอาการของผู้ป่วยจิตเภทแก่ครอบครัว สามารถลดระดับความเครียดและความรู้สึกวิตกของผู้ดูแลได้[15] ซึ่งการมีแผนรับมือกับภาวะวิกฤติ ส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแล ช่วยเพิ่มพลังอำนาจภายใน ลดความรู้สึกสิ้นหวังของผู้ดูแล ทำให้ภาระเชิงอัตนัยลดลง[16] ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสามารถจัดการกับปัญหา รู้สึกว่าตนยังมีคุณค่าและเป็นที่รักของบุคคลอื่น รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือ ทำให้เกิดกำลังใจจะต่อสู้ปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ภาระการดูแลด้านปรนัยและด้านอัตนัยลดลง[17]

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาทักษะการสื่อสารและการใช้เวลาร่วมกัน ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวกและแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสมมากขึ้น รวมถึงสามารถวางแผนการใช้เวลาร่วมกันในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งเสริมให้เกิดองค์ประกอบที่ 3 การสื่อสารทางบวก (Positive communication) และองค์ประกอบที่ 4 การใช้เวลาคุณภาพร่วมกันอย่างมีความสุข (Time together) ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น ส่งผลให้ลดความตึงเครียด ความขัดแย้ง และความเหนื่อยล้าทางจิตใจ ทำให้ภาระการดูแลเชิงอัตนัยลดลง การสื่อสารเชิงบวกภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท มีผลต่อการลดความเครียด ความรู้สึกกังวล และภาระทางอารมณ์ของผู้ดูแล[18] ในส่วนของการวางแผนการใช้เวลาร่วมกัน และการออกแบบตารางกิจกรรมในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกมีเป้าหมายร่วมกันในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช่กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบเพียงลำพัง แต่เป็นโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์และสร้างคุณค่าให้กับสมาชิกครอบครัวทุกคน การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การใช้เวลาคุณภาพร่วมกัน และการทำกิจกรรมที่มีความหมายร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ระดับภาระการดูแลลดลง และยังส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ดูแลในระยะยาว[19]

ขั้นตอนที่ 4 วางแผนอนาคตและยุติสัมพันธภาพ ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลสามารถแสดงออกถึงความศรัทธาในหลักธรรมคำสอนทางศาสนา การยึดมั่นในความดี และการมีความหวังในอนาคต ร่วมกับการให้คำมั่นสัญญาที่แสดงถึงความรับผิดชอบและพันธะต่อกันในครอบครัว จึงส่งเสริมให้เกิดองค์ประกอบที่ 5 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

(Spiritual well-being) และองค์ประกอบที่ 6 การยึดมั่นคำสัญญา รักษาคำพูด (Commitment) การให้คำมั่นสัญญาร่วมกันในการดูแล ดังตัวอย่าง “จะดูแลลูกจนกว่าจะหมดลมหายใจ” แสดงให้เห็นถึงการสร้างพันธะสัญญาในระยะยาว มีส่วนช่วยสร้างแรงจูงใจภายในให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล มีจุดหมายปลายทางที่ชัดเจนร่วมกันในครอบครัว การวางแผนอนาคตร่วมกันในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ช่วยส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและความมั่นคงในชีวิต ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และภาระในการตัดสินใจของผู้ดูแล[20] และภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลยังลดลง จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีขึ้น มีแนวทางที่ชัดเจนในการกลับมาใช้ชีวิตในสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ดูแลสามารถลดภาระทางจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาระในระดับปานกลางถึงสูง

2. บุคลากรทางการพยาบาลควรมีความรู้และความเข้าใจในแนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว เพื่อให้สามารถถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้เปรียบเทียบกับรูปแบบการช่วยเหลืออื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล การสนับสนุนผ่านกลุ่มออนไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความคุ้มค่าของแต่ละแนวทางในบริบทระบบสุขภาพไทย

2. ควรศึกษารูปแบบกลุ่มครอบครัว (multi-family group model) เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างครอบครัว เพิ่มพลังใจ และสร้างเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน

References

1. Solmi M, Seitidis G, Mavridis D, Correll CU, Dragioti E, & Guimond S. Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia-data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. Molecular Psychiatry. 2023;28(12):5319–27.
2. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, & Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018;23(5):329–37.
3. Koc M, Tel H, & Karakulah K. Determining care burden and psychiatric symptom level in caregiver of schizophrenia patients. Perspectives in Psychiatric Care. 2021;57(2): 642–7.
4. James R, & Tungol J. Aggravating factors and adverse impacts of subjective burden of family caregivers of schizophrenia patients. Indian Journal of Health and Wellbeing. 2021; 12(4):413–6.
5. Montgomery RJV, Gonyea JG, & Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective Burden. Family Relations. 1985; 34(4):19-26.
6. Kongnirundon S. Factors influencing the caregiving burden of caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018;32(3):118-32. (in Thai)
7. Namlao W. Factors affecting caregiving burden of caregivers of schizophrenia patients receiving services at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Journal of Prachomklao College of Nursing, Chanthaburi. 2018;29(2):23-38. (in Thai)

8. Hsiao CY, Lu HL, Hsieh MH, & Tsai YF. Effectiveness of a brief family strengths-oriented therapeutic conversation intervention for patients with schizophrenia and their caregivers. Journal of Nursing Scholarship. 2022;54(2):213-25.
9. DeFrain J. Strong families around the world. Family Matters. 1999;(53):6–13.
10. Phueaphongphakhawat A. Factors affecting the caregiving burden of caregivers of schizophrenia patients receiving services at Nongki Hospital, Buriram province. Journal of Health Center 9: Health Promotion and Environmental Health Journal. 2018;12(28): 72-84. (in Thai)
11. Lamlert W. Effects of a caregiver empowerment program on the caregiving burden of caregivers of schizophrenia patients in the community. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2018;32(3):103–18. (in Thai)
12. Kittisopano P, Sakkabucha S, Apichanto P, & Phophaichit N. A causal relationship model of strong families in Thai society. Journal of MCU Peace Studies Review. 2022;10(1):351-64. (in Thai)
13. Iseselo MK, Kajula L, & Yahya-Malima K. The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: A qualitative urban-based study in Dar es Salaam, Tanzania. BioMed Central Psychiatry. 2016;16(1):1-12.
14. Yassasi P, Faghani M, Rahimi B, Ghofranipour F, & Alinia T. Factors associated with caregiver burden in families of individuals with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing. 2022; 31(11-12):1564-74.
15. Sadeghi R, Soleimani M, & Bahrami N. Effect of a psycho-educational intervention on family caregivers' burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. Perspectives in Psychiatric Care. 2022;58(1):173–81.
16. Yamazaki Y, Sato M, & Eguchi H. Empowerment among family caregivers of persons with schizophrenia: A cross-sectional study in Japan. BioMed Central Psychiatry. 2020;20(1):1-10.
17. Sari A, & Duman ZC. Family resilience experiences of individuals with schizophrenia–family caregivers dyads: Qualitative study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2025;32(1):125–37.
18. Poon AWC, Harvey C, Mackinnon A, & Joubert L. A longitudinal population-based study of careers of people with psychosis. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2017;26(3):265–75.
19. Yamashita M, Yoshida H, & Tanaka K. Strengthening family cohesion and reducing caregiver burden in schizophrenia: A Japanese intervention study. Journal of Family Psychology. 2022;36(4):521–32.
20. Tanaka K, Ogawa M, & Inagaki M. Family participation in recovery planning for people with schizophrenia: A qualitative meta-synthesis. Psychiatric Quarterly. 2020; 91(3):841–61.
21. Yasuma N, Sato S, Yamaguchi S, Matsunaga A, Shiozawa T, & Tachimori H. Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: A cluster randomized controlled trial. BioMed Central Psychiatry. 2024;24(1):1-12.

ผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันต่อความพึงพอใจ ในบริการพยาบาลห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

The Effect of Perioperative Service Program by Lean Concept and Mobile Application on Satisfaction of Cataract Surgery Patients at the Ophthalmology Clinic, Phramongkutklao Hospital

ศตพร ชัยชนะ[1] วาสินี วิเศษฤทธิ์*[2]
Sataporn Chaichana[1] Wasinee Wisesrith*[2]
[1]ห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชเทวี กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400
[1]Opthalmology clinic, Phramongkutklao hospital, Ratchathewee, Bangkok, Thailand 10400
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330
[2]Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Pathum Wan, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอป พลิเคชัน กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ณ ห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยต้อกระจกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน 2) แบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล (ค่าความตรง .86, ความเที่ยง .98) ผลการวิจัยพบว่า 1) ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (55%) อายุเกิน 60 ปี (95%, เฉลี่ย 74 ปี) จบปริญญาตรี (35%) และ 2) กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน สามารถยกระดับคุณภาพบริการพยาบาลได้ จึงควรขยายการประยุกต์ใช้ในแผนกอื่น และติดตามผลต่อเนื่องโดยทีมพยาบาลและสหวิชาชีพ เพื่อความยั่งยืนของการบริการ

คำสำคัญ: การให้บริการผ่าตัด, ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก, ลีน, ความพึงพอใจในบริการพยาบาล, โมบายแอปพลิเคชัน

Corresponding Author: *E-mail: Sasinee.w@chula.ac.th
ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
The research was funded by the faculty of Nursing Chulalongkorn University

วันที่รับ (Received) 27 มิ.ย. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 25 ส.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 6 ก.ย. 2568

Abstract

This quasi-experimental study aims to evaluate the effect of a perioperative service program using lean principles combined with a mobile application. Furthermore, the study compares the satisfaction level between patients who received perioperative service program based on lean principles combined with a mobile application and those who received routine cataract surgery services at the Ophthalmology Clinic of Phramongkutklao Hospital. A total of 40 patients diagnosed with cataracts were selected and separated into 2 groups: an experimental group or a control group, with 20 participants in each. The research instruments consisted of 1) The perioperative service program based on lean principles combined with a mobile application 2) A nursing service satisfaction assessment form. The validity was 0.86 and reliability was 0.98. The study results found that 1) The general information of both sample groups was similar, The majority were female (55%), over 60 years old (95%; average 74 years old), and had a bachelor's degree education level (35%) and 2) The satisfaction of patients who received perioperative service program based on lean principles combined with a mobile application had significantly higher satisfaction levels compared to those who received routine cataract surgery services. ($p<.05$). The findings support improving nursing services and care quality for cataract surgery patients. It is recommended that nursing administrators apply the Lean concept with a mobile application to other outpatient clinics, with ongoing patient monitoring and participation from nurses and multidisciplinary teams to ensure effective and sustainable services.

Keywords: Perioperative service, cataract surgery patients, Lean, Patient's satisfaction of nursing services, Mobile application

บทนำ

โรคต้อกระจก มักมีสาเหตุมาจากความเสื่อมตามช่วงอายุที่มากขึ้น ทำให้เลนส์แก้วตาขุ่น จากผลสำรวจสภาวะตาบอดโลกพบว่าโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของการสูญเสียการมองเห็นถึงร้อยละ 39[1] และในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยพบอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 69.7 ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาด้วยยาที่สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรค แพทย์จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกผ่าตัดต้อกระจก เมื่อการมองเห็นลดลงจนไม่สามารถปฏิบัติงานหรือดำรงชีพได้[2]

ห้องตรวจโรคจักษุกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบสถิติผู้ป่วยโรคต้อกระจกปี พ.ศ. 2566 จำนวน 6,455 ราย และมีสถิติการผ่าตัดต้อกระจก 1,826 ราย ถือเป็นอันดับสูงสุดในแผนกจักษุกรรม การให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกที่ผ่านมา ให้บริการสูงสุดอยู่ที่ 15 ขั้นตอน ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลสูงสุด 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 480 นาที เริ่มจากแพทย์ระบุว่าเป็นโรคต้อกระจกและต้องผ่าตัด จนกระทั่ง Admit แม้มีแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก แต่ผลประเมินความพึงพอใจกลับมีคะแนนน้อยที่สุดในแผนกจักษุกรรม วิเคราะห์สาเหตุดังนี้ 1) พยาบาลมีข้อจำกัดในการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหา ต้องการของผู้ป่วย เนื่องจากภาระงานที่สูงและข้อจำกัดด้านเวลาการให้บริการ 2) ผู้ป่วยมักประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการเตรียมผ่าตัดต้อกระจก อาทิ ขาดการติดตามต่อเนื่องว่าปฏิบัติตนได้ตามคำแนะนำหรือไม่ การรอรับใบนัดผ่าตัดล่าช้า การถูกซักประวัติซ้ำซ้อน เนื่องจากขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ 3) พยาบาลมีข้อจำกัดด้านเวลาในการให้คำแนะนำและส่งเสริมทักษะแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดต้อกระจกอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เห็นภาพว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร นำไปสู่การเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม เป็นเหตุให้ต้องเลื่อนหรืองดการผ่าตัดตามมา

เห็นได้ว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน ยังคงพบปัญหารอคอยนาน กระบวนการดูแลไม่มีความแน่นอน ขาดการวัดผลลัพธ์ของบริการที่สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ทุกองค์การจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณค่า ลดระยะรอคอย และเกิดความพึงพอใจ[3]

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก นอกจากการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว พยาบาลต้องค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้วยความห่วงใย เอื้ออาทร ติดตามต่อเนื่อง ให้คำแนะนำและเสริมทักษะการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ลดการเลื่อนผ่าตัด พร้อมทั้งจัดบริการที่สะดวกเข้าถึงง่าย ตัดกิจกรรมที่ซ้ำซ้อน เหลือแต่สิ่งจำเป็นและมีคุณค่า เพื่อสร้างคุณภาพและความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ[4] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดลีน[5] มีส่วนช่วยปรับปรุงคุณภาพบริการ ลดขั้นตอน และระยะรอคอย นำมาซึ่งความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น[6,7,8] การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รับข้อมูลการเตรียมผ่าตัดต้อกระจกทุกที่ทุกเวลา และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด[9] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการใช้โมบายแอปพลิเคชันกับผู้ป่วยนอกโรค ต้อกระจกในระยะเตรียมผ่าตัด ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมบริการโดยประยุกต์แนวคิดลีน[5] ร่วมกับการสร้างแอปพลิเคชันตามทฤษฎีวงจรการพัฒนาระบบ[10] เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยประเมินผลจากความพึงพอใจในบริการพยาบาล ซึ่งจะสะท้อนรูปแบบบริการ ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจักษุกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก โดยแนวคิดลีน[5] ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาโมบายแอปพลิเคชันตามทฤษฎีวงจรการพัฒนาระบบ[10] ตั้งแต่เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนกระทั่งส่งผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล ดำเนินการ 6 ครั้ง กำหนด 6 กิจกรรมพยาบาล ได้แก่ 1. สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการและความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจก 2. ให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก 3. ส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก 4. ออกใบนัดผ่าตัด 5. ติดตามว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ และ 6. ส่งผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล จากนั้นประเมินผลด้วยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร การเข้าถึงการบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม วัดผลหลังทดลอง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม เตรียมเครื่องมือวิจัย สถานที่ ผู้ร่วมวิจัย จัดอบรมความรู้แก่ทีมพยาบาล และร่วมกันสำรวจผังขั้นตอน (Flowchart) การให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบเดิมตามแนวคิดลีน[5] โดยนำข้อมูลที่ได้รับมาระบุคุณค่า (Specify value) วิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและบ่งชี้สายธารคุณค่า (Identify value stream) วิเคราะห์กิจกรรมสูญเปล่าในมุมมองผู้รับบริการ ระดมสมองวางแผน (Project planning) พัฒนาโมบายแอปพลิเคชัน (Analysis) ที่ตอบสนองความต้องการผู้ใช้งานตามทฤษฎีวงจรการพัฒนาระบบ[10] จากนั้นออกแบบ (Design) โมบายแอปพลิเคชันต้นแบบร่วมกับนักพัฒนาโปรแกรม พัฒนากิจกรรมให้บริการผู้ป่วยรูปแบบใหม่เพื่อให้เกิดการไหล (Flow) ลดการติดขัดหรือรอคอย

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและทีมพยาบาลนำโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันมาทดลองใช้ (Implementation) โดยให้ผู้รับบริการดึงคุณค่าในทุกกิจกรรม (Pull) ตั้งแต่เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดจนถึงส่งเข้า Admit จากนั้นสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยจับคู่ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2.1 กลุ่มควบคุม คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกแบบปกติ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แนะนำผู้ป่วยในการเจาะเลือด ตรวจร่างกาย และให้คำแนะนำกรณีมีการส่งปรึกษาต่างแผนก (ดำเนินการเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก: ผู้ป่วยมารพ.ครั้งที่ 1)

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลประเมินความพร้อมให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก ออกใบนัดผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูล (ดำเนินการวันแพทย์ฟังผลตรวจร่างกาย: ผู้ป่วยมารพ.ครั้งที่ 2)

กิจกรรมที่ 3 โทรสอบถามความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้านอนโรงพยาบาล เพื่อดูว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ โดยผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้จัดกระทำ (ดำเนินการก่อนวันที่ผู้ป่วย Admit 1 วัน: ผ่านโทรศัพท์)

กิจกรรมที่ 4 พยาบาลซักประวัติประเมินความพร้อมผู้ป่วยวันเข้านอนโรงพยาบาลอีกครั้ง ให้คำแนะนำและเตรียมเอกสารส่งผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล (ดำเนินการก่อนวันที่ผู้ป่วย Admit: ผู้ป่วยมารพ.ครั้งที่ 3)

2.2 กลุ่มทดลอง คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน

กิจกรรมที่ 1 พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา ประเมินความต้องการก่อนผ่าตัดต้อกระจก แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายด้วยความเอาใจใส่เสมือนเป็นคนในครอบครัว แนะนำการใช้งานโมบายแอปพลิเคชันให้บริการผ่าตัดต้อกระจกและประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ดำเนินการเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก: ผู้ป่วยมารพ.ครั้งที่ 1)

กิจกรรมที่ 2 พยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยผ่านฟีเจอร์ “คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก” ประกอบด้วย Clip video คำแนะนำผู้ป่วยเจาะเลือดและตรวจร่างกาย คำแนะนำกรณีส่งปรึกษาต่างแผนกและคำแนะนำก่อนผ่าตัดต้อกระจก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามผ่านฟีเจอร์ “สอบถามพยาบาลหากมีข้อสงสัย” (ดำเนินการไม่เกิน 1 วันหลังจากพบผู้ป่วยครั้งแรก: ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน)

กิจกรรมที่ 3 พยาบาลส่งเสริมทักษะในการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดต้อกระจกแก่ผู้ป่วยด้วย Clip video ผ่านฟีเจอร์ “ส่งเสริมทักษะก่อนผ่าตัด” รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามผ่านฟีเจอร์ “สอบถามพยาบาลหากมีข้อสงสัย” (ดำเนินการภายหลังกิจกรรมครั้งที่ 2 ไม่เกิน 7 วัน: ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน)

กิจกรรมที่ 4 พยาบาลออกใบนัดผ่าตัดออนไลน์ให้แก่ผู้ป่วยผ่านฟีเจอร์ “ออกใบนัดผ่าตัดต้อกระจก” (ดำเนินการภายหลังแพทย์ดูผลตรวจร่างกายของผู้ป่วยแล้วเสร็จ: ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน)

กิจกรรมที่ 5 พยาบาลประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอีกครั้ง ผ่านฟีเจอร์ “ประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจก ครั้งที่ 2” เพื่อติดตามว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง โดยดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผ่านการประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกในทุกข้อ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามหากมีข้อสงสัย (ดำเนินการภายหลังกิจกรรมที่ 2, 3, 4 จนกระทั่งก่อนผู้ป่วย Admit: ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน)

กิจกรรมที่ 6 พยาบาลนำข้อมูลจากโมบายแอปพลิเคชันทั้งหมด Print แนบกับเอกสารในวันที่ผู้ป่วย Admit โดยไม่ต้องซักประวัติซ้ำ เมื่อแพทย์ระบุให้เข้านอนโรงพยาบาลได้ พยาบาลเตรียมเอกสารเพื่อส่งผู้ป่วย Admit (ดำเนินการวันที่ผู้ป่วย Admit: ผู้ป่วยมารพ.ครั้งที่ 2) จากนั้นติดตามผู้ป่วยต่อจนกระทั่ง Discharge ว่าไม่เกิดการการถูกงดหรือเลื่อนผ่าตัด พยาบาลให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจและยุติการเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยและทีมพยาบาลร่วมปรับปรุงและบำรุงรักษา (Maintenance) โมบายแอปพลิเคชันจนสมบูรณ์แบบ (Perfection)

3. ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยและทีมพยาบาลผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้บริการตามปกติ

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจกและต้องผ่าตัดใส่เลนส์เทียม โดยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1. ตาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดต้องไม่มีภาวะสายตาเลือนรางหรือบอด (ประเมินด้วย Visual acuity: VA) 2. มีอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ เช่น Smart phone และ/หรือ Tablet ที่ใช้แอปพลิเคชันได้ และ 3. สามารถใช้แอปพลิเคชันด้วยตนเอง กรณีผู้ป่วยมีปัญหาการมองเห็นหรือไม่มีอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่สามารถให้ญาติช่วยเหลือในการใช้โมบายแอปพลิเคชันได้ โดยญาติต้องมีคุณสมบัติตามข้อ 2 และ 3

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยถอนตัวจากการวิจัย หรือสิ้นสุดบทบาทก่อนผ่าตัดต้อกระจกเนื่องจากยกเลิกหรือเลื่อนนัดผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย โมบายแอปพลิเคชัน Cataract Easy และคู่มือการใช้งาน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์และสมจิต หนุเจริญกุล[11] ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ McDaniel[12] และการทบทวนวรรณกรรม[13,14,15,16,17,18,19] จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร การเข้าถึงการบริการ และความสามารถเชิงวิชาชีพ ลักษณะ Likert rating scales เป็นมาตรวัด 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญแนวคิดลีน 1 คน ด้านนวัตกรรม 2 คน ด้านจักษุกรรม 1 คน และผู้บริหารทางการพยาบาล 1 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .95 และแบบประเมินความพึงพอใจในบริการพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .86 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยจำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องตรวจโรคจักษุกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค .98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2567 IRBRTA 0004/2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (Independent t-test statistic) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55, อายุ >60 ปี ร้อยละ 95 (เฉลี่ย 74 ปี) และระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 35

2) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน สูงกว่าการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันและกลุ่มที่ได้รับการบริการผ่าตัดต้อกระจกตามปกติ (n=40)

ความพึงพอใจในบริการพยาบาล	ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผ่าตัดต้อกระจกตามปกติ (n=20)		กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน (n=20)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร	3.50	0.78	4.89	0.34	7.31	<.001*
2. ด้านการเข้าถึงการบริการ	3.33	0.94	4.88	0.33	6.96	<.001*
3. ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ	3.20	0.88	4.90	0.30	8.18	<.001*
รวม	3.34	0.87	4.89	0.32	7.48	<.001

*p<.05

จากตารางพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มทดลอง (M =4.89, SD = .32) สำหรับกลุ่มควบคุม (M =3.34, SD = .87) เมื่อทดสอบความแตกต่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความ พึงพอใจในบริการพยาบาลเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ เมื่อพิจารณา ในแต่ละด้าน พบว่าทุกด้านค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบความพึงพอใจในบริการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความห่วงใยเอื้ออาทร ผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน (M =4.89, SD = .34) มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ (M =3.50, SD = .78) เนื่องจากเป็นการลดกิจกรรมพยาบาลที่สูญเปล่า ทำให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในการเตรียมผ่าตัดต้อกระจก อีกทั้งยังมีช่องทางในการสอบถามข้อมูลกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโดยตรง สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ นั่นคือพยาบาลต้องมีการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำ ตอบข้อสงสัย และเป็นสื่อกลางกับทีมสุขภาพ[20] ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลด้วยความเอื้ออาทร เกิดความไว้วางใจและการดูแลที่ตรงตามความต้องการ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา[13,16,21] นอกจากนี้ยังมีคลิปวิดีโอแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกที่ผู้ป่วยและญาติสามารถเปิดดูซ้ำได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ช่วยให้เข้าใจขั้นตอนชัดเจน เพิ่มความมั่นใจ และนำความรู้ไปใช้ดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้จริง[9]

2. ด้านการเข้าถึงการบริการ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน (M =4.88, SD = .33) สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ (M =3.33, SD = .94) เนื่องจากโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน เป็นการปรับปรุงคุณภาพและลดเวลารอคอยในกิจกรรมพยาบาล โดยพยาบาลจะซักประวัติผู้ป่วยผ่านโมบายแอปพลิเคชันตั้งแต่ความพร้อมในการเตรียมผ่าตัด ยาโรคประจำตัว ความสามารถในการนอนราบคลุมโปง อาการผิดปกติก่อนผ่าตัด เป็นต้น ทำให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาล ลดการซักประวัติซ้ำ การมาโรงพยาบาลหลายครั้ง และการรอรับใบนัดผ่าตัดล่าช้า เนื่องจากสามารถขอรับใบนัดออนไลน์ได้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่เน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว เนื่องจากแนวคิดลีนช่วยลดขั้นตอนและเวลา แต่ยังคงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการใช้บริการเพิ่มขึ้น[22] ทั้งนี้ผู้ป่วยยังได้รับการดูแลเฉพาะรายจากพยาบาลที่ให้เกียรติ เคารพคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกเป็นผลจากพยาบาลให้บริการแบบองค์รวม[11,17]

3. ด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชัน (M =4.90, SD = .30) สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ (M =3.20, SD = .88) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาที่มีความเชี่ยวชาญด้านจักษุกรรม สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ชี้ว่าความพึงพอใจของผู้ป่วย เกิดจากการรับรู้ถึงความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนจากพยาบาล หากพยาบาลให้ข้อมูลและคำแนะนำตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้ป่วยจะรู้สึกได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ เกิดความผาสุกทั้งกายและใจ และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการ[23] จากผลวิจัยข้างต้น เห็นได้ว่าโปรแกรมการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกรูปแบบใหม่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกและมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล ลดการทำงานซ้ำซ้อนของพยาบาล เพื่อที่จะได้นำเวลาที่เหลือมาทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรประยุกต์ใช้บริการผู้ป่วยตามแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันในห้องตรวจโรคอื่น ๆ พร้อมติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของการบริการ

2. ควรให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่ตรงกัน เกิดประสิทธิผลในหน่วยงาน นำมาสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันต่อในแผนกจักษุกรรมและแผนกอื่น ๆ

2. ควรศึกษาประสิทธิผลที่เกิดจากโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกโดยแนวคิดลีนร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันเพิ่มเติม เช่น จำนวนวันนอน คุณภาพการดูแลของพยาบาล ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

References

1. Serge R, Van Charles L, Lindsey W, William F, Tina-Marie G, Hugh RT, et al. Estimated number of ophthalmologists worldwide (International Council of Ophthalmology update): will we meet the needs?. The British journal of ophthalmology. 2020;104(4):588-92.
2. Steinberg EP, James M, Oliver D, Jonathan C, Phoebe S, Sandra DC, et al. The VF-14: an index of functional impairment in patients with cataract. Archives Ophthalmology. 1994;112(5):630-8.
3. Dawongsr P, & Khakai R. The Development Care Process of Diabetic Retinopathy Patients by Lean Concept. Udonthani Hospital Medical Journal. 2023;31(2):276-92. (in Thai)
4. Jansamart B. Nursing service quality as perceived by the patient of cataract surgery: A case study in cataract surgery department. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(Supplement Issue 1):181-8. (in Thai)
5. Womack JP, & Jones DT. Lean Thinking. New York: Free Press; 2003.
6. Ciulla TA, Tatikonda MV, Yehya A, Rehan M, Amanda L, Julie M, et al. Lean six sigma techniques to improve ophthalmology clinic efficiency. Retina. 2017;38(9):1688-98.
7. Charles C, Angela S, Hung M, Xiao Mei L, Olivares MZ, Anna H, et al. Successful interventions to improve efficiency and reduce patient visit duration in a retina practice. Retina. 2021;41(10):2157–62.
8. Lindholm JM, Laine I, Hippala H, Ylinen P, & Tuuminen R. Improving eye care services with a lean approach. Acta Ophthalmol. 2018;96(7):724-28.
9. Nakanakupt M, & Jaichaun P. Impact of interactive delivery-demonstration video on undergraduate nursing students' knowledge, confidence, delivery skills and satisfaction with the video. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2022;37(2):81-94. (in Thai)
10. Iamsiriwong O. Systems Analysis and Design. Bangkok: SE-ED ucation; 2012. (in Thai)
11. Suwisith N, & Hanucharurnkul S. Development of the patient satisfaction with nursing care questionnaire. Ramathibodi Nursing Journal. 2011;17(2):265-77. (in Thai)
12. McDaniel MA. Measuring the caring process in nursing: The caring behavior checklist and the client perception of caring scale. 2nd ed. New York: Sprinker Publishing; 2003.
13. Eriksen L. Patient satisfaction with nursing care: Concept clarification. Journal of Nursing Measurement. 1995;3(1):59–76.
14. Greeneich D, Long C, & Miller B. Patient satisfaction update: Research applied to practice. Applied Nursing Research. 1992;5(1):43-8.
15. Hinshaw AS, & Atwood JR. A patient satisfaction instrument: Precision by predication. Nursing Research. 1982;31(3):170-5.
16. La Monica E, Oberst M, Madea A, & Wolf R. Development of a patient satisfaction scale. Research in Nursing & Health. 1986;9(1):43-50.

17. Mahon PY. An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. Journal of Advanced Nursing. 1996;24(6):1241–8.
18. Petersen MB. Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance. 1988;2(3):25–35.
19. Wagner D, & Bear M. Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. Journal of Advanced Nursing. 2008;65(3):692-701.
20. Nursing Division Ministry of Public Health. Professional nurse's role. Bangkok: Publishing of Suetaean company limited; 2018. (in Thai)
21. Pitsachart N, Sanprasan P, & Wanichpunchaphol W. Trust in nursing services. The Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal of Nursing and Health, 2021;3(3):1-12. (in Thai)
22. Chaiwaree N, Akkadechanunt T, & Chitpakdee B. Application of lean concept to improving service processes of cardiovascular clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 2023;35(4):112-7. (in Thai)
23. Wagner D, & Bear M. Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. Journal of Advanced Nursing. 2008;65(3):692-701.

ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Predicting Factors on Incontinence Associated Dermatitis in Hospitalized Older Persons

พุทธิพร พิธานธนานุกูล*[1] ชลิดา จันเทพา[2] มุขจรินทร์ สุทธิสัย[1]
Puttiporn Pitanthananukul*[1] Chalita Juntepa[2] Mukjarin Suttisai[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000
[1]Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket, Thailand, 33000
[2]โรงพยาบาลศรีสะเกษ ศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000
[2]Sisaket Hospital, Sisaket, Thailand, 33000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงการทำนาย เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และ 4) แบบบันทึกความชุก โดยใช้แบบประเมินแผลผื่นแดงจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Chi-square และสถิติวิเคราะห์ Binary logistic regression

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ การได้รับออกซิเจน การรับความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และภาวะโภชนาการ ผลการวิจัยนี้นำไปพัฒนาแนวทางการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

คำสำคัญ: ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้, ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine the prevalence and predictive factors of incontinence-associated dermatitis (IAD) among hospitalized older persons. The sample consisted of 190 participants. Research instruments included: 1) The researcher-developed data recording form for factors associated with IAD in older persons had a content validity index of 0.87, 2) Barthel ADL Index, 3) Nutrition Alert Form, 4) Perineal Assessment Tool, and 5) Prevalence record using Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and binary logistic regression.

Corresponding Author: *E-mail: puttiporn.p@sskru.ac.th

วันที่รับ (Received) 18 ส.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 3 ต.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 14 ต.ค. 2568

The results showed that the prevalence of IAD among hospitalized older persons was 5.3%. Statistically significant predictive factors for IAD were frequency of absorbent pad changes, oxygen therapy, sensory perception, physical mobility, capacity in daily living and nutritional status. The findings can be applied to the development of prevention and care guidelines for hospitalized older persons at risk of IAD.

Keyword: Incontinence Associated-Dermatitis, hospitalized older persons

บทนำ

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (incontinence associated dermatitis: IAD) คือ ภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการระคายเคืองจากจากการสัมผัสกับปัสสาวะอุจจาระอย่างต่อเนื่องหรือซ้ำ ๆ จนเกิดการทำลายชั้นผิวหนังกำพร้าถึงชั้นหนังแท้ ส่งผลให้ผิวหนังบวม แดง เปื่อยลอก และอาจเกิดแผลถลอกหรือตุ่มพองได้ กรณีที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราในบริเวณนั้นร่วมด้วย อาจทำให้แผลลึกและรุนแรงมากขึ้นได้[1] ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เกิดขึ้นเมื่อผิวหนังสัมผัสปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยยูเรียและแอมโมเนีย หรืออุจจาระที่มีเอนไซม์ สารเคมี และเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้มีภาวะเป็นด่าง หรือสัมผัสทั้งอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบกับการทำความสะอาดผิวหนังภายหลังการขับถ่ายบ่อยครั้ง โดยใช้สบู่หรือสารทำความสะอาดที่ทำให้เกิดการระคายเคืองของสารเคมีและจากการขัดถู ทำให้ความสามารถในการยอมให้สารซึมผ่านเซลล์เพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ป้องกันของผิวหนังลดลง แบคทีเรียเจริญเติบโต ทำให้ผิวหนังอ่อนแอร่วมกับการเกิดแรงเสียดทานจากวัสดุที่ห่อหุ้มผิวหนัง เสื้อผ้า ที่นอนหรือเก้าอี้ ทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั้นปัสสาวะหรือ อุจจาระไม่ได้ โดยกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับลำไส้ เป็นต้น[2] เมื่อเกิดภาวะนี้แล้วจะสร้างความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยตลอดเวลาที่เกิดแผล นอกจากนั้นยังต้องสูญสียค่าใช้จ่ายในการดูแลแผลเพิ่มมากขึ้น[3,4]

การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาอันเนื่องจากความสูงอายุ ทำให้กลไกการป้องกันตามธรรมชาติลดลง โอกาสเกิดการติดเชื้อจึงเพิ่มขึ้น การมีผิวหนังที่บางลง การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผิวหนังแห้งมากขึ้น ทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุบอบบาง ฉีกขาดง่าย[5] เซลล์หนังกำพร้า (epidermis) มีอัตราหมุนเวียน (turnover rate) ลดลง ผิวหนังแห้งหยาบ และรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้ากับหนังแท้ (dermis) แบนราบ ความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลง แต่ใยคอลลาเจน (collagen fiber) และใยอีลาสติก (elastic fiber) แข็งหนาขึ้น ทำให้ผิวบางแต่เปราะ จำนวนเส้นเลือดและความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง[6] นอกจากนั้นการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ในผู้สูงอายุพบเพิ่มขึ้น ร่วมกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้และตัดสินใจลดลง อันเป็นสาเหตุให้ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุรุนแรงขึ้น[7]

ความชุกและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุพบร้อยละ 18.2 ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้พบร้อยละ 2.3 และภาวะกลั้นปัสสาวะร่วมกับอุจจาระไม่ได้พบร้อยละ 7.8[8] ซึ่งพบอุบัติการณ์ของภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 35.4-47.7[9] ภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในโรงพยาบาล และ ร้อยละ 41 ในสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะยาว[10] นอกจากนี้ยังพบความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ถึงร้อยละ 45.7 ซึ่งร้อยละ 25 พบในตอนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 73 เกิดในขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยร้อยละ 52.3 เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 27.9 เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 9.2 เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในระดับรุนแรง[11] จากสถิติรายงานอุบัติการณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในหอผู้ป่วยวิกฤตแห่งหนึ่งในประเทศไทย พบร้อยละ 33 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤต[12] ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่

อายุมาก มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ภาวะอ้วน ปัจจัยด้านการขับถ่าย โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้มีความเสี่ยงสูง การสัมผัสผิวกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน การติดเชื้อ มีไข้ ภาวะทุพโภชนาการ การใช้ยาขยายหลอดเลือดและยาปฏิชีวนะ การสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกาย (invasive device) แรงเสียดสีและแรงเฉือน ความชื้นของผิวหนังร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของผิวหนังจากกระบวนการชรา[13,14]

แม้จะมีการศึกษาภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในบริบทต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยพิเศษ[12,15,16] แต่การศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุยังมีจำกัด ดังเช่นสถิติข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังจากกระบวนการชรา ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ซึ่งจะนำไปสู่ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การติดเชื้อ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการประเมินป้องกัน รวมทั้งการดูแลภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สามารถทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

2. ปัจจัยด้านการขับถ่ายและการดูแล ได้แก่ ชนิดของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ สามารถทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

3. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) การมีโรคประจำตัว ยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล การได้รับออกซิเจน อุณหภูมิกาย การรับความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และภาวะโภชนาการ สามารถทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุ ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุ[14] โดยแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านการขับถ่ายและการดูแล ได้แก่ ชนิดของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว ยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล การได้รับออกซิเจน อุณหภูมิกาย การรับความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และภาวะโภชนาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงการทำนาย เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงธันวาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างเดือนเมษายน 2567 ถึงธันวาคม 2567 จำนวน 190 คน โดยใช้สูตรของ Thorndike[17] โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีภาวะกลั้นปัสสาวะ และ/หรือ

อุจจาระไม่ได้ ประเมินโดยการสอบถามว่ามีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ดังต่อไปนี้หรือไม่ ปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด/กลั้นปัสสาวะไม่ทัน กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น และมีปัญหาอุจจาระราดหรือไม่ 3) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง (ทั้งกรณี refer มาจากโรงพยาบาลอื่น หรือ readmit) 4) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Perineal Risk Assessment Tool)[18] มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีแผลเปิด หรือแผลกดทับที่บริเวณผิวหนังรอบอวัยวะสืบพันธุ์ 2) ได้รับการวินิจฉัยแรกรับว่ามีภาวะอุจจาระร่วง และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยจนสิ้นสุดการวิจัยได้

เกณฑ์การยุติการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น และ 2) ผู้ป่วยเสียชีวิต

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะข้อคำถาม ได้แก่ อายุ ชนิดของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว ยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล การได้รับออกซิเจน อุณหภูมิกาย การรับความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย

2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)[19]

3) แบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF)[20]

4) แบบบันทึกความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยใช้แบบประเมิน Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) ของ Junkin ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทย มีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้แบบประเมินในระดับดี และตรวจสอบคุณภาพ พบว่าความตรงเชิงเนื้อหาความสอดคล้องของภาษา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นเดียวกัน [21]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยจะขออนุญาตสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแลของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลจะต้องเป็นบุคคลที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัยหรือผู้ดูแลของผู้สูงอายุยินดีให้ข้อมูลเพิ่มเติม ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุ แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF) และแบบบันทึกความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ซึ่งใช้แบบประเมิน IADIT โดยประเมินสภาพผิวหนังของผู้สูงอายุทุกวัน ปฏิบัติต่อเนื่องตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ COA No. 005/2567 วันที่รับรอง 22 มีนาคม 2567 ถึง 21 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการปกป้องความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดการให้รหัสในแบบสอบถาม แทนการใช้ชื่อ-สกุลจริง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการรวบรวมและใช้ข้อมูลทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุม

ดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ความชุก และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใช้สถติเชิงพรรณนาการทดสอบ Chi-square และสถิติ Binary logistic regression นำเสนอด้วยค่า Odd Ratio (OR) และ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้สูงอายุที่เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 แบ่งเป็นความรุนแรงระยะแรก ร้อยละ 30 ระยะกลาง ร้อยละ 50 และระยะรุนแรง ร้อยละ 20 บริเวณที่เกิดพบมากที่บริเวณก้นส่วนล่าง (lower buttock) ร้อยละ 90 รองลงมาคือบริเวณขาหนีบ (groin fold) ร้อยละ 50 และบริเวณอวัยวะเพศ (genitalia) ร้อยละ 40 ตามลำดับ

2. จากผลการวิจัยสามารถอธิบายปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้ 2 ปัจจัย เป็นปัจจัยด้านการขับถ่ายและการดูแล 1 ปัจจัย และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ 5 ปัจจัย ได้แก่ ความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ การได้รับออกซิเจน การรับความรู้สึก ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะโภชนาการ ดังตาราง

ตาราง แสดงปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (n=190 คน)

ปัจจัย	IAD		OR (95%CI)	p-value
	เกิด (%)	ไม่เกิด (%)		
1. ความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ				0.000*
ทุก 2 ชั่วโมง	2(1.7)	117(98.3)	1.00	
ระหว่าง 2-6 ชั่วโมง	3(4.8)	60(95.2)	2.9(0.47-17.98)	
มากกว่า 6 ชั่วโมง	5(62.5)	3(37.5)	97.5(13.18-720.85)	
2. การได้รับออกซิเจน				0.023*
room air	1(1.2)	84(98.8)	1.00	
oxygen therapy	9(8.6)	96(91.4)	7.8(0.97-63.45)	
3. การรับความรู้สึก				0.000*
ประสาทรับความรู้สึกปกติ	2(1.6)	122(98.4)	1.00	
สามารถตอบสนองด้วยการสื่อสารเป็นคำพูดแต่ทำไม่ได้ทุกครั้ง	1(2.2)	44(97.8)	1.4(0.12-15.67)	
ตอบสนองแต่เพียงความรู้สึกเจ็บปวดเท่านั้น	2(16.7)	10(83.3)	12.2(1.55-96.03)	
ระดับความรู้สึกตัวลดลง	5(55.6)	4(44.4)	76.3(11.19-519.35)	
4. ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย				0.001*
ไม่มีข้อจำกัด	1(3.6)	27(96.4)	1.00	
มีข้อจำกัดเล็กน้อย	2(1.5)	133(98.5)	0.4(0.03-4.63)	
มีข้อจำกัดมาก	3(23.1)	10(76.9)	8.1(0.75-87.22)	
เคลื่อนไหวไม่ได้เลย	4(28.6)	10(71.4)	10.8(1.07-108.61)	
5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				0.002*
มีภาวะพึ่งพาน้อย	2(1.8)	110(98.2)	1.00	
มีภาวะพึ่งพาปานกลาง	1(2.1)	47(97.9)	1.2(0.1-13.22)	
มีภาวะพึ่งพารุนแรง	2(18.2)	9(81.8)	12.2(1.53-97.28)	
มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด	5(26.3)	14(73.7)	19.6(3.47-110.97)	

ตาราง แสดงปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (n=190 คน) (ต่อ)

ปัจจัย	IAD		OR (95%CI)	p-value
	เกิด (%)	ไม่เกิด (%)		
6. ภาวะโภชนาการ				0.002*
มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย	2(1.9)	105(98.1)	1.00	
มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการปานกลาง	2(3.5)	55(96.5)	1.9(0.26-13.92)	
มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง	6(23.1)	20(76.9)	15.8(2.96-83.68)	

*p < 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบร้อยละ 5.3 ซึ่งพบว่าต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา คือ หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบผู้ป่วยเกิดแผลจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ร้อยละ 33.33[12] รวมทั้งหอผู้ป่วยพิเศษ อาคารสมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ร้อยละ 10.15[15]

2. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

ความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับ พบว่าความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับมากกว่า 6 ชั่วโมง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนแผ่นรองซับทุก 2 ชั่วโมง เนื่องจากความเปียกแฉะ (moisture) ที่มากเกินไปจะส่งผลทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลงเกิดการถลอก หรือบาดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังที่เปียกแฉะเป็นเวลานานจะเป็นภาวะที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและเชื้อราโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริเวณผิวหนังส่วนอัณฑะ บริเวณรอบ ๆ ทวารหนัก และต้นขาด้านใน ซึ่งภาวะปกติผิวหนังชั้นหนังกำพร้าชั้นนอกสุด คือชั้น stratum corneum ซึ่งเซลล์ในชั้นนี้จะเรียงตัวเป็นแผ่นและอัดแน่น เคลือบด้วยไขมัน (sebum) ซึ่งเป็นกรดอ่อน ๆ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคที่เรียที่ผิวหนังได้ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้จะมีการสะสมของน้ำจากปัสสาวะและอุจจาระบนผิวหนัง ในบริเวณที่สัมผัสจะทำให้เซลล์ในชั้น stratum corneum เปื่อย[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ต้องสวมใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป จากการที่ผิวหนังต้องสัมผัสกับผิวของผ้าอ้อมสำเร็จรูปตลอดเวลา อาจทำให้เกิดการเสียดสีและการถลอกของผิวหนัง โดยเฉพาะผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่มีความเปียกขึ้นอยู่ตลอดเวลาจะทำให้มีแรงเสียดทานมากกว่าผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่แห้ง เช่นเดียวกับการศึกษา systematic review เรื่องปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พบว่าความถี่ของการเปลี่ยนแผ่นรองซับเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[22]

ผู้สูงอายุที่ได้รับ oxygen therapy มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้น 7.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่หายใจ room air เช่นการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันและดูแลการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พบว่าผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับออกซิเจน มีความสัมพันธ์กับการเกิดผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และการศึกษาเรื่องอุบัติการณ์ของภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายในหอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ได้รับออกซิเจน แสดงถึงภาวะพร่องออกซิเจน เมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อร่างกายได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ได้ง่ายขึ้น[4]

การรับความรู้สึก พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีประสาทรับความรู้สึกปกติ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับความรู้สึกปกติ เนื่องจากผู้ที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงมักไม่สามารถ

ควบคุมการขับถ่ายได้ ทำให้เกิดการสัมผัสปัสสาวะและอุจจาระกับผิวหนังเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ อีกทั้งไม่สามารถแจ้งความรู้สึกไม่สบายหรือความเปียกชื้นได้ ทำให้การดูแลล่าช้า และผิวหนังสัมผัสสารระคายเคืองนานขึ้น[23]

ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว คือ เคลื่อนไหวไม่ได้เลย ไม่สามารถเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายโดยปราศจากการช่วยเหลือ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้น 10.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัด สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องการผู้ช่วยเหลือ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาทั้งหมดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้นถึง 19.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาน้อย เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชรา (aging process) ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการสูญเสียกำลังและมวลกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้[9] ทำให้อยู่ในท่าเดียวนาน ต้องสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน ไม่สามารถดูแลตัวเองในการทำความสะอาดได้ ผิวหนังที่สัมผัสกับปัสสาวะหรืออุจจาระเป็นเวลานาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของความเป็นกรดด่างที่ผิวหนัง ซึ่งในภาวะปกติผิวหนังจะมีค่าความเป็นกรดด่างอยู่ในช่วงระหว่าง 5.4-5.9 ซึ่งจะมีค่าเป็นกรดอ่อน ๆ มีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียได้ เมื่อมีการรวมกันของปัสสาวะและอุจจาระ H. pylori ในอุจจาระ ซึ่งสามารถสร้าง urease ซึ่งจะเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียจะทำให้ค่าความเป็นกรดด่างของผิวหนังกลายเป็นด่างมากขึ้น ค่าความเป็นกรดด่าง ที่เป็นด่างจะช่วยเร่งการทำงานของเอนไซม์ protease และ lipase ที่ออกมากับอุจจาระในการย่อยโปรตีนและไขมันที่หนังกำพร้าชั้นนอกสุดเมื่อรวมกับที่ไขมันที่เคลือบผิวหนัง (sebum) ถูกทำลายจากน้ำดีในอุจจาระซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวละลายไขมันหน้าที่ในการป้องกันของผิวหนังจึงเสียไป ทำให้แบคทีเรีย และสารระคายเคืองต่าง ๆ ในอุจจาระและปัสสาวะเข้าสู่ชั้นผิวหนัง ทำให้ผิวหนังอักเสบ จากการที่เอนไซม์เป็นโปรตีนและมีความเข้มข้นสูง เมื่อเข้าไปสู่ชั้นหนังกำพร้าจะทำให้มีการดึงน้ำจากในชั้นหนังแท้เข้ามาในชั้นหนังกำพร้า ทำให้เกิดการบวมน้ำระหว่างเซลล์ในขั้นของหนังกำพร้า ทำให้เกิดการบวมแดง (spongiosis)[24] เช่นเดียวกับการศึกษา systematic review เรื่องปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พบว่าการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[22]

ภาวะโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพิ่มขึ้น 15.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการน้อย เนื่องจากภาวะโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อผิวหนังที่ถูกทำลายจากการสัมผัสปัสสาวะและอุจจาระ รวมทั้งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ผิวหนังสามารถต้านทานการติดเชื้อและการอักเสบได้ดีขึ้น[2,9] เช่นเดียวกับการศึกษา cohort study ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[13]

ปัจจัยทำนายอื่น ๆ ที่พบว่ามีอิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ได้แก่ ชนิดของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว ยาที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล และอุณหภูมิกาย แต่ถ้าพิจารณาจากค่า Odds ratio มากกว่า 1.5 แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในการทำนาย คือ ค่าอุณหภูมิกาย เช่นเดียวกับการศึกษา systematic review เรื่องปัจจัยพยากรณ์การเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ พบว่าภาวะไข้ (อุณหภูมิมากกวา 38 องศาเซลเซียส) เป็นปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[22] และการศึกษาเรื่องอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ในหอผู้ป่วยพิเศษ พบว่าภาวะไข้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้[15]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยทำนายการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายปัจจัย ควรนำผลการศึกษาดังกล่าวไปพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินตั้งแต่แรกรับ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่าย

ไม่ได้ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การรับความรู้สึกภาวะโภชนาการ เป็นต้น รวมทั้งการดูแลด้านการขับถ่าย กำหนดความถี่ในการเปลี่ยนแผ่นรองซับให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจประสบการณ์ มุมมอง และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทั้งจากมุมมองของผู้ดูแล และบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ควรพิจารณาศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เช่น ประเภทและคุณภาพของแผ่นรองซับ การใช้ยาที่มีผลต่อผิวหนังหรือระบบขับถ่าย รวมถึงโรคร่วมที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

References

1. Lumbers M. How to manage incontinence-associated dermatitis in older adults. British Journal of Community Nursing. 2019;24(7): 332-7.
2. Phakaew J, Choupram T, Thonghyuat N, Chansamrong P, Rodchomphu A & Maleewon K. Nurse's role Enterostomal Therapy Nurse for patients with dermatitis problems due to incontinence associated dermatitis (IAD). VaJira Nursing Journal. 2020;22(2):127-34. (in Thai)
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. Meirelles LCS, Rocha BP, Wammes AL, Santos DM, Silva DM & Souza LM. Incidence of Incontinence-Associated Dermatitis among Clinical Inpatients. Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2020;28(11):1-8.
5. Yates A. Incontinence-associated dermatitis in older people: prevention and management. British Journal of Community Nursing. 2018; 23(5):218-24.
6. Sewell BS. Review of the aging of physiological systems. In Mauk KL,editor. Gerontological nursing: competencies for care. 5th ed. United state of America:Johns & Bartlett Learning;2023.
7. Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G & Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence. The Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2007;34(2): 143-52.
8. Hodl M, Blanar V, Amir Y & Lohrmann C. Association between incontinence, incontinence-associated dermatitis and pressure injuries: a multisite study among hospitalized patients 65 years or older. Australasian Journal of Dermatology. 2020; 61(1):e144-6.
9. Grden CRB, Martins AR, Cabral LPA, Reche PM, Arcaro G, Brasil D, et al. Incontinence associated dermatitis in elderly people admitted to a university hospital. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73 (supplement 3):1-5.
10. Nix D & Haugen V. Prevention and management of incontinence-associated dermatitis. Drugs Aging. 2010;27(6):491–6.

11. Gray M & Giuliano KK. Incontinence-associated dermatitis, characteristics and relationship to pressure Injury: a multisite epidemiologic analysis. The Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2018;45(1):63–7.
12. Uppanisakorn S, Sommai 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. Thai Journal of Nursing Council. 2015;30(2):86-100. (in Thai)
13. Chianca TCM, Gonçales PC, Salgado PO, Machado BDO, Amorim GL & Alcoforado CLGC. Incontinence-associated dermatitis: a cohort study in critically ill patients. Revista Gaúcha Enfermagem. 2016;37(special):1-9.
14. Kottner J & Dissemond J. Incontinence-Associated Dermatitis in Older Adults: A Critical Review of Risk Factors, Prevention and Management. Drugs Aging. 2025;42(8):745-54.
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 of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(2):290-8. (in Thai)
16. Thatsiriniratkul R, Wattanachai T, Tonglo N & Chatchumni M. Prevalence of Incontinence-Associated Dermatitis in Male Semi-Critical Care Unit at Nopparat Rajathanee Hospital. Singburi Hospital Journal;33(2):153-61. (in Thai)
17. Thorndike R. Correlational procedures for research. New York:Gardner Press, Inc;1978.
18. Nix D & Seltun J. A review of perineal skin care protocols and skin barrier product use. Ostomy Wound Manage. 2004;50(12):59-67.
19. Jitapunkul S, Kamolratanak P & Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in Thai elderly population: Development of a new index. Age and Aging. 1994;23(2):97-101.
20. Komindr S, Tangsermwong T & Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2013;22(4):516-21.
21. Simim S & Banharak S. Measuring Translation and Psychometric Testing of the Perineal Assessment Tool (PAT) and Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) among Patients in Semi Intensive Care Units: A Pilot Study. Science, Technology, and Social Sciences Procedia. 2023;2023(3):1-10. (in Thai)
22. Deprez J, Ohde N, Wallin AE, Baath C, Hommel A, Hultin L, et al. Prognostic factors for the development of incontinence-associated dermatitis (IAD): A systematic review. The International Wound Journal. 2024;21(7):1-13.
23. Khanantai C & Wetsom P. Care for Critically Ill Patients with Incontinence-Associated Dermatitis: A Case Study. VaJira Nursing Journal. 2024;26(2):151-64. (in Thai)
24. Qiao G & Banharak S. Incontinence-Associated Dermatitis in Older Intensive Care Patients: A Review and Case Report. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2023;16(11): 3299-308.

การเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น

Enhancing Psychological Flexibility and Inhibitory Control in Chronic Kidney Disease Patients with Acceptance and Commitment Program

วิรัชยา โคเสนา จุฑามาศ แหนจอน* วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์

Wirachaya Kosaena Juthamas Haenjohn* Warakorn Supwirapakorn

ศูนย์วิจัยและพัฒนาสมอง จิตใจและการเรียนรู้แห่งภาคตะวันออก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี ประเทศไทย 20131

Brain, Mind and Learning Research and Development Center in Eastern Region, Faculty of Education, Burapha University, Chonburi, Thailand 20131

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่นต่อความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที และกลุ่มควบคุม 12 คน ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ประเมินผลด้วย แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา แบบทดสอบซีเคดี โก/ โน - โก และการสัมภาษณ์เชิงลึก วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม ทดสอบความแตกต่างรายคู่แบบบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการควบคุมยับยั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า โปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่นฯ มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งที่นำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม และเป็นแนวทางสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการยอมรับและความมุ่งมั่น, ความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา, การควบคุมยับยั้ง, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The objective of this research is to study the effects of the acceptance and commitment program on psychological flexibility and inhibitory control. The participants were 24 patients diagnosed with stage 3 chronic kidney disease. Participants were randomly assigned to experimental group (n = 12) participated in the acceptance and commitment program for chronic kidney disease, consisted of 8 sessions (50 minutes each) and control group (n = 12) was provided with the hospital's standard treatment. Assessed by the psychological flexibility scale, CKD Go/No-Go task and In-depth interviews. Assessments were conducted at pre-test, post-test,

Corresponding Author: juthamas@go.buu.ac.th

วันที่รับ (Received) 4 ม.ค. 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 1 มี.ค. 2569 วันที่ตอบรับ (Accepted) 16 มี.ค. 2569

and follow-up in 2 weeks. Statistical analyses were performed using repeated-measures analysis of variance with one between-subjects variable and one within-subjects variable. The Bonferroni method was applied for multiple comparisons.

The results showed that the experimental group had a significantly higher psychological flexibility than control group in post-test and follow-up ($p < .05$). And, in the experimental group, the post-test and follow-up had a significantly higher inhibitory control than pre-test ($p < .05$).

In conclusion, the acceptance and commitment program was effective in improving both psychological flexibility and inhibitory control. This program may be applied to promote behavioral modification as a guideline for delaying kidney failure and as a model for other patient groups.

Keywords: Acceptance and commitment program, Psychological flexibility, Inhibitory control, Chronic kidney disease

บทนำ

แนวโน้มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากขึ้นตามปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การใช้ยา NSAIDs พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสจัด โดยพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน[1] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ต่อปี[2] ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ไตเสื่อมจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตที่สร้างภาระค่าใช้จ่ายมหาศาลต่อระบบสาธารณสุขของประเทศ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงต้องควบคุมพฤติกรรมให้มีค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอความเสื่อมของไต ทำให้ต้องเผชิญข้อจำกัดมากมายในการดำเนินชีวิต ทั้งการควบคุมอาหาร การดื่มน้ำ การใช้ยา และการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องเผชิญภาระทางจิตใจและสังคม[3] การสูญเสียตัวตน ความรู้สึกพึ่งพา การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการทำงาน[4] และการขาดความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Psychological flexibility: PF) ซึ่งเป็นทักษะที่ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย[5] และเผชิญกับการลุกลามของโรคและความเจ็บปวดเรื้อรังได้[6] ดังนั้นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาร่วมกับการเสริมสร้างการควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control: IC) หรือการควบคุมพฤติกรรม (Behavioral inhibitory)[7] ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพ[8] และยึดมั่นในแนวทางการรักษา[9] ที่สอดคล้องกับคุณค่า[10] นำไปสู่การชะลอความเสื่อมของไตและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

การควบคุมยับยั้ง (IC) เป็นองค์ประกอบหนึ่งของหน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Executive functions: EFs) เป็นทักษะที่เกิดจากการทำงานของสมองส่วนหน้า โดยเฉพาะบริเวณ Prefrontal cortex (PFC) ซึ่งประกอบด้วย สมองส่วน Ventrolateral prefrontal cortex (VLPFC), Dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC), Rostral prefrontal cortex (RPFC) และ Medial prefrontal cortex (mPFC)[11] มีบทบาทในการยับยั้งการตอบสนองพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (PF) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองส่วน Orbitofrontal cortex (OFC)[12] เป็นความสามารถในการปรับความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าเน้นไปที่ความคิดและความเชื่อในการรับรู้ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง[13] ในขณะที่ทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy: ACT) ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรมนิยมแนวใหม่ มุ่งเน้นการพัฒนา PF โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับประสบการณ์ตามความเป็นจริง และดำเนินชีวิตตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับโรค โดยไม่พยายามหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[14] ซึ่งเป็นต้นเหตุของความทุกข์[15] ACT ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การยอมรับ 2) การหลอมรวมความคิด 3) การอยู่กับปัจจุบัน 4) การรู้ทันการเปลี่ยนแปลง 5) การระบุค่านิยมหรือคุณค่า และ 6) การปฏิบัติตามความมุ่งมั่น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้คุณค่าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต แม้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดจากโรค[16] จากงานวิจัยพบว่า ACT สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดยช่วยลดความรู้สึกไร้พลัง (Powerlessness) ภาวะเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้าที่เกิดจากการบำบัดทดแทนไต[17,18] รวมถึงมีส่วนช่วยชะลอความเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุ[18] นอกจากนี้ ACT ยังถูกนำไปใช้ในกลุ่มที่มีปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น ปัญหาพฤติกรรมการกิน[20] ปัญหาพฤติกรรมการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ในวัยรุ่น[21] และปัญหาติดสารเสพติด[22] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของ ACT ในการเสริมสร้างทั้งความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง ซึ่งบูรณาการทั้งกระบวนการทางจิตวิทยาและการทำงานของสมองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้ตระหนักถึงค่านิยมหรือคุณค่าที่ส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและยืนหยัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การชะลอการดำเนินโรค ตลอดจนสามารถสร้างทางเลือกให้ตนเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วย ACT ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงนำองค์ความรู้ทางจิตวิทยาการรู้คิดมาช่วยเหลือในผู้ป่วยกลุ่มนี้และเป็นแนวทางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกและกลุ่มอื่นต่อไป

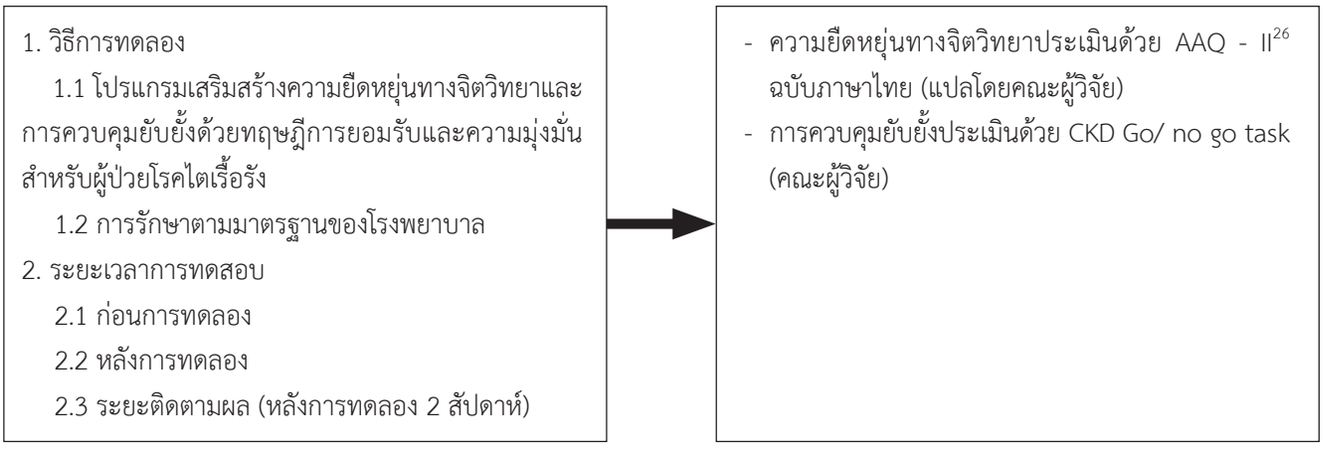
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง และในระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและติดตามอาการตามนัด ณ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ที่มีอายุ 30 - 65 ปี สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ไม่พบภาวะผิดปกติทางจิต ไม่มีภาวะโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power Version 3.1.9.7 ค่า Partial η^2 = 0.07, Effect size (f) เท่ากับ 0.2743516 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ .05, Power (1- β err prob) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 24 คน และสุ่มจับคู่คะแนนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยบูรพา ชุดที่ 3 กลุ่มคลินิกวิทยาศาสตร์สุขภาพ และวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี รหัสโครงการวิจัย G-HS134/2567 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Acceptance and commitment program for chronic kidney disease: Program ACT - CKD) ที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยบูรณาการ ACT ควบคู่กับการให้ความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านประสาทวิทยา อายุรกรรมโรคไตและจิตวิทยา จำนวน 5 ท่าน พบว่าโปรแกรม ACT - CKD มีความเหมาะสมทั้งด้านวัตถุประสงค์ เนื้อหา และวิธีการดำเนินการ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉมัน จังหวัดจันทบุรี เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมของกิจกรรม เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับให้เหมาะกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปทดลองจริง ผลสรุปได้โปรแกรม ฯ ที่ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 รู้จักกัน รู้จักไต และความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้และความสำคัญของความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา

ครั้งที่ 2 ค้นหาทิศทางและการควบคุมยับยั้งเพื่อค้นหาคุณค่า กำหนดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่า และฝึกทักษะการควบคุมยับยั้ง ด้วยกิจกรรมการจดจ่ออยู่กับลมหายใจ “หายใจ...ให้ใจฟู” และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยับยั้ง

ครั้งที่ 3 ชะลอไตได้ ด้วยใจยอมรับ เพื่อฝึกทักษะการยอมรับต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะภาวะโรคไตเรื้อรัง ด้วยกิจกรรมการรับรู้ร่างกายผ่าน Body scan และกิจกรรม “อสุรกายโรคไต”

ครั้งที่ 4 พิจารณาคิด พิชิตใจ เพื่อฝึกทักษะการแยกความคิด ลดช่องว่างของภาษากับความหมาย ด้วยกิจกรรม “ใบไม้ในสายธาร”

ครั้งที่ 5 สติตั้ง ยั้งไต ใจยืดหยุ่น เพื่อฝึกทักษะการอยู่กับปัจจุบัน ด้วยกิจกรรมการรับประทานอย่างมีสติ

ครั้งที่ 6 เปิดใจรับ การเปลี่ยนแปลง เพื่อฝึกทักษะการรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ลดการยึดมั่นตัวตน ด้วยกิจกรรม “เปิดใจรับ การเปลี่ยนแปลง”

ครั้งที่ 7 ทิศทางชีวิต ดำเนินสุข เพื่อระบุคุณค่าและตั้งเป้าหมายอย่างแท้จริง รวมถึงการจัดการอุปสรรคภายในและภายนอก ด้วยกิจกรรม “ค่านิยม นำชีวิต”

ครั้งที่ 8 ยินดีรับ ความมุ่งมั่น เพื่อบูรณาการกระบวนการของ ACT ในการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้ง ด้วยกิจกรรม “ยินดีรับความมุ่งมั่น”

2. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Acceptance and Action Questionnaire-II: AAQ-II)[23] เป็นแบบรายงานตนเอง (Self-report) จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เป็นความจริง และ 7 หมายถึง จริงมากที่สุด การแปลผลคะแนน หากคะแนนสูง หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาต่ำ ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาสูง โดยผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการแปลเป็นภาษาไทยจาก บอนด์และคณะ[23]

3. แบบทดสอบ CKD Go/ no go task ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากโปรแกรม E-prime version 3.0 โดยปรับปรุงจากแบบทดสอบ Go/ no go folk handicraft[24] ประกอบด้วยสิ่งเร้า จำนวน 250 trials (สัดส่วน Go: No go เท่ากับ 80:20) ระยะเวลาปรากฏหน้าจอคอมพิวเตอร์ 500 ms ระยะห่างระหว่างสิ่งเร้า (Fixation) 1,000 ms แปลผลคะแนนพิจารณาจากความผิดพลาดในการตอบสนองต่อ No go หรือ Commission error และระยะเวลาการตอบสนอง (RT) ต่อเงื่อนไขการตอบสนองที่เหมาะสม (Go)

4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นและความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา โดยแนวคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และข้อคำถามของการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายในการชะลอไตเสื่อม โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (ชุดเดิม) ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น คุณค่าและเป้าหมายของท่านคืออะไร ท่านบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ อย่างไร ขอให้ท่านลองยกตัวอย่างพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (Repeated - measure analysis of variance: One between subject variable and within - subject variable) เมื่อพบความแตกต่าง ทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีการแบบบอนเฟอโรนี (Bonferroni method) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.90 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 58.50 ปี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศหญิง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 58.30) และเพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 41.70) ด้านโรคประจำตัวอื่น ๆ พบว่ากลุ่มทดลองเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 91.70) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.70) ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 100) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.70) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา ระหว่างวิธีการทดลอง (Groups) กับระยะเวลาการทดลอง (Interval)

Measure	Source of variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Psychological	**Between subjects**						
Flexibility (PF)	Groups	174.22	1	174.22	1.19	.29	.05
	Error	3223.56	22	146.53			
	Within subjects						
	Interval	606.86	2	303.43	20.16*	.00	.48
	Interval * Group	158.86	2	79.43	5.28*	.009	.19
	Error (Interval)	662.28	44	15.05			

**Significant Level at 0.05; PF แทน ความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา

จากตารางที่ 1 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลอง โดยระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ย PF อย่างมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่วิธีการทดลองที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ย PF

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการควบคุมยับยั้งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

Variables	Groups	Inhibitory control			F	P-value	η^2	Pairwise comparison
		Pretest	Posttest	Follow-up				
Go RT	**Experiment group**	721.03	595.02	577.12	2.43	0.15	0.18	n/s
	Control group	516.23	489.40	471.22	6.87*	0.02	0.38	Posttest < Pretest Follow-up < Pretest
	F	2.64	6.59*	5.53*				
	P-value	0.12	0.02	0.03				
	η^2	0.11	0.23	0.20				
	Pairwise comparison	n/s	Exp. group > Con. group			Exp. group > Con. group		
% Com ER	**Experiment group**	12.17	10.33	5.33	2.51	0.10	0.19	n/s
	Control group	26.67	21.67	18.83	0.69	0.51	0.06	n/s
	F	4.67*	5.00*	5.52*				
	P-value	0.03	0.04	0.01				
	η^2	0.11	0.19	0.24				
	Pairwise comparison	**Exp. group < Con. group**	**Exp. group < Con. group**	**Exp. group < Con. group**				

Significant Level at 0.05; n/s: No significance

1) Go RT แทน ระยะเวลาตอบสนองต่อ Go 2) % Com ER แทน คะแนนเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดในการตอบสนอง

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาคะแนน Go RT พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอโรนี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน Go RT หลังการทดลองและระยะติดตามผล น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนน % Com ER หลังการทดลองและระยะติดตามผล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ACT - CKD โดยสรุปผลการสัมภาษณ์ได้ดังนี้

1. คุณค่าที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือก คือด้านสุขภาพ ดังเช่น นายชาย (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ลุงจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง จะได้อยู่กับลูกนาน ๆ"* นางดาว (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ป้าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง มีจิตใจที่ดี"* เป็นต้น

2. กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับคุณค่า ด้านสุขภาพ คือ การชะลอไตเสื่อม โดยสามารถปฏิบัติตามแผนในการชะลอไตเสื่อมตามเป้าหมายระยะสั้นที่ตั้งไว้ คือ "ค่าไตไม่ลดลง ได้ภายใน 3 เดือน" ดังเช่น นายชาติ (นามสมมุติ) อายุ 65 ปี กล่าวว่า *"ฝึกสติโดยการสแกนร่างกายตอน 7 โมงเช้า และใช้การกินอย่างมีสติช่วยในการควบคุมอาหาร ลดการปรุง ออกกำลังกายโดยการเดิน กินยาตามแผนการรักษาและพบแพทย์ตามนัด"*

3. กลุ่มทดลองมีผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยสรุปได้ดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกวิธีการฝึกสติและการออกกำลังกายตามบริบทที่เหมาะสม เช่น การเดิน การปั่นจักรยาน การยืดตัว อย่างน้อยวันละ 20 - 30 นาที ควบคุมอาหาร โดยเน้นการรับประทานไข่ขาวและเนื้อสัตว์ที่มีคุณภาพ หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปและหมักดอง ควบคุมของหวานและเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ เบียร์ น้ำอัดลม และน้ำหวาน รวมถึงดื่มน้ำเปล่า ประมาณ 2 - 3 ลิตรต่อวัน

4. อุปสรรคและวิธีการจัดการกับอุปสรรค โดยแบ่งเป็นอุปสรรคภายใน เช่น ความเครียด กังวล และอุปสรรคภายนอก เช่น รูปแบบการใช้ชีวิต ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ใช้วิธีการฝึกสติที่ได้จากการเรียนรู้จากโปรแกรมฯ เป็นวิธีการจัดการกับอุปสรรค โดยผลการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับจากการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ สรุปได้ดังนี้

ด้านจิตใจ พบว่า ความเครียดลดลง สภาพจิตใจดีขึ้น และเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติตามเป้าหมายมากขึ้น ด้านร่างกายและสุขภาพ พบว่า นอนหลับดีขึ้น อาการปวด อาการบวมลดลง อาการเฉพาะลดลง เช่น ไม่มีอาการปากแห้ง คอแห้ง ไม่เหนื่อยง่าย การปัสสาวะและการขับถ่ายดีขึ้น น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยนางอ้าย (นามสมมุติ) อายุ 56 ปี กล่าวว่า *"ค่าน้ำตาลสะสมของป้าลดลง จาก 14% เหลือ 7%"* ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ในการส่งเสริมการยับยั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานและยึดมั่นในแผนการรักษา

การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง มีความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา (Psychological flexibility: PF) หลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจาก โปรแกรม ACT - CKD ได้บูรณาการขึ้นตามกระบวนการของ ACT โดยได้ฝึกทักษะการค้นหาคุณค่าอย่างแท้จริง ฝึกทักษะการยอมรับผ่านกิจกรรม "อสุรกายโรคไต" แทนการขจัดประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์[14] ฝึกทักษะการพิจารณาความคิดผ่านกิจกรรม "ใบไม้ในสายธาร" ฝึกทักษะการอยู่กับปัจจุบัน เช่น การเพ่งความสนใจที่ลมหายใจ การเดินอย่างมีสติ และการชิมคุ๊กกี้ไข่ขาวอย่างมีสติ การรับรู้ร่างกายผ่าน Body scan และกิจกรรมหายใจให้ใจฟู ซึ่งช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตวิทยา[3, 8] เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคุณค่าที่แท้จริงและเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง[25] ซึ่งทำให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง[26] ส่งผลให้คะแนน PF เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผล[27,28] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม ACT - CKD สามารถเพิ่ม PF ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

2. กลุ่มทดลองมี PF สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของ PF อย่างต่อเนื่องจนถึงระยะติดตามผลแสดงให้เห็นถึงพัฒนาการของ PF ในกลุ่มทดลอง ขณะเดียวกันพบว่ากลุ่มควบคุม มีคะแนน PF เพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่ยังคงต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเกิดจากระยะเวลาที่สั้นทำให้ยังไม่พบผลการเปลี่ยนแปลงทางสถิติ และกลุ่มควบคุมเองยังได้รับการรักษาตามปกติและได้รับคำปรึกษาทางด้านจิตใจของ

โรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความเครียดได้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. กลุ่มทดลองมีการควบคุมยับยั้ง (Inhibitory control: IC) สูงกว่ากลุ่มควบคุม หลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยพิจารณาจากคะแนน % Com ER ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และคะแนน Go RT ที่น้อยลงหลังการทดลองและระยะติดตามผล ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหุนหันพลันแล่นลดลง[29] ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มทดลองมีการปรับปรุงคุณภาพการประมวลผล คิดก่อนตอบ และมีความสนใจจดจ่อ (Attention) ที่ดีขึ้น ส่งผลให้ตอบได้เร็วและแม่นยำขึ้น[30]

4. กลุ่มทดลองมี IC หลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า มีคะแนน % Com ER ลดลงอย่างต่อเนื่องที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ดีขึ้น ซึ่งข้อจำกัดอาจเกิดจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เล็กและความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง เช่น โรคประจำตัวอื่น ๆ รวมถึงภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจขณะที่ทำการทดสอบ อีกทั้งควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลให้นานขึ้น เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าน้ำตาลสะสม และอาจเพิ่มการฝึกหรือฝึกที่บ้าน เพื่อลดการเลือนหายของทักษะ

นอกจากนี้การทดสอบด้วย CKD Go/ no go task ซึ่งเป็นการทดสอบเชิงพฤติกรรม (Performance) อาจให้ผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกับแบบประเมินตนเอง (Self - report)[22] อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่า PF มีความสัมพันธ์ทางนัยสำคัญกับ IC31 จึงสรุปได้ว่า โปรแกรม ACT - CKD สามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรม ACT - CKD ไปใช้เสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อม โดยผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่น และควรผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้ป่วย

2. ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตวิทยาและการควบคุมยับยั้งด้วยทฤษฎีการยอมรับและความมุ่งมั่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ไปบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ เช่น คลินิกโรคไต คลินิกเบาหวาน หน่วยฟื้นฟูสุขภาพจิต เพื่อใช้เป็นกิจกรรมบำบัดจิตควบคู่กับการรักษาทางกาย เพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และลดความเครียดระหว่างการรักษา

3. ควรพัฒนาโปรแกรมฯ ให้เข้าถึงง่ายผ่านระบบออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชันฝึกจิตใจ หรือแพลตฟอร์มการฝึก ACT ออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกต่อเนื่องได้จากที่บ้าน เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลร่างกายและสุขภาพจิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแบบทดสอบ CKD Go/ no go task โดยเลือกใช้ภาพถ่ายอาหารและพฤติกรรมจริงที่คุ้นเคยในชุมชน เพื่อเพิ่มความตรงตามสภาพจริงและมีความชัดเจน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นกลไกการยั้งคิดและสะท้อนพฤติกรรมการตัดสินใจในบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วยได้ยิ่งขึ้น ทั้งนี้ควรดำเนินการร่วมกับการวัดคลื่นไฟฟ้าสมองขณะทำกิจกรรม (Event-related potential: ERP) เพื่อเชื่อมโยงผลทางจิตวิทยากับหลักฐานทางประสาทวิทยา

2. ควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยแบบระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินของโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

3. ตรวจสอบผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น ค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) เป็นต้น

References

1. Thanakitcharu P. Hemodialysis and nursing care. Bangkok: Bangkok Vejasan Publishing; 2024. (in Thai)
2. Department of Disease Control (Thailand). Epidemiology and review of preventive measures for chronic kidney disease [report]. Thailand: Department of Disease Control; 2022. (in Thai)

3. Wilson A, Carswell C, McKeaveney C, Atkinson K, Burton S, McVeigh C, et al. Examining the acceptability and feasibility of the Compassionate Mindful Resilience (CMR) programme in adults living with chronic kidney disease: the COSMIC study findings. BioMed Central Nephrology. 2024;25(1):1-12.
4. Spinale J, Cohen SD, Khetpal P, Peterson RA, Clougherty B, Puchalski CM, et al. Spirituality, social support, and survival in hemodialysis patients. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2008;3(6):1620-7.
5. Kashdan TB, & Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical Psychology Review. 2010;30(7):865-78.
6. Sadeghi AH, Ghodrati-Torbati A, & Ahmadi SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on pain control and adherence to treatment in dialysis patients. Journal of Research & Health. 2023;13(5): 381-8.
7. Hazavei F, & Robatmeili S. The effect of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and behavioral inhibition of adolescents with social anxiety disorder. Journal of Health Promotion Management. 2019;8(6):18-29.
8. Ismoyowati TW. Pengaruh acceptance and commitment therapy terhadap perubahan kecemasan dan self-efficacy pada pasien dengan hemodialisa di RS Sint Carolus Jakarta. Jurnal Kesehatan. 2018;5(2)44–58.
9. Diéguez S, García-Llana H, Lobato D, Marín MT, Arenas MD, Dapena F, et al. Acceptance and commitment therapy for depression in chronic kidney patients: a pilot study. Frontiers in Psychology. 2025;16(1)1-10.
10. Facon-Barillot Q, Romo L, de Dios LG, & Morvan Y. Psychological flexibility and psychological distress among students: a temporal network approach. Journal of Contextual Behavioral Science. 2025;38(1):1-12.
11. Haenjohn J. Cognitive psychology. 3rd ed. Bangkok: Grand Point; 2021. (in Thai)
12. Salehinejad MA, Nejati V, & Derakhshan M. Neural correlates of trait resiliency: evidence from electrical stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex (dLPFC) and orbitofrontal cortex (OFC). Personality and Individual Differences. 2017;106(1):209-16
13. Sanitpol W, Jaratham N, & Prayong C. Effects of the Self-efficacy Enhancement Program on Disease Control Behaviors among Chronic Kidney Disease with stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital. Lanna Public Health Journal. 2017;13(2):48-63.
14. Dindo L, Van Liew JR, & Arch JJ. Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. Neurotherapeutics. 2017;14(3):546-53.
15. Haenjohn J. Acceptance and commitment therapy (ACT): Chonburi, Get Good Creation; 2014. (in Thai)
16. Spatola CA, Rapelli G, Giusti EM, Cattivelli R, Goodwin CL, Pietrabissa G, et al. Effects of a brief intervention based on acceptance and commitment therapy versus usual care for cardiac rehabilitation patients with coronary heart disease (ACTonHEART): a randomised controlled trial. The British Medical Journal open. 2024;14(6):1-11.
17. Ardiansyah F, Shinta S, & Amita D. Acceptance and commitment therapy (ACT) for patients with chronic renal failure. Malahayati International Journal of Nursing and Health Science. 2021; 26;4(1):51-6.
18. Iida H, Fujimoto S, Wakita T, Yanagi M, Suzuki T, Koitabashi K, et al. Psychological flexibility and depression in advanced CKD and dialysis. Kidney medicine. 2020;2(6):684-91.

19. 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. 2022;23(3):428-37. (in Thai)
20. Järvelä-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Muotka J, Lindroos S, Laitinen J, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2018;15(1):1-14.
21. Rattanatamtong A, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Development of online acceptance and commitment program to enhance inhibitory control on cyberbullying in adolescents. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022;24(1):80-90. (in Thai)
22. Haenjohn J, Supwirapakorn W, & Namyen J. Integrative cognitive neuropsychological program emphasizing brain response to enhance inhibitory control among substance abusers at the alternative rehabilitation communities in Eastern Thailand. Frontiers in Psychiatry. 2025;16(1):1-18.
23. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire–II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011;42(4): 676-88.
24. Haenjohn J, Sapwirapakorn W, Noimanop K, & Chulvanitphong T. Outstanding basketry wisdom for integrated knowledge development: a study in the Eastern Economic Corridor area [research report]. Chonburi: Burapha University; 2023. (in Thai)
25. Elander J, Kapadi R, Coyne E, Taal MW, Selby NM, Stalker C, et al. Using patient feedback to adapt intervention materials based on acceptance and commitment therapy for people receiving renal dialysis. BioMed Central Urology. 2021;21(1):1-11.
26. Liu H, Liu N, Chong ST, Yau EKB, & Badayai ARA. Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: a systematic review. Heliyon. 2023;9(3):1-12.
27. Öst LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behaviour Research and Therapy. 2014;61(10):105-21.
28. A-Tjak J, & De Groot F. Acceptatie. In: A-Tjak J, De Groot F, editors. Acceptance & commitment therapy: theorie en praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015. p. 19-25.
29. Leblanc-Sirois Y, Braun CM, & Elie-Fortier J. Reaction time of erroneous responses in the Go/No-go paradigm. Experimental Psychology. 2018;65(5): 314–21.
30. Heitz RP. The speed-accuracy tradeoff: history, physiology, methodology, and behavior. Frontiers in Neuroscience. 2014;8(1):1-19.
31. Afek A, Ben-Avraham R, Davidov A, Berezin Cohen N, Ben Yehuda A, Gilboa Y, et al. Psychological resilience, mental health, and inhibitory control among youth and young adults under stress. Frontiers in Psychiatry. 2021;11(1):1-12.

ปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

Predicting Factors for Decision Making of Amniocentesis in High Risky Pregnant Women

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล[1] อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์*[1] บุญสวน คาราวะ[2] นันธิยา ไทยเจริญ[3]
Jaruwan Kownaklai[1] Umaporn Kuasit*[1] Boonsuan Karawa[2] Nanthiya Thaicharoen[3]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย 44150
[1]Faculty of Nursing Mahasarakham University, Mahasarakham Thailand 44150
[2]โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45000
[2]Roi-et hospital, Roi-et, Thailand 45000
[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45000
[3]Faculty of Nursing Roi Et Rajabhat University, Roi-et Thailand 45000

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีการแปลผลการคัดกรองเสี่ยงสูง โดยวิธีการตรวจ QT (Quadruple test) และรับการเจาะน้ำคร่ำที่มารับบริการในแผนกฝากครรภ์ จำนวน 118 คน เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำ หาคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยการทำนาย ผลการศึกษาพบว่า ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ($p < .05$) และความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะของครอบครัว สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 7.5 ($P < .05$) จากผลการวิจัย พยาบาลที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงควรให้คำแนะนำและจัดโปรแกรมการให้คำปรึกษาก่อนและการให้ความรู้ในการเตรียมสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวที่เหมาะสมในการเจาะน้ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ โดยคำนึงถึงความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำ, สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง, การเจาะน้ำคร่ำ, การผดุงครรภ์

Abstract

This research aims to study the predictive factors of amniocentesis decision-making in high-risk pregnant women who had undergone screening with increased the Quadruple test (QT) and received amniocentesis 118 women at the antenatal care clinic. Data was collected through personal interviews and questionnaires on decision-making regarding amniocentesis.

*Corresponding author Email: umaporn.k@msu.ac.th

วันที่รับ (received) 27 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 9 ธ.ค. 2566

The questionnaire's reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient (0.87), indicated high internal consistency and assessed content validity by three experts. Statistical analysis including correlation analysis and stepwise multiple regression analysis, was conducted to identify predictive factors. The study was found that the intention to conceive and family characteristics were a statistically significant relationship to amniocentesis decision-making in high-risk pregnant women (p<.05). Furthermore, both the intention to conceive and family characteristics were able to predict amniocentesis decision-making with an accuracy of 7.5% (p < .05). Based on the research finding, nurses or midwives should provide counseling and educational programs for pregnant women with high-risk pregnancies and their families for amniocentesis regarding taking into consideration their intention to conceive and family characteristics. This will provide to case by case counselling to ensure appropriated and effective care for the accurate diagnosis of fetal abnormalities.

Keywords: amniocentesis decision-making, high-risk pregnant women, amniocentesis, midwives

บทนำ

ปัจจุบันนี้การวินิจฉัยทารกก่อนคลอดมีความจำเป็นเพื่อคู่สามีภรรยาจะได้หลีกเลี่ยงการมีลูกพิการแต่กำเนิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะปัญญาอ่อนที่พบบ่อย เช่น กลุ่มอาการดาวน์ และความผิดปกติของโครโมโซมอย่างอื่น ซึ่งการตรวจวิเคราะห์โครโมโซมจากเซลน้ำคร่ำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงโดยเฉพาะสตรีที่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไปเป็นกระบวนการที่ได้รับความนิยมแต่มีขั้นตอนค่อนข่างยุ่งยาก ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษของสูติแพทย์และยังต้องอาศัยห้องปฏิบัติการที่มีการควบคุมคุณภาพที่ดี จึงสามารถให้ผลที่แม่นยำได้ ยิ่งไปกว่านั้นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงมาก ที่สำคัญที่สุดที่ควรคำนึงก็คือ ความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์[1,2]

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลศูนย์มีการเจาะน้ำคร่ำมาอย่างต่อเนื่องในสตรีทุกรายที่มีความเสี่ยงสูง แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ตรวจหาความเสี่ยงโดยการเจาะเลือดมารดาก่อน (Quadruple test; the quadruple screen test or quadruple blood test: QT) เพื่อเป็นการคัดกรองเฉพาะสตรีก่อนยืนยันด้วยการตรวจน้ำคร่ำ[3] เฉพาะสตรีที่มีผลเลือดความเสี่ยงสูง (Increase) เท่านั้นจึงจะมีการตรวจยืนยันโดยการเจาะน้ำคร่ำต่อไป ทำให้เป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและรัฐบาลลงไปมาก สถิติการเจาะ QT ของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี 2562 มีจำนวน 320 คน (ผลเป็นความเสี่ยงต่ำ 243 คน และ เสี่ยงสูง 79 คน) โดย 79 คนนั้นต้องได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อหาความผิดปกติที่แม่นยำและยืนยันผลต่อไปในปี 2563 มีสตรีที่ได้รับการ QT ตั้งแต่เดือนมกราคา-ตุลาคม จำนวน 290 คน ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการเจาะน้ำคร่ำจำนวน 71 คน

การเจาะ QT และการเจาะน้ำคร่ำ แพทย์และพยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่อาจพบบ่อย อุบัติการณ์ของโรคและความพิการแต่กำเนิดหลายอย่างที่พบบ่อย อัตราเสี่ยงของคู่สามีภรรยาแต่ละคู่ ข้อดีและข้อเสียของการเจาะน้ำคร่ำ[4,5] ตลอดจนให้เวลาคู่สามีภรรยาตัดสินใจที่จะรับการเจาะน้ำคร่ำหรือไม่ หลังจากได้ข้อมูลแล้ว ตลอดจนให้เวลาคู่สามีภรรยาตัดสินใจที่จะรับการเจาะน้ำคร่ำหรือไม่ หากตรวจพบทารกที่ผิดปกติหรือพิการ คู่สามีภรรยาควรมีเวลาติดสินใจที่จะเลือกดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่ และต้องเป็นการตัดสินใจของคู่สามีภรรยาที่สอดคล้องกันเท่านั้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลแผนกฝากครรภ์มีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน และให้คู่สามีภรรยาหรือสตรีตั้งครรภ์ได้ตัดสินใจบนข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นธรรม รวมถึงพยาบาลต้องเข้าใจความรู้สึกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่มีความกังวลใจในการเจาะน้ำคร่ำ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อเป็นการค้นหาปัจจัยที่จะสามารถทำนายการตัดสินใจที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเลือกที่จะคัดกรองภาวะความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกไตรมาสที่ 1-2 ของทารกในครรภ์เพื่อจะได้วางแผนการดูแลและให้คำปรึกษาต่อครอบครัวและการตัดสินใจในการตั้งครรภ์ หรือเป็นแนวทางให้กับทีมแพทย์ และพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยสุขภาพของ

ทารกในครรภ์ โดยเฉพาะในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ดตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมาสตรีตั้งครรภ์ที่คัดกรองความเสี่ยง และมีผลเป็นเสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยทุกรายจะได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อรับการวินิจฉัยทารกในครรภ์ด้วยวิธีการเจาะน้ำคร่ำเพื่อหาความผิดปกติ ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำ และสามารถยืนยันผล ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงตัดสินใจในการคัดกรองด้วยการเจาะน้ำคร่ำถือเป็นการส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการตัดสินใจ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่า การตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ใช้ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการตัดสินใจในการเจาะน้ำคร่ำสตรีตั้งครรภ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ ลักษณะของครอบครัว หรือ สถานะภาพทางสมรสที่มีผลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเพื่อเข้ารับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยสุขภาพของทารกในครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงทำนาย (Predictive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 118 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำ ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยทดสอบการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติของข้อมูล (Normal distribution) ที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนเพื่อหาปัจจัยการทำนาย (Multiple regression Analysis- Stepwise)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่มีการแปลผลการคัดกรองโดยวิธี QT (Quadruple test) เสี่ยงสูงและได้รับการเจาะน้ำคร่ำที่แผนกฝากครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีการแปลผลการคัดกรองโดยวิธี QT (Quadruple test) เสี่ยงสูงและได้รับการเจาะน้ำคร่ำที่แผนกฝากครรภ์โดยกำหนดเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มาเจาะน้ำคร่ำเพื่อคัดกรองความเสี่ยงสูง ที่ยินยอมรับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์ และสามารถอ่านออกเขียนได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากหลักเกณฑ์ของเคอร์ลิงเจอร์และแพดฮาเซอร์ใช้ในการคำนวณแบบ Multiple regression analysis ซึ่งมีสูตรดังนี้

n > 30k

โดย n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยต่อ 1 ตัวแปร

K = จำนวนตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลำดับที่การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ การตั้งใจตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ทั้งหมด 3 ตัว จากการแทนค่าในสูตร

n > 30k

n> 30x3 = 90

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ได้เก็บสตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่เข้ารับการเจาะน้ำคร่ำในช่วงเวลาที่ศึกษา รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 118 คน ซึ่งเป็นจำนวนเดียวกันกับกลุ่มโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจากหลักเกณฑ์การคำนวณแบบ Multiple regression analysis[7] ทั้งหมด 118 ราย เพราะอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดทำให้กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ลดลง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นสตรีตั้งครรภ์ได้รับการพิจารณาจากสูติแพทย์แล้วว่ามีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยต่อไป

2. สตรีตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงสูงตามการวินิจฉัยของแพทย์

3. สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่อายุครรภ์ระหว่าง 16-20 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออก

1. สตรีที่ได้รับการส่งต่อไปรับการเจาะน้ำคร่ำและวินิจฉัยที่โรงพยาบาลอื่น

2. สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเจาะน้ำคร่ำเฉียบพลันจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ได้ในวันที่มาเจาะน้ำคร่ำ เช่น มีอาการปวดท้องมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน หรือปวดท้องหรือบริเวณที่เจาะมากผิดปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูล โดยจะเลือกเก็บในสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ที่มารับบริการเจาะน้ำคร่ำที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตั้งแต่เดือน เมษายน -ตุลาคม 2564 โดยเลือกทุกรายที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมโครงการจนกว่าจะได้จำนวนครบ 118 รายตามที่กำหนด โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงโครงการต่อพยาบาลและแพทย์ประจำแผนกฝากครรภ์ และอธิบายถึงวัตถุประสงค์การดำเนินโครงการ กระบวนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดโครงการ และขอบเขตการขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์

2. สตรีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางพันธุกรรมก่อนคลอด และเป็นผู้แนะนำโครงการวิจัยนี้สำหรับสตรีที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างและระบุสตรีที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นจะส่งต่อให้พยาบาลที่เป็นทีมนักวิจัยและนักวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการอีกครั้ง

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดผู้เข้าร่วมโครงการแก่ทีมวิจัยแล้ว พบทีมวิจัยครั้งที่1เพื่อรับการอธิบายรายละเอียดโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วยชื่อโครงการ ผู้วิจัย วัตถุประสงค์โครงการ เหตุผลที่ได้รับการคัดเลือก และใบชี้แจ้งข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet) เพื่อใช้ในการพิจารณาในการตัดสินใจ อาสาสมัครที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการในวันนี้ จะได้รับรับการอธิบายรายละเอียดโครงการ และเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการในใบ consent form โดยจะทำการนัดหมายตอบแบบสอบถามในวันมาเจาะน้ำคร่ำของทางโรงพยาบาล

4. วันรับการเจาะน้ำคร่ำตามนัด หลังจากกระบวนการรับการตรวจตามปกติแล้ว ผู้วิจัยจะขอเก็บข้อมูลประสบการณ์และการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำหลังการทำหัตถการ โดยให้สตรีที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามเพื่อไม่ให้สตรีตั้งครรภ์เสียเวลา เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำแล้วและเสร็จสิ้นจากการนอนพักที่แผนกฝากครรภ์ ในห้องและสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นเวลา 20 นาทีก่อนกลับบ้าน

5. การตอบแบบสอบถามจะทำที่เตียงพักส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากผู้ไม่เกี่ยวข้อง และหากสตรีมีความผิดปกติระหว่างการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยสามารถแจ้งพยาบาลและแพทย์ที่อยู่บริเวณรอบนอกได้โดยทันที เช่น สตรีมีอาการปวดท้องมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด น้ำเดิน หรือปวดท้องหรือบริเวณที่เจาะมากผิดปกติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามเลขที่ 129-118/2564 อนุมัติวันที่ 16 เมษายน 2564 ถึง 15 เมษายน 2565 และจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE033/2564 อนุมัติวันที่ 13 มกราคม 2564 ถึง 12 มกราคม 2565 โดยคำนึงถึงหลักการปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลดังนี้ ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในการเก็บรวมรวมข้อมูล ดำเนินการขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และเก็บเฉพาะอาสาสมัครที่ยินยอมด้วยความเต็มใจและลงนามในใบยินยอมก่อน โดยไม่เลือกปฏิบัติให้คุณและให้โทษ ต่อผู้เข้าร่วมและไม่เข้าร่วม โดยสตรีตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับการบริการที่แผนกฝากครรภ์โดยเท่าเทียมกันตามมาตรฐานการดูแลข้อมูลที่ได้มา โดยปกปิดข้อมูลส่วนตัวทำการเผยแพร่ในรูปแบบผลการวิจัยโดยรวมไม่ระบุชื่อจริงผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกล่วงหน้าและจะไม่มีผลต่อการให้บริการตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ

สตรีตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำของสตรีตั้งครรภ์ จำนวน 19 ข้อ และหาคุณภาพของเครื่องมือ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ ประกอบไปด้วย

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหาผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างเนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและตัวแปรที่ต้องการศึกษาจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ และอาจารย์พยาบาลที่ทำการวิจัย และสอนด้านสูติศาสตร์หรือผดุงครรภ์ โดยผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากทั้ง 3 ท่าน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ อยู่ในช่วง 26-35 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.25 โดยเฉลี่ยอายุ 32.40 ปี สามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 36-45 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.2 เฉลี่ยอายุ 35.19 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานไม่ได้จดทะเบียน คิดเป็นร้อยละ 50 การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี หรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 28 อาชีพส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ ว่างงาน/แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.9 รายได้ของครอบครัว ส่วนใหญ่ 5,001–10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 34 มีรายได้งานของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 66 ร้อยละ 39 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ปัจจุบัน 18-20 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 72.9 ความสัมพันธ์กับสามีอยู่ในระดับดี ยอมรับการตั้งครรภ์ของสตรี และมีการดูแลสตรีอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวที่อาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 61.9 และถ้าเป็นครอบครัวขยายจะพักกับบิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.7 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความตั้งใจตั้งครรภ์ในครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 85.6 และสามีมีความต้องการบุตรในครรภ์นี้ร้อยละ 98.3

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรต้นกับการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง

ตัวแปรต้น	B	SE	Beta	t	Sig.
Constant	4.514	.116		39.074	.000**
1. ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	-.216	.096	-.219	-2.245	.027*
2. ลักษณะของครอบครัว	-.156	.071	-.214	-2.216	.029*

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

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจที่เจาะน้ำคร่ำภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.25, SD. = .359) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การมารับการเจาะน้ำคร่ำควรได้รับการเจาะจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์สูงเท่านั้น ($\bar{X}$=4.75, SD. = .522) และ ข้อที่เฉลี่ยการตัดสินใจน้อยที่สุดคือการเจาะน้ำคร่ำทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น (= 2.59, SD. = 1.338) ตามลำดับพบว่าความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

Model	variables	R	R^2	Adjusted R^2	SE	F-test	Sig
1.	ความตั้งใจในการตั้งครรภ์	.219	.048	.038	.344	5.040	.027*
2.	ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ลักษณะของครอบครัว	.305	.093	.075	.337	5.074	.008*

* p < .05

การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรต้นที่มีสามารถทำนายที่ได้รับการคัดเลือกมี 2 ตัวคือ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะของครอบครัว (P < .05) โดยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้ร้อยละ 7.5 ดังตาราง 2

การอภิปรายผลการวิจัย

การตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจที่เจาะน้ำคร่ำภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งจะเห็นได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะเป็นสตรีที่ตัดสินใจรับการคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงภาวะความผิดปกติของโครโมโซมของทารกในครรภ์ และหน่วยงานแผนกฝากครรภ์ได้มีการให้คำแนะนำและให้ข้อมูลก่อนการตัดสินใจเบื้องต้นแก่สตรีตั้งครรภ์ก่อนการเซ็นยินยอมเป็นหลักฐานในการเข้ารับการเจาะน้ำคร่ำ และกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ผ่านการอธิบายถึงความจำเป็นในการคัดกรองและการวินิจฉัยความผิดกติของโครโมโซมทารกในครรภ์ เช่น การเจาะน้ำคร่ำ และการเจาะสายสะดือทารก[8] การให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเพื่อส่งเสริมและป้องกันกลุ่มอาการดาวน์ถือเป็นบทบาทสำคัญของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ต้องให้คำปรึกษาที่เหมาะสมในการตัดสินใจที่จะเจาะน้ำคร่ำในระยะตั้งครรภ์เป็นการวินิจฉัยที่เหมาะสม[8] ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลในการเตรียมพร้อมการเจาะน้ำคร่ำ โดยได้รับความรู้และทัศคติที่ดีจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ลดความกังวลและสามารถตัดสินใจได้มากขึ้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ระดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การมารับการเจาะน้ำคร่ำควรได้รับการเจาะจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์เท่านั้น[9] พบว่าในสตรีตั้งที่มีภาวะเสี่ยงสูงโดยเฉพาะสตรีที่มีอายุมากจะกลัวภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะ การเจาะน้ำคร่ำจะส่งผลให้เกิดการแท้งบุตรมากขึ้นจึงจำเป็นต้องให้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญมาทำหัตถการนี้จะทำให้เพิ่มความมั่นใจและตัดสินใจมากขึ้น

สำหรับแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลร้อยเอ็ด มีระบบการให้คำปรึกษา และการให้คำแนะนำแก่ สตรีตั้งครรภ์ก่อนการรับการเจาะทุกราย รวมทั้ง ให้มีการลงนามยินยอมทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามีด้วยทุกราย นอกจากนี้ ทีมแพทย์และพยาบาลได้มีการประสานงานตอดต่อ รายงานผลการตรวจและอธิบายขั้นตอนต่างๆ เป็นอย่างดี และการเจาะน้ำคร่ำครั้งนี้ ไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาส่วนใหญ่ ปริญญาตรี หรือสูงกว่าและได้รับการดูแลจากสามี และเป็นการตั้งครรภ์ที่ตั้งใจดังนั้นการตัดสินใจเพราะเจาะน้ำคร่ำในกลุ่มนี้ จึงมีระดับสูง ส่วนข้อที่เฉลี่ยการตัดสินใจน้อยที่สุดคือการเจาะน้ำคร่ำทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นซึ่งพบว่า การตัดสินใจเจาะอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการฟรีไม่คิดค่าใช้จ่าย จึงเป็นเหตุผลในการที่จะตัดสินใจไม่เจาะน้อย ซึ่งปัจจุบันมีงบประมาณสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ได้รับบริการฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำพบว่า ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .001 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และลักษณะครอบครัวสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) โดยสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้ร้อยละ 7.5

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการศึกษาครั้งนี้ความตั้งใจในการตั้งครรภ์สามารถเป็นตัวทำนายว่า สตรีตั้งครรภ์จะตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์จะมีความต้องการที่จะวินิจฉัยสุขภาพทารกในครรภ์โดยการเจาะน้ำคร่ำและประกอบกับการที่ได้รับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพในการให้คำแนะนำจะส่งผลให้ครอบครัวตัดสินใจมากขึ้น[10] ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนเจาะทุกรายเลย ส่งผลให้มีระดับการเจาะน้ำคร่ำมากที่สุด และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีการตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความตั้งใจตั้งครรภ์ในครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 85.6 และสามีมีความต้องการบุตรในครรภ์นี้ร้อยละ 98.3 จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ และสามีตัดสินใจที่จะเจาะน้ำคร่ำเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของทารกในครรภ์อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ลักษณะครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสามารถร่วมทำนายการตัดสินใจที่จะเจาะน้ำคร่ำได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 61.9 และบุคคลที่อยู่ด้วยมากที่สุดระยะตั้งครรภ์ คือ บิดามารดาของหญิงตั้งครรภ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.7 ซึ่งระยะการเตรียมตัว

ก่อนการเจาะน้ำคร่ำถือว่าเป็นระยะที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวต้องการข้อมูลและการให้คำปรึกษาเป็นอย่างมาก และส่งผลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง[11]

นอกจากนี้พบว่า ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีเศรษฐานะไม่ดีอาจจะทำให้ครอบครัวไม่สามารถสนับสนุนค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจรับการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าจะได้รับการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องแล้วก็ตาม[12] ในระหว่างการวินิจฉัยการคัดกรองในระหว่างตั้งครรภ์ เพราะมีทางเลือกในการวินิจฉัยสุขภาพของทารกในครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่หลากหลาย ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกและการแท้งบุตรของสตรีตั้งครรภ์[13,14,15] นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สำคัญ พบว่าการสนับสนุนและให้ข้อมูลจากบุคคลอื่นๆ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำของสตรีตั้งครรภ์[16,17] ดังนั้นการเตรียมการในสตรีตั้งครรภ์เพื่อรับการเจาะน้ำคร่ำควรส่งเสริมให้ครอบครัว และบุคคลที่มีความสำคัญต่อสตรีตั้งครรภ์มารับการให้ข้อมูล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย หรือ การติดตามมารับฟังผลการตรวจ และแนวทางการดูแลของหน่วยงานอย่างต่อเนื่องจากทีมแพทย์และพยาบาลเพื่อประกอบการตัดสินใจที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองต่อการตั้งครรภ์นี้

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการตัดสินใจในการเจาะน้ำคร่ำโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีแนวโน้มยอมรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเมื่อได้รับข้อมูลที่เหมาะสม โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือการเจาะน้ำคร่ำควรดำเนินการโดยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์สูง[18] สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์ต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ ในขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การรับรู้ว่าการเจาะน้ำคร่ำเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจอาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าความตั้งใจในการตั้งครรภ์และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเจาะน้ำคร่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าปัจจัยทั้งสองสามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจได้ร้อยละ 7.5 ซึ่งแม้จะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคมและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการเจาะน้ำคร่ำอย่างเหมาะสม โดยควรดำเนินการดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับประโยชน์ ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนของการเจาะน้ำคร่ำ

2. ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยสุขภาพทารกในครรภ์ และการวางแผนการดูแลหลังคลอด

3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจ โดยเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์

4. พัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาก่อนการเจาะน้ำคร่ำ (Pre-amniocentesis counseling guideline) โดยเน้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

5. สนับสนุนการวางแผนการตั้งครรภ์และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มอำนาจในการทำนายการตัดสินใจ

2. ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods) เพื่อให้เข้าใจมุมมองและประสบการณ์เชิงลึกของสตรีตั้งครรภ์ ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงทั่วไป (generalizability)

3. ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาหรือการเตรียมความพร้อมก่อนการเจาะน้ำคร่ำ

References

1. Wasan, P. Metabolic-Generic in Pediatrics Textbook, 1sted: Bangkok: the Faculty of Siriraj Medicine, Mahidol University. 2005. (in Thai)
2. Isarapukdee, P & T, Pewnil. Quality of Pregnancy Outcomes among Thai Women of Reproductive Age during 1998-2015, 2018. Available from: (in Thai)
3. Roi-et Hospital, Prenatal diagnosis Statistic at Antenatal clinic, 2020. Report year; (in Thai)
4. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: care of the childbearing & childrearing family. 6thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
6. Becker, M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 1974.
7. Vorapongsathorn, T. Public health research. 4thed. Bangkok: Chulalongkorn University. 1998. (in Thai)
8. Klaitabtim B. Advanced maternal age: nursing role. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;19(2): 36-48. (in Thai)
9. Ratanasiri, T. Counseling for promotion and prevention of Down syndrome 2004.19(4): 261-6. (in Thai)
10. Grinshpun-Cohen J, Miron-Shatz T, Ries-Levavi L & Pras E. Factors that affect the decision to undergo amniocentesis in women with normal Down syndrome screening results: it is all about the age. Health Expect. 2015.18(6): 2306-17.
11. Yararbaş K, & Kuşkucu A. The factors affecting amniocentesis decision by pregnant women in the risk group and the influence of consultant. Perinatal Journal. 2019;27(1): 6-13.
12. Boonmee P, The role of a nurse-midwife in providing information to pregnant women about amniocentesis. Journal of Nursing Science and Health. 2014. 37(3): 122-31. (in Thai)
13. Oliveri S, Ongaro G, Cutica I, Menicucci G, Belperio D, Spinella F, et al. Decision-making process about prenatal genetic screening: how deeply do moms-to-be want to know from non-invasive prenatal testing?. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. 2023;23(1):38. doi:10.1186/s12884-022-05272-z
14. Montgomery S, & Thayer ZM. The influence of experiential knowledge and societal perceptions on decision-making regarding non-invasive prenatal testing (NIPT). BioMed Central Pregnancy and Childbirth, 2020. 20(1):630. doi:10.1186/s12884-020-03203-4
15. Jun M, Thongpriwan V, Choi J, Sook Choi K, & Anderson G. Decision-making about prenatal genetic testing among pregnant Korean-American women. Midwifery. 2018. 56:128-34. doi:10.1016/j.midw. 2017.10.003
16. Farrell RM, Pierce M, Collart C, Yao M, Coleridge M, Chien EK, et al. Decision-making for prenatal genetic screening: how will pregnant women navigate a growing number of aneuploidy and carrier screening options?. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. 2021;21(1):806. doi:10.1186/s12884-021-04257-8
17. Klaitabtim, B. Effects of an information support program on anxiety in advanced maternal-age women receiving amniocentesis. Journal of Nursing and Health Care 2016.34(3): 81-7. (in Thai)
18. Grinshpun-Cohen J, Miron-Shatz T, Berkenstet M, & Pras E. The limited effect of information on Israeli pregnant women at advanced maternal age who decide to undergo amniocentesis. Israel Journal of Health Policy Research. 2015; 4:1-8. doi:10.1186/s13584-015-0019-6

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

The Effects of Positive Mental Health Promotion Program on The Mental Health Self-Care Behavior of Older Adults

อารภา บุญอยู่ นุชนาถ บรรทุมพร* ชมชื่น สมประเสริฐ
Arapa Boonyoo Nutchanart Bunthumporn* Chomchuen Somprasert
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี 12121
Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน โดยทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ประกอบด้วยกิจกรรม 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลอง (M=204.66, SD.=11.16) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M=177.63, SD.=18.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$=27.03, SD.=13.07) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{D}_2$=2.13, SD.=14.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.64, p <.001) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต บุคลากรทางสุขภาพนำไปส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โปรแกรมสุขภาพจิตเชิงบวก, พฤติกรรมการดูแลตนเอง

Abstract

This quasi-experimental research studied the effect of a positive mental health promotion program on the mental health self-care behavior of older adults. The sample comprised 60 geriatric residents, randomly assigned to experimental and control groups, with 30 participants in each. The experimental group received a positive mental health promotion program, including eight weekly sessions, while the control group received regular care. dependent t-test

Corresponding author : nutchanart@nurse.tu.ac.th.

วันที่รับ (Received) 14 พ.ย. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 31 ม.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 8 ก.พ. 2568

A compared the mean mental health self-care behavior scores pre- and post-experimentally, and an independent t-test compared the mean difference in mental health self-care behavior for the experimental and control groups.

Results were that the experimental group samples had a higher mean score of self-care behavior. Post-experimental mental health (M=204.66, SD.=11.16) was significantly higher than pre-experimental health (M=177.63, SD.=18.90). The difference in mean scores of self-care behaviors in mental health between pre- and post-experimental samples ($\overline{D}_1$=27.03, SD.=13.07) was significantly higher than the control group ($\overline{D}_2$=2.13, SD.=14.06)at a statistically significant level (t=4.64, p <.001).These findings suggest that a positive mental health promotion program may increase self-care behavior among geriatric patients if used by health management personnel to promote mental health.

Keywords: Older adults, Positive mental health, Self- care behavior

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกมีผู้อายุสูงขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี 2565 ทั่วโลกจะมีประชากร 7,795 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด[1] ในปี 2566 ผู้ที่มีอายุจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 คาดการณ์ว่า ในปี 2567 มีผู้สูงอายุทั่วโลกร้อยละ 28[2] ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี พบว่าในปี 2566, 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 19.40, 20.08 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดลพบุรี พบว่าในปี 2566, 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 21.91, 26.45 ตามลำดับ และผู้สูงอายุอำเภอเมืองลพบุรี ในปี 2566 ร้อยละ 21.81 และในปี 2567 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.04 จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลง และการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเผชิญกับความเจ็บป่วยทางกาย และ โรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการเจ็บป่วยทางกายย่อมส่งผลต่อด้านจิตใจของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน[3]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขี้หงุดหงิด น้อยใจ โกรธง่าย ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า ผิดหวัง และขาดกำลังใจ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกาย และมีโอกาสเสียชีวิตได้[4,5] ในประเทศไทยผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง ร้อยละ 53.3 และพบมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.3[6,7] ซึ่งปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกจะช่วยทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยทางจิต การเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ส่งเสริมสุขภาพจิตดี และจัดการกับความเครียดด้วยตนเองได้[8] พบการศึกษาสุขภาพจิตเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[9] และในการศึกษาสุขภาพจิตเชิงบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพกายเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างสุขภาพจิตเชิงบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หากสุขภาพจิตเชิงบวกเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นหากมีการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก จะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน[10] แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ซึ่งเป็นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการดูแลตนเองและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

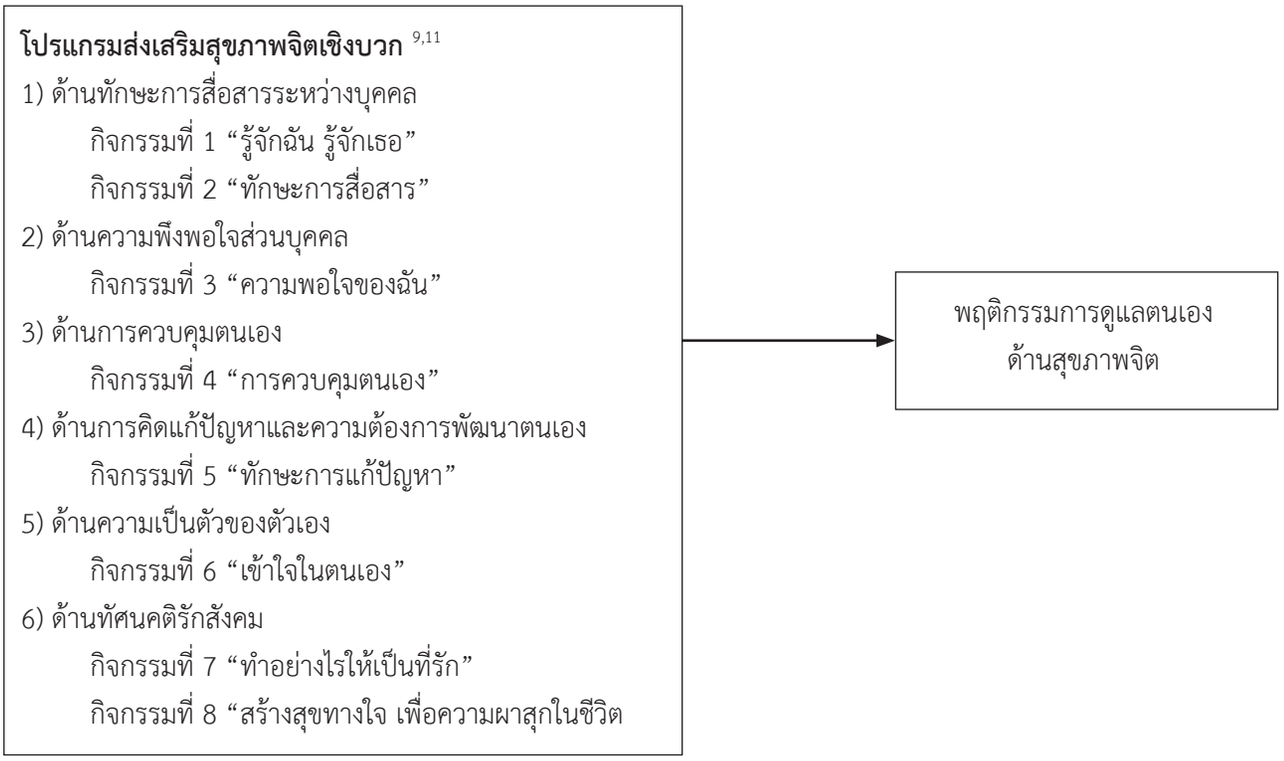
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ตามแนวคิดของลันซ์[9,11] ที่เชื่อว่าบุคคลมีสุขภาวะของอารมณ์และความรู้สึกด้านบวก มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น มีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดี และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ ประกอบด้วย 1) ด้านทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล 2) ด้านความพึงพอใจส่วนบุคคล 3) ด้านการควบคุมตนเอง 4) ด้านการคิดแก้ปัญหาและความต้องการพัฒนาตนเอง 5) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง 6) ด้านทัศนคติรักสังคม กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้



วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในอำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลโคกกะเทียมและตำบลโคกลำพาน ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกพื้นที่ทำการทดลอง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีจับฉลากตำบลทั้งหมดของอำเภอเมืองลพบุรี 24 ตำบล ได้ตำบลโคกกะเทียม เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลโคกลำพานเป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้น คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจนได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่าง[12] เนื่องจากยังไม่มีการศึกษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ โดยได้รับใบอนุญาตเลขที่ COA No.018/2567 วันที่อนุมัติ 15 กุมภาพันธ์ 2567 และการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เลขที่ KNH 01/2567 วันที่อนุมัติ 12 มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จำลองลักษณ์ ซาสังข์[13] ประกอบไปด้วย 7 องค์ประกอบ จำนวน 60 ข้อ ลักษณะคำถามเลือกตอบ 4 ระดับ การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่มีค่าคะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีกว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า ค่าความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index: CVI) 0.97 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้งชุดมาใช้ โดยไม่ได้ทำการดัดแปลงเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปใช้ทดลองกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .90

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดสุขภาพจิตเชิงบวกของลันซ[9,11] กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรม 1) รู้จักฉัน รู้จักเธอ 2) ทักษะการสื่อสาร 3) ความพอใจของฉัน 4) การควบคุมตนเอง 5) ทักษะการแก้ปัญหา 6) เข้าใจในตนเอง 7) ทำอย่างไรให้เป็นที่รัก 8) สร้างสุขทางใจ เพื่อความผาสุกในชีวิต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านจิตเวชและสุขภาพจิต และนักจิตวิทยา และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ อธิบายถึงรายละเอียดของกิจกรรม ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้สิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัยและนัดหมายการทำกิจกรรม

2. กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์

3. กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง และสอบถามความสมัครใจการการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกของกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคว์สแคว์และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Dependent-test) 3) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 สถานะคู่ ร้อยละ 56.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.00 โรคประจำตัว ร้อยละ 63.33 มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ร้อยละ 94.74 อายุเฉลี่ย 69.06 ปี รายได้ต่อเดือน 4,163.33 บาท และระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.70 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 สถานะคู่ ร้อยละ 46.66 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 86.67 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.00 โรคประจำตัว ร้อยละ 63.3 มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน ร้อยละ 84.21 อายุเฉลี่ย 69.53 ปี รายได้ต่อเดือน 2,146.66 บาท ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.43 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p- value
	M	SD.	M	SD.			
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน							
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	34.16	4.81	37.70	6.79	58	2.32	.02
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	19.80	3.11	21.10	4.28	58	1.34	.18
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	18.46	3.00	19.40	1.97	58	1.42	.16
การเผชิญปัญหา	31.13	5.72	32.33	5.57	58	.82	.41
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม	13.90	2.80	14.76	3.19	58	1.11	.26
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	29.93	5.27	29.96	4.93	58	.02	.98
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	30.23	3.28	29.46	3.77	58	.83	.40
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม	177.63	18.90	184.73	21.93	58	1.34	.18

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง (M=177.63, SD.=18.90) และกลุ่มควบคุม (M=184.73, SD.=21.93) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน (t=1.34, p >.05) ทั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (t=2.32, p <.05)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน	กลุ่มทดลอง (n=30)				กลุ่มควบคุม (n=30)				df	t	p- value
	M	SD.	$\bar{D}_1$	SD.	M	SD.	$\bar{D}_2$	SD.			
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน											
การพัฒนาการรู้จักตนเอง											
ก่อนการทดลอง	34.16	4.81	6.64	2.99	37.70	6.79	0.53	5.35	58	5.44	.00
หลังการทดลอง	40.80	2.96				38.23	4.83				
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ											
ก่อนการทดลอง	19.80	3.11	4.20	2.63	21.10	4.28	0.46	1.59	58	6.64	.00
หลังการทดลอง	24.00	1.78			21.56	3.78					
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ											
ก่อนการทดลอง	18.46	3.00	2.30	2.61	19.40	1.97	0.03	2.26	58	3.58	.00
หลังการทดลอง	20.76	1.54			19.43	2.14					
การเผชิญปัญหา											
ก่อนการทดลอง	31.13	5.72	4.26	6.31	32.33	5.57	0.30	4.51	58	2.79	.00
หลังการทดลอง	35.40	5.21			32.63	4.60					
การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม											
ก่อนการทดลอง	13.90	2.80	2.30	2.84	14.76	3.19	-0.20	2.26	58	3.78	.00
หลังการทดลอง	16.20	2.21			14.56	2.54					
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา											
ก่อนการทดลอง	29.93	5.27	4.07	4.08	29.96	4.96	0.23	4.95	58	3.26	.00
หลังการทดลอง	34.00	4.73			30.20	5.26					
การดูแลตนเองโดยทั่วไป											
ก่อนการทดลอง	30.23	3.28	3.27	2.42	29.46	3.77	0.76	3.50	58	3.21	.00
หลังการทดลอง	33.50	3.12			30.23	3.52					
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม											
ก่อนการทดลอง	177.63	18.90	27.03	13.07	184.73	21.93	2.13	14.06	58	4.64	.00
หลังการทดลอง	204.66	11.16			186.86	16.24					

จากตารางที่ 2 พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$=27.03, SD.=13.07) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{D}_2$=2.13, SD.=14.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.64, p <.001)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกัน และสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกได้พัฒนากิจกรรมโดยใช้องค์ประกอบของสุขภาพจิตเชิงบวก ดังนี้

1) ความพึงพอใจส่วนบุคคล (Personal satisfaction) โดยใช้กิจกรรมที่ 3 ซึ่งกิจกรรมนี้ใช้กระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เข้าใจตนเอง บอกถึงความต้องการของตนเองในด้านต่าง ๆ ทำให้มีเป้าหมายในการพัฒนาการรู้จักตนเอง (Self-awareness) สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ตักโพธิ์[14] จะช่วยให้สมาชิกรู้จักตนเอง และสิ่งที่ต้องพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น และใช้กิจกรรมที่ 3 เมื่อมีการพัฒนาการรู้จักตนเองแล้วจะเพิ่มการตัดสินใจ เลือกวิธีที่จะดูแลตนเองด้านสุขภาพได้เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองโดยทั่วไปดีขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของนครินทร์ อาจหาญและคณะ[15] สร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น

2) ด้านทัศนคติรักสังคม (Prosocial attitude) โดยใช้ กิจกรรมที่ 7 จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นที่เคยช่วยเหลือผู้อื่น หรือการทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นหรือสาธารณ ประโยชน์ ส่งผลทำให้เกิดการช่วยเหลือผู้อื่น และเลือกแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลของการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษากลุ่มมุ่งเน้นการกระทำ ทำให้เกิดการรับฟังผู้อื่นด้วยความเต็มใจ ยอมรับในความเป็นตัวเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและมีการสื่อสารกับคนอื่นได้เข้าใจตรงกัน ส่งผลให้พฤติกรรมเอื้อสังคมที่เพิ่มขึ้น[16]

3) ด้านการควบคุมตนเอง (Self-control) โดยใช้กิจกรรมที่ 4 จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจอารมณ์ของตนเอง จัดการความเครียด ฝึกหายใจ ส่งผลทำให้เกิดการเข้าใจถึงภาวะอารมณ์ และตัดสินใจ หาทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการฝึกอานาปานสติ พบว่าทำให้ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดีขึ้น จัดการอารมณ์เครียดและปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้[17]

4) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) โดยใช้กิจกรรมที่ 6 จะช่วยให้เห็นถึงความสามารถของตนเองทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายชีวิตที่ดี คือ การบำเพ็ญบุญ สร้างความดีงาม ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ความเป็นอิสระ และความหว่าเว้ของผู้สูงอายุชาวสวีเดน พบว่าระดับความเป็นตัวของตัวเองที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเหงาที่ลดลง หากผู้สูงอายุมีความเป็นตัวของตัวเองที่สูงขึ้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความเหงาที่ลดลง[18] และสอดคล้องกับการศึกษาการสื่อสารที่สนับสนุนความเป็นตัวของตัวเอง พบว่าการสื่อสารที่สนับสนุนความ เป็นตัวของตัวเอง แสดงให้เห็นถึงความสามารถของตนเอง ทำนายความสุขได้[19]

5) ด้านการคิดแก้ปัญหาและความต้องการพัฒนาตนเอง (Problem-solving and self-actualization) โดยใช้กิจกรรมที่ 5 จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นศักยภาพของตนเอง เมื่อเกิดปัญหาสามารถแก้ไขได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนส่งผลให้สามารถต่อต้านผลกระทบเชิงลบจากความเครียดภายในและภายนอกได้[20]

6) ด้านทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship skills) โดยใช้กิจกรรมที่ 2 จะทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีการพูดแสดงความรู้สึกเข้าใจผู้อื่นหรือสะท้อนความรู้สึกรับฟังผู้อื่นจะทำให้เกิดการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองต่อผู้อื่นได้ตรงกับความเป็นจริงสอดคล้องกับการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและปฏิบัติตัวในการ

ดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นได้[21]

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน มีเพียงรายด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองของกลุ่มควบคุม (M=37.70, SD.=6.79) ที่สูงกว่ากลุ่มทดลอง (M=34.16, SD.=4.81) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (t=2.32, p <.05) แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวก ส่งผลให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวม (M=204.66, SD.=11.16) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M=186.86, SD.=16.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=40.80, p <.001) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง ด้านการรู้จักตนเองของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$=6.64, SD.=2.99) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\overline{D}_2$=0.53, SD.=5.35) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกโดยรวมของกลุ่มทดลอง ($\overline{D}_1$=27.03, SD.=13.07) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ($\overline{D}_2$=2.13, SD.=14.06) จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

บุคลากรทางการพยาบาลนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ โดยการดำเนินกิจกรรมตามคู่มือเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี

2. ควรมีการวิจัยศึกษาแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและการสร้างสมรรถนะของอาสาสมครประจำหมู่บ้าน ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

References

1. Foundation of Thai gerontology research and development Institute. Situation of the Thai elderly 2021. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2022. (in Thai).
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2023 New York: United Nations; 2023.
3. Wongpanarak N, & Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):24-31. (in Thai).
4. Phukkaew W, & Phra Brahmabandit (Dhammcitto). Elderly Well-Being Promotion By Buddhist Peaceful Means. Mahachulalongkornrajavidyalaya University Peace Studies Journal. 2020; 8(2):751-62. (in Thai).
5. Duangduen Y. Nurses and Promotion to Reminiscence in Older Adults. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2019;20(2):17-25. (in Thai).
6. Kulprateepunya K, Atsawametakul W, ThasanoaElter P, Saelue J, Pisaipan P, & Namwong A. Health statusof elderly in Thai society. The Eastern University of Management and Technology Poly Journal 2019;17(2):10-9. (in Thai).
7. Ekkaphrakorn W. Report on the 6th Thai National Health Examination Survey, 2019–2020. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai).
8. Aishwarya R, & Kumar P. Ageing and positive mental health. Indian Journal of Health Social Work. 2019;1(1):581–95.

9. Lluch-Canut T, Puig-Llobet M, Sanchez-Ortega A, Roldan-Merino J, & Ferre-Grau C. Assessing Positive mental health in people with chronic physical health Problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. BioMed Central Public Health. 2013;13(1):1-11.
10. Puig Llobet M, Sánchez Ortega M, Lluch-Canut M, Moreno-Arroyo M, Hidalgo Blanco MÀ, & Roldán-Merino J. Positive mental health and self-care in patients with chronic physical health problems: Implications for evidence-based practice. Worldviews Evidence Based Nursing. 2020;17(4):293-300.
11. Teresa M, & Canut L. Construction of a scale to evaluate positive mental health. [Doctoral dissertation]. Barcelona: University of Barcelona, Faculty of Psychology; 1999.
12. Polit DF, & Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2004.
13. Sasang C. Effect of a behavioral modification program on the mental health self-care of persons with alcohol dependence. [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University, Faculty of Nursing; 2018. (in Thai).
14. Takpho A. Effect of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients primary caregivers. [Master's thesis]. Bangkok: Thammasat University, Faculty of Nursing; 2016. (in Thai).
15. Argharn N, & Buasri S, The Effects of Self-Awareness Development Program on Eating Behaviors and Two-Hour Postprandial Blood Glucose Levels of Diabetic Patients: Quasi-Experiment in Phra NakhonSi Ayutthaya Province. Journal of Social Science Panyapat. 2023;5(1):61-74. (in Thai).
16. Chanpong N, Kirdpitak P, & Malakul Na Ayudhaya P. The development of action group counseling for enhancing pro-social behavior of first year students of public university in Bangkok Metropolis. Srinakharinwirot Research Development Journal. 2018;10(20):43-57. (in Thai).
17. Songjun C. Effects of Buddhist Self Development Group Program and Mindfulness Meditation on Employee Stress. Buddhist Psychology Journal. 2024;9(2):266-72. (in Thai)
18. Henning G, Segel-Karpas D, Bjalkebring P, & Berg AI. Autonomy and loneliness–longitudinal within- and between-person associations among Swedish older adults. Aging Mental Health. 2022;26(12):2416-23.
19. Isaranon Y, & Rayanil R. The role of autonomy-supportive communication and fulfillment of psychological needs in happiness among Thai elderly. Humanities Arts Social Sciences Studies. 2023;23(2):248-54.
20. Gholamnejad H, Darvishpoor-Kakhki A, Ahmadi F, & Rohani C. Self-actualization: self-care outcomes among elderly patients with hypertension. Iranian Journal Nursing and Midwifery Research. 2019;24(3):206-12.
21. Jack K. Demonstrating empathy when communicating with older people. Nursing Older People. 2022;34(1):16-22.