



# NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)

Vol.19 No.1  
January - April 2025



99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000  
โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709  
[www.nurse.nu.ac.th](http://www.nurse.nu.ac.th)

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร

# NU Journal of Nursing and Health Sciences

---

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000

โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709

[www.nurse.nu.ac.th](http://www.nurse.nu.ac.th)

**บทความวิชาการ**

- การนิเทศและประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กระบวนการและการประยุกต์ใช้ วงศ์อน สุวรรณศิริ ชรินทร์ ชุตินันท์
- บทบาทพยาบาล : การส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทางของDASH ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ปรีดา ลีสกุล อุวงศ์ จันทร์วิจิตร

**บทความวิจัย**

- ผลของการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางใจของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ สกฤตกมลย์ เกื้อทอง อุไรย์ ชินทรัพย์พิชญ์ ทศศิทยา จังจิว กัญจนานันท์ ทงเมืองธัญญาท
- ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เกษมละวัน พันธุโยธี ศศิวิวัฒน์ ศะชะศักดิ์ศรี วรณทนา สุภัสสราภรณ์
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกษมภา วัฒนินสก ญญาณาภรณ์ นาคามณี จิตระการ สุภรดี ชัญชณี รุ่งฉายนุ โรยม อุทัยพงษ์ อารีกร รวยยช
- การพัฒนาแบบปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ธนัทจักร จันทร์ศิริ วราวรรณ อุบลความ สุข นันทมน วุฒานนท์
- การพัฒนา รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรอบข้อศอกทางการพยาบาลตามต้นแบบผสมผสาน วรณศิริ นิสมนกร ปิ่นสุภา สังฆะโณ พิสมัย วัฒนสิทธิ์
- โมเดลความรู้สัมพันธ์เชิงสหศาสตร์รูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรมกรมการศึกษานโยบาย ผลการปฏิบัติงานในการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริกร ระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ปาณิสรา ภอนมสุขพชรน้อย สิงห์จางจัย กรรณิการ์ ฉัตรชอกไม้ไพโร
- สภาพปัญหาและความต้องการดำเนินงานกิจกรรมของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในอุบัติเหตุที่จังหวัดใหม่ โรงพยาบาลศศิอุบลภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 สุภาพร ชานุวัตร จีระวิวัฒน์ หรือจรระกูด รุ่งนภาจิระวัฒน์
- ผลของโปรแกรมการจัดการอาการข้อขาการที่ข้อข้อมือในผู้ป่วยแอมะเร็งรังไข่ให้ผู้ป่วยและทนายหน้าที่ได้รับการผ่าตัดข้อข้อมือของห้องผู้ป่วยตามากค่าทันของ อิศราวิวัฒน์ ฟ้าบุญ อินทิรา ปากันทะ
- ผลของโปรแกรมความรู้สึกรับผิดชอบต่อตนเองที่วัดใน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาที่วัดศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ กฤษณา ปิงวงค์ พิชราวรรณ แก้วกันทะ อุไรวรรณ ชัยเมินทร์ มลลิกา ปิงเมือง
- อิทธิพลของลักษณะทางกายภาพและสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลตวิษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง นิตยามณีเมทอม จีระวิวัฒน์ หรือจรระกูด อรรจา สันตยากร
- ประสิทธิภาพการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่รักษาในรั้ว นพพล จันทร์แถมศรี วงศ์อน สุวรรณศิริ ชมนนท วรณพรศิริ
- การพัฒนาแผนประกอบคำคมคำขวัญที่ช่วยเสริมแรงเสริมแรงให้ผู้ป่วยระยะเริ่มต้นที่มีอาการเรื้อรังในมารดาถึงคำคมคำขวัญกรมการนารักษ์ ชุนภัทเทภ รศภัทกร วิเศษนบวิมล พรนที ทองนพ
- การพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในชุมชนเมือง จังหวัดนครปฐม กรรณิการ์ ฉัตรชอกไม้ไพโร บุญเรือง ขาวนวล พชรน้อย สิงห์จางจัย ศศิธร รุ่งนภา พัทธนิภา ศรีนพคุณ ชุณดาณัทพงษ์
- ผลของโปรแกรมการลดการบริโภคอาหารและการบริโภคอาหารและอาหารการบริโภคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลอัครประชารัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี สุวีวรรณ แสงวงหา สุพรรณิณี เป็เนนาถาว กัญญาสิริหมากสุก

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา	สันตยากร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา	ชลาชนเคชะ
รองศาสตราจารย์ ดร.เคชา	พำตี
รองศาสตราจารย์ ดร. ดติรัตน์	เดชะศักดิ์ศรี
รองศาสตราจารย์ ดร. โสภภาพรรณ	อินตะเผือก
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา	สนั่นเรื่องศักดิ์
รองศาสตราจารย์สมพร	ชินโนรส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ	สาธกรณวัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน	ศิริลักษณ์นันท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทริยา	รัตนวิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ฤทธารมย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรพร	โสภางรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลลดา	ไชยกุลวัฒนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา	ตั้งแก้วนิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร	ปิยะกง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิศกร	ไพธิมาศ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุมมา	ฤทธิไพบ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นพ็ย	ศุภเมธพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรรัตน์	วิศาลสกุลวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีรรณ	พิไลเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ	ศิริอรุณรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร	แนวบุตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทิรา	ปากันทะ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก	กลิ่นขจร
ดร.พิมพ์รัตน์	ธรรมรักษา
ดร.พรรษา	เศรษฐบุปผา



### ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ศรินทร์ทิพย์ แทนธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร

### บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริมย์

### กองบรรณาธิการ

Professor Dr. Ratchneewan Ross

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat

Professor Dr. Kenda Crozier

Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams

Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.สุกสิทธิ์ พรหมนารุ โนนทัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณี ปานเทวัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทรี ปากันทะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ สาธกชนันธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก กลิ่นจขร

ดร.ศุภิรินทร์ สุวรรณ โอสด

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

### ผู้จัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่ภาค

### นายทะเบียนสมาชิก

นางนฤมล แสงจักร์

### ธุรการ

นางสาวสุพรรณิ เกิดกล้า

### ฝ่ายประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์

นายพัลลภ พานกุหลาบ

### ฝ่ายการเงินและประสานงาน

นางสาวจรีนันท์ เพชรรักษ์

### เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### EDITORIAL ADVISORS

Sarintip Tantanee, B.Eng. (Civil Engineering)

M.Eng., Ph.D. (Water Resources Engineering)

Yuwayong Juntarawijit, RN., Dr.P.H.

Worawan Tipwareerom, RN., Dr.P.H.

### EDITORIAL BOARD

Ratchneewan Ross, RN., Ph.D, FAAN.

Wilaiporn Rojjanasrirat, RN., Ph.D, FAAN.

Kenda Crozier, Ph.D, MSc, BSc, RM, RN., SFHEA

Kimberly A. Williams, DNS, RN., ANP-BC, PMHNP-BC, PHNA-BC.

Koren L. Ainat, RN., Ph.D.

Mantana Damrongsak, RN., Ph.D.

Supasit Pannarunothai, MD., Ph.D.

Ratsiri Thato, RN., Ph.D.

Poonsuk Hingkanont, RN., Ph.D.

Decha Tamdee, RN., Ph.D

Arpaporn Powwattana, RN., Ph.D.

Arunrat Srichantarani , RN., Ph.D.

Panee Pantaewan, RN., Dr.P.H.

Intira Pakanta, RN., Ed.D.

Ghunyaanutt Sathagathonthun, RN., Ed.D.

Sirikanok Klankhajhon, RN, Ph.D

Sureeporn Suwanasod, RN, Ph.D

Alongkorn Aksornsri, RN., Ph.D.

Ratanachadawan Yunak, RN,Ph.D

Naruemol Sangjak, MEd

Supanee Kirdgla, MBA

Panlop Pankulab, BSc

Cheeranan Phetrak, MBA

### OWNER

Faculty of Nursing, Naresuan University

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและสุขภาพ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนบรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

The ideas and opinions expressed in the Journal of Nursing and Health science are those of the authors and not necessarily those of the editor or Faculty of Nursing Naresuan University



## กองบรรณาธิการ

## ที่อยู่

Professor Dr. Ratchneewan Ross

Faculty of Nursing, Kent State University, United States

Professor Dr. Wilaiporn Rojjanasrirat

University of Kansas, Lawrence, KS, United States

Professor Dr. Kenda Crozier

School of Health Sciences, University of East Anglia,

United Kingdom

Associated Prof. Dr. Kimberly A. Williams

Kansas State University, United Kingdom

Associated Prof. Dr. Koren L. Ainat

School of Nursing of University of Massachusetts Lowell, MA ,

United States

Assistant Prof. Dr. Mantana Damrongsak

University of Alabama at Birmingham, United Kingdom

ศ. นายแพทย์ ดร.ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ศ. ดร.รัตนศิริ ทาโต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ. ดร.พูลสุข หิงคานนท์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

รศ. ดร. เฉชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิคย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พันเอกหญิง ผศ. ดร.พรณี ปานเทวีญ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ผศ. ดร.อินทิรา ปากันทะ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ. ดร.กัญญาณัฐ์ สาธกธรรมชั้นย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.สุรีภรณ์ สุวรรณโอสถ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.ดร.ศิริกนก กลั่นจจร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



## บรรณาธิการแถลง

วารสารได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก วารสารการพยาบาลและสุขภาพ เป็น NU Journal of Nursing and Health Sciences โดยไม่มีชื่อภาษาไทยในปี พ.ศ. 2567 และการยกเลิกระบบสมาชิกวารสาร นำมาสู่การปรับเปลี่ยนวารสารเป็นแบบออนไลน์เพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงของผู้อ่าน

วารสารฉบับนี้มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง และบทความวิจัย 14 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ในหลากหลายสาขาทั้งการพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบริหารการพยาบาล

สำหรับกระบวนการส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์นั้น ให้ท่านส่งบทความที่หน้าเว็บไซต์ของวารสารการพยาบาลและสุขภาพ โดยทำตามขั้นตอนที่ Author guideline และสมัคร User ในระบบ ThaiJo พร้อมแนบ file หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อส่งบทความแล้วกองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเพื่อดูความเรียบร้อยของรูปแบบการเขียนและการเขียนเอกสารอ้างอิงก่อน แล้วจึงให้ชำระค่าตีพิมพ์เพียงครั้งเดียว 3,500 บาท ก่อนส่งเข้าสู่กระบวนการ Peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ พิจารณาในลักษณะผู้ทรงคุณวุฒิไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Double - Blind Peer Review) กระบวนการตีพิมพ์บทความแต่ละเรื่องจะใช้เวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์ ในกรณีที่มีการแก้ไขเพียงเล็กน้อย หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ ในกรณีที่มีการแก้ไขมาก ทั้งนี้วารสารได้ยกเลิกระบบการรับบทความแบบเร่งด่วน (Fast tract) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ความสำเร็จของวารสารฯ เกิดขึ้นจากความไว้วางใจของทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่และการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ที่ช่วยทำให้วารสารการพยาบาลและสุขภาพมีคุณภาพน่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับเพื่อให้เป็นวารสารที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในกลุ่มวิชาการในระดับประเทศ และเตรียมเข้าสู่ความเป็นระดับนานาชาติในโอกาสต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริมย์

บรรณาธิการ



## วัตถุประสงค์

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ งานสร้างสรรค์ ผลงานวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และสุขภาพของคณาจารย์ นิสิต และนักวิชาการทั่วไป
  2. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ทางสุขภาพและการพยาบาล
  3. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน
- กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ทุก 4 เดือน  
(มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)
- สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เลขที่ 99 หมู่ 9 ต.ท่าโพธิ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000  
โทร : 0-5596-6710 โทรสาร : 0-5596-6709
- OFFICE Faculty of Nursing  
Naresuan University  
99 Moo. 9 Tapho sub-district, Muang District, Phitsanulok 65000  
Thailand  
Tel : 0-5596-6710 Fax : 0-5596-6709
- พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์ตระกูลไทย จ.พิษณุโลก  
โทร. 0-5521-1238 โทรสาร 0-5530-1727



## สารบัญ

			หน้า
<b>บทความวิชาการ</b>			
● การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กระบวนการและการประยุกต์ใช้ Analysis and Evaluation of Nursing Theories: Processes and Application	วงเดือน สุวรรณคีรี อรพิน จุลมณี	Wongduan Suwannakeeree Orapin Jullmusi	1
● บทบาทพยาบาล : การส่งเสริมการบริโภคอาหาร ตามแนวทางของDASH ในผู้ที่เป็นโรคความดัน โลหิตสูง Role of Nurses: Dietary Promotion Based on The Dietary Approaches to Stop Hypertension in Person with Hypertension	ปรียา ลีสกุล ยุวรงค์ จันทรวิจิตร	Preeya Leesagul Yuwayong Juntarawijit	14
<b>บทความวิชาการ</b>			
● ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ The Effect of Resilience Reinforcement among the Elderly People in Amphoe Mueang, Nakhonsawan Province	เอกลักษณ์ เด็ดยอง ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ ทัศนียา ชั่งข้าว กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ	Eakaluk Dekyong Yuwaree Inphen Thattiya Changchua Kanjananat Tongmuangtunyatep	28
● ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด Factors Predicting Stress among Pregnant Women with Preterm Labor	เพียงตะวัน พันธุ์โยธี ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี วรรณทนา สุภัสสีมานนท์	Piengtawan Pantuyotee Tatirat Tachasuksri Wantana Suppaseemanont	40



## สารบัญ

<b>บทความวิจัย</b>		หน้า
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Effects of a Health Literacy Enhancement Program and Health Behavior on Health Behavior and Blood Glucose Level among High Risk Pregnant Women of Gestational Diabetes Mellitus</li> </ul>	<p>เพ็ญนภา คำมินเสก เบญจมาภรณ์ นาคามดี จิตระการ สุกรดี อัญชลี รุ่งฉาย นูโรม์ จุ้ยพ่วง จารึก รวยยอด</p>	<p>Pennapa Dumminsek Benchamaphorn Nakamadee Jittrakarn Sukdee Anchalee Rongchay Nurome Juiphuang Jaruk Roubiyod</p> <p style="text-align: right;">53</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด Development of Clinical Practice Guidelines for Pain Management Among Patients Undergoing Open Heart Surgery</li> </ul>	<p>ธนัษพร จันท์ศิริ วารวรรณ อุดมความสุข นัทธมน วุทธานนท์</p>	<p>Tanutphorn Junsiri Warawan Udomkhwamsuk Nuttamon Vuttanon</p> <p style="text-align: right;">69</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน Development of the Hybrid Evaluation Model to Evaluate Comprehensive Knowledge and Skill in Pediatric Nursing</li> </ul>	<p>วรรณศิริ นิลเนตร ปิ่นสุดา สังฆะ โฉ พิสมัย วัฒนสิทธิ์</p>	<p>Wansiri Nilnate Pinsuda Sangkano Pissamai Wattanasit</p> <p style="text-align: right;">82</p>



## สารบัญ

บทความวิจัย			หน้า
<ul style="list-style-type: none"><li>● โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุรูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรมตัดสินใจต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน</li></ul> <p>The Causal Relationship Model among Leadership Styles, Decision Making Behaviors on Performance in Long Term Care Management of the Elderly of First-line Nurse Managers in Community Hospitals</p>	ปาณิสรา เกษมสุข เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	Panisara Kasemsuk Phechnoy Singchungchai Kannikar Chatdokmaiprai	98
<ul style="list-style-type: none"><li>● สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาลศศิธร เขตสุขภาพที่ 2</li></ul> <p>Problem Condition and Needs for Patient Triage at the Emergency Department in the New Normal Age, Tertiary Care Center, Health Region 2</p>	สุภาพร ชานูวัตน์ จิรัตน์ หรือตระกูล รุ่งนภา ชัยรัตน์	Supaporn Chanuwat Rongnapa Chairat Jirarat Ruetrakul	113
<ul style="list-style-type: none"><li>● ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง</li></ul> <p>The Effects of Symptom Management Program on Abdominal Distention in Colorectal Cancer Patients After Abdominal Surgery</p>	ปุลยญาดา มุกดาگانทอง ธิดารัตน์ คำบุญ อินทรี ปากันทะ	Pulyada Mookdagamthong Thidarat Khamboon Intira Pakanta	127



## สารบัญ

บทความวิจัย			หน้า
<ul style="list-style-type: none"><li>● ผลของโปรแกรมความรู้เพศวิถีศึกษาต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย Effectiveness of Sexual Education Literacy Program on Life Skills due to Preventive Risk Behaviors among Adolescents at Vocational Institutes, Chiang Rai Province</li></ul>	กฤษณา ปิงวงศ์ พัชรารวรรณ แก้วกันทะ อุไรวรรณ ชัยมินทร์ มัตติกาปิงเมือง	Kridsana Pingwong Patcharawan Kaewkanta Uraiwan Chaimin Muttika Pingmuang	141
<ul style="list-style-type: none"><li>● อิทธิพลของลักษณะงานและความสุขต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง The Influence of Job Characteristic and Happiness on Quality of Working Life of Professional Nurses in a University Hospital</li></ul>	นิตยา เนียมหอม จิรัตน์ หรือตระกูล จรจจา สันตยากร	Nittaya Niemhom Jirarat Ruetrakul Chanjar Suntayakorn	154
<ul style="list-style-type: none"><li>● ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ Adaptation Experiences among Older Persons with Successful Treatment of Pulmonary Tuberculosis</li></ul>	นาวพล จันทร์แจ่มศรี วงเดือน สุวรรณคีรี ชมนาด วรรณพรศิริ	Nawapon Janjamsri Wongduan Suwannakeeree Chommanard Wannapornsiri	167
<ul style="list-style-type: none"><li>● การพัฒนาแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรสำหรับช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก Development of a Breast Compress using Mung Beans and Herbs to Stimulate the First Lactation in First Time Mothers after Cesarean Section</li></ul>	นราภรณ์ ขุนกำแหง รัตภัทร รัตนบวรวิวัฒน์ พรนที ทองแพ	Naraporn Khunkumhaeng Rateepat Rattranabrawornvat Pornthee Thongpae	179



## สารบัญ

บทความวิจัย			หน้า
<ul style="list-style-type: none"><li>● การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ตำบลไร่จิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม A Development of Community Participation Model in Road Traffic AccidePrevention Management at Raikhing Sub-district Sampran District Nakhon Pathom Province</li></ul>	กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร บุญเรือง ขาวนวล เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ศศิธร รุจนเวช พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ อุษา ตันตพงษ์	Kannikar Chatdokmaiprai Boonruang Khaonuan Phechnoy Singchungchai Sasitorn Roojanavech Pimnipa Srinopakhun Usa Tantapong	192
<ul style="list-style-type: none"><li>● ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และ อัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี The Effect of a Self-Management Program on Dietary Behavior and Glomerular Filtration Rate in Patients with Chronic Kidney Diseases Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province</li></ul>	สุรีวรรณ แสงหา สุพรรณิ เป็ยวนาลาว กัณธิมา ศรีหมากสุก	Sureewan Sawangha Supanee Peawnalaw Kantima Srimaksook	209

## บทความวิชาการ

### การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กระบวนการและการประยุกต์ใช้ Analysis and Evaluation of Nursing Theories: Processes and Application

วงศ์เดือน สุวรรณคีรี (Wongduan Suwannakeeree) \*

อรพิน จุลมูติ (Orapin Jullmusi)\*\*

Received: January 13, 2024

Revised: May 5, 2024

Accepted: June 24, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลเป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาประโยชน์ของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหาร การพยาบาล ตลอดจนจุดเด่น จุดแข็ง และจุดอ่อนของทฤษฎี ความต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุงทฤษฎีนั้นให้ดีขึ้น ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพ ผ่านการตัดสินใจที่มีคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ลักษณะของทฤษฎี ชนิดของทฤษฎี กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล รวมทั้งตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง

**คำสำคัญ:** การวิเคราะห์ การประเมิน ทฤษฎีการพยาบาล

\*Corresponding author: Wongduan Suwannakeeree; E-mail: swongduan@gmail.com

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

### **Abstract**

Nursing theory analysis and evaluation are the processes of systematically examining a theory and identifying a theory's degree of usefulness to guide practice, research, education, and administration. Additionally, these processes allow the reviewer to determine the strengths and weaknesses of a theory and assist in identifying the need for additional theory development or refinement. The ultimate goal of nursing theory analysis and evaluation is to determine the potential contribution of the theory to new insights and new formulations that will add to the nursing body of knowledge. Nurses play an important role in developing nursing discipline and determining the nursing theory value. Therefore, they should have knowledge and understanding about nursing theory analysis and evaluation regarding significant issues; nursing theory characteristics, types, and the processes to analyze and evaluate a nursing theory. In addition, the example of nursing theory analysis and evaluation may help to clear understanding and feasible for applying correctly.

**Keyword:** Analysis, Evaluation, Nursing Theory

## บทนำ

ทฤษฎีการพยาบาล เป็นชุดของข้อความที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบของมโนทัศน์ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการบรรยาย อธิบาย ทำนาย ควบคุม หรือกำหนดวิธีการในปรากฏการณ์ทางการพยาบาล ช่วยให้เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น (Chinn & Kramer, 2011; Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018) ทฤษฎีการพยาบาลทำให้วิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับในฐานะวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ของตนเองและมีขอบเขตเนื้อหาวิชาที่ชัดเจน ทฤษฎีการพยาบาลมีความสำคัญทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล โดยทฤษฎีการพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ทำให้มีกรอบในการให้บริการ มีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม และช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางใหม่ๆ และมีคุณภาพมากขึ้น ทฤษฎีการพยาบาลยังใช้เป็นกรอบทฤษฎีในการทำวิจัย ทำให้การวิจัยมีความน่าเชื่อถือและผลการวิจัยที่ได้นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้หรือนวัตกรรมใหม่ทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีการพยาบาลไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน หรือการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนิสิต รวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลสูงสุด (Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018; Walker & Avant, 2011; 2019)

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี เป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างมีระบบ และเป็นรูปธรรม โดยมีการวิเคราะห์ความมีประโยชน์ของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันยังทำให้ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจได้ว่าทฤษฎีดังกล่าวมีจุดแข็งและจุดอ่อนอย่างไร ซึ่งจะช่วยวิเคราะห์ถึงความต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุงทฤษฎีนั้นให้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาลต่อไป (McEwen, 2014; 2019) ดังนั้น การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีจึงมี

ความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง และพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพหากสามารถตัดสินใจเลือกความมีคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาลที่จะนำไปใช้เป็นพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาลได้นั้น ก็จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการและวิชาชีพพยาบาลโดยตรง ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลและการประยุกต์ใช้ อย่างไรก็ตาม นักทฤษฎีทางการพยาบาลใช้วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีที่หลากหลาย ทั้งคำศัพท์ที่มีความทับซ้อนกัน (การวิเคราะห์ทฤษฎี การประเมินทฤษฎี และกระบวนการทบทวนทฤษฎี) หรือใช้คำศัพท์ที่แตกต่างกันตามวิธีการของแต่ละคน (McEwen, 2014; 2019) ดังนั้น เพื่อช่วยให้ผู้ที่สนใจมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง บทความนี้จะนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของทฤษฎีการพยาบาล ชนิดของทฤษฎีการพยาบาล และกระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล นอกจากนี้ยังนำเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพพยาบาลด้วย

## ลักษณะของทฤษฎีการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลมีลักษณะทั่วไปเช่นเดียวกับทฤษฎีอื่น ได้แก่ องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีประกอบด้วย ข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ (มากกว่า 2 มโนทัศน์) ความหมายหรือคำอธิบายมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ และมีเป้าหมายของทฤษฎี (Chinn & Kramer, 2011; Kantawang, 2008; 2014; Meleis, 2012; 2018) แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีลักษณะจำเพาะที่สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์หลักของทฤษฎี ประกอบด้วย คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพและการพยาบาลแม้ว่านักทฤษฎีการพยาบาลหลายคนจะให้ความหมายของมโนทัศน์ทั้ง 4 ที่แตกต่างกันตามความเชื่อ ประสบการณ์ และผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา แต่แนวคิดพื้นฐานสำคัญที่สะท้อนความเป็นเอกลักษณ์

ของวิชาชีพพยาบาลมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ 1) คนหรือผู้รับบริการทางการพยาบาล ได้แก่ ปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยที่การพยาบาลมองคนในลักษณะองค์รวม ประกอบด้วยกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ 2) สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคลประกอบด้วย สารน้ำระดับน้ำตาลหรือออกซิเจนในร่างกาย เป็นต้น ส่วนสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพและสังคม เช่น ครอบครัว ระบบสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือสภาพที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล 3) สุขภาพ มีความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และความเจ็บป่วย การมีสุขภาพที่ดีของบุคคล คือ การที่ปราศจากอาการของโรค สามารถปรับตัวและสร้างสมดุลระหว่างตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมได้ ส่วนความเจ็บป่วย คือ การมีสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากสุขภาพดี หรือมีความไม่สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้น และ 4) การพยาบาล คือ การให้บริการกับคนหรือบุคคลในเรื่องสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ เพื่อสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Kantawang, 2015; Meleis, 2012; 2018; Pichayapinyo, 2013)

### ชนิดของทฤษฎีการพยาบาล

การแบ่งชนิดของทฤษฎีการพยาบาลสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ตามความเป็นนามธรรมของทฤษฎี และตามเป้าหมายของทฤษฎี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ชนิดของทฤษฎีการพยาบาลจำแนกตามความเป็นนามธรรม (Kantawang, 2014; McEwen & Wills, 2014; 2019; Pichayapinyo, 2013; Walker, & Avant, 2019) ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีเมตาหรืออภิทฤษฎี (Metatheory) เน้นที่ประเด็นเกี่ยวกับทฤษฎีการพยาบาลแบบกว้างๆ และไม่มีองค์ประกอบเหมือนของทฤษฎีการพยาบาลชนิดอื่นๆ กล่าวคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีชนิดนี้ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์เป้าหมาย และชนิดของทฤษฎีที่ต้องการในการพยาบาล 2) การนำเสนอและการวิพากษ์วิจารณ์แหล่งที่มาและวิธีการพัฒนาทฤษฎีการพยาบาล และ 3) การนำเสนอเกณฑ์การวิเคราะห์ทฤษฎีการพยาบาล และการประเมินคุณค่าของทฤษฎีการพยาบาล เช่น กระบวนการสร้างและการวิเคราะห์ทฤษฎีการพยาบาลของ วอล์คเกอร์และเอแวนท์ (Walker & Avant, 2011) เป็นต้น

1.2 ทฤษฎีระดับกว้าง (Grand theory) ทฤษฎีชนิดนี้ให้กรอบแนวคิดที่กว้าง ความเป็นนามธรรมสูงและทดสอบได้ยาก ให้มุมมองระดับกว้างเกี่ยวกับเป้าหมายของทฤษฎีและโครงสร้างของการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีชนิดนี้มีเป้าหมายที่แสดงถึงมุมมองที่ช่วยให้เข้าใจ มโนทัศน์และหลักการสำคัญในมุมมองทางการพยาบาล แต่ไม่ชัดเจนเท่าทฤษฎีระดับกลาง ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

1.3 ทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory) ทฤษฎีชนิดนี้มีขอบเขตที่แคบลงและจำกัด มีจำนวน มโนทัศน์ไม่มาก ทำให้สามารถทดสอบทฤษฎีได้รวมทั้งให้แนวทางการใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจนขึ้น ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของเลนซ์และคณะ (Smith, Liehr, & Carpenter, 2024) และทฤษฎีความสุขสบายของ โกลคาบา (Alligood, 2022) เป็นต้น

1.4 ทฤษฎีระดับปฏิบัติ (Practice theory) หรือ ทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง (situation specific theory) แก่นสาระของทฤษฎีชนิดนี้จะมีความเฉพาะเจาะจงโดยบอกเป้าหมายของการปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดขึ้น บอกวิธีการปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายนั้น อีกทั้งยังสะท้อนถึงการปฏิบัติทางคลินิกที่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในบริบทหนึ่งเท่านั้น ตัวอย่างของทฤษฎีระดับนี้ เช่น ทฤษฎีการจัดการความปวดในโรคมะเร็ง ภาวะซึมเศร้าในหญิงหลังคลอด (McEwen & Wills, 2019) และรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กวัยรุ่น (Kantawang, 2014) เป็นต้น

2. ชนิดของทฤษฎีการพยาบาลจำแนกตามเป้าหมายของทฤษฎี (McEwen & Wills, 2014; 2019; Meleis, 2012; 2018) ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีเชิงบรรยาย (descriptive theory) เป็นทฤษฎีที่บรรยายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล โดย 1) การให้ชื่อส่วนประกอบหลักของปรากฏการณ์ (Labeling theory) โดยไม่ได้อธิบายความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น และ 2) การจำแนกส่วนประกอบของปรากฏการณ์ (Factor-isolation theory) ซึ่งบางครั้งอาจมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของการเรียงลำดับความเป็นเหตุเป็นผล (Logical sequence) ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ใช้บรรยายกระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ โรคสมองเสื่อมของสุตชินและฮิสรัท เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.2 ทฤษฎีเชิงอธิบาย (Explanatory theory) หรือทฤษฎีความสัมพันธ์ของปัจจัย (Factor-relating theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ของสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เน้นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ในทฤษฎี และพยายามอธิบายเหตุผลของมโนทัศน์ต่าง ๆ เหล่านั้นว่าสัมพันธ์กันอย่างไร และเพราะเหตุใดจึงสัมพันธ์กัน ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ใช้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางคลินิกกับความแข็งแกร่งของชีวิตในผู้รับบริการวัยรุ่นของสโตโลว์โน เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.3 ทฤษฎีเชิงทำนาย (Predictive theory) หรือทฤษฎีความสัมพันธ์ของสถานการณ์ (Situation-relating theory) เป็นทฤษฎีที่ทำนายความสัมพันธ์ของสถานการณ์ เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ทางการพยาบาล โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ยังไม่เกิดขึ้นได้ โดยที่ยังคงได้ผลลัพธ์ที่เหมือนเดิมหรือคงที่ตามที่ทฤษฎีกำหนดไว้ ตัวอย่างทฤษฎี เช่น ทฤษฎีที่ทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการผู้ใหญ่โรคเอดส์ของคอปป์ เป็นต้น (McEwen & Wills, 2019)

2.4 ทฤษฎีเชิงจัดการ (Prescriptive theory) หรือทฤษฎีการเกิดสถานการณ์ (Situation-producing theory)

เป็นทฤษฎีที่มีเป้าหมายเพื่อควบคุมสถานการณ์ โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ เป้าหมายที่บอกลักษณะของสถานการณ์ที่ต้องการให้เกิด ลักษณะและส่วนประกอบของกิจกรรม ประเภทของผู้รับบริการ เงื่อนไขหรือทิศทาง การทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดสถานการณ์ตามเป้าหมาย และผลสำเร็จของการทำกิจกรรม ซึ่งทฤษฎีนี้มีความหมายเช่นเดียวกับทฤษฎีระดับปฏิบัติหรือทฤษฎีระดับสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ดังตัวอย่างที่กล่าวแล้วข้างต้น

### กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล

จุดมุ่งหมายหลักของการวิเคราะห์ทฤษฎี คือ เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาของทฤษฎีอย่างถ่องแท้ โดยไม่นำความคิดเห็น ความเชื่อ หรือความโน้มเอียงในความคิดเห็นของตนเองมาใช้ในระหว่างการวิเคราะห์ทฤษฎี ส่วนวัตถุประสงค์หลักของการประเมินทฤษฎี คือ เพื่อการตัดสินใจคุณค่าของทฤษฎี การประเมินทฤษฎีจะกระทำภายหลังจากการวิเคราะห์ทฤษฎีอย่างละเอียดแล้ว (Walker & Avant, 2019) จึงอาจกล่าวได้ว่า การประเมินทฤษฎีเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้นหลังการวิเคราะห์ เพื่อตัดสินใจคุณค่าของทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารทางการพยาบาลต่อไป อนึ่ง นักทฤษฎีการพยาบาลได้กำหนดกระบวนการในการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลไว้หลากหลายรูปแบบ เช่น ใช้คำว่าวิพากษ์ทฤษฎี แทนคำว่าประเมินทฤษฎี หรือรวมขั้นตอนการประเมินทฤษฎีอยู่ในการวิเคราะห์ทฤษฎี แต่มีรายละเอียดวิธีการที่ใกล้เคียงกัน สามารถสรุปได้ 3 รูปแบบ (McEwen, 2014; 2019) ได้แก่ 1) กระบวนการที่มีขั้นตอนเดียว (A single-phase process) เช่น การวิเคราะห์ทฤษฎี (Alligood, 2014; Walker & Avant, 2011; 2019) หรือ การประเมินทฤษฎี (Hardy, 1974 cited in McEwen, 2019) 2) กระบวนการที่มี 2 ขั้นตอน (A two-phase process) เช่น การวิเคราะห์และวิพากษ์ทฤษฎี (Theory critique) หรือประเมินทฤษฎี (Fawcett, 2005; Fawcett & Desanto-Madeya, 2013) และ 3) กระบวนการที่มี 3 ขั้นตอน (A three-phase process) เช่น การบรรยาย การวิเคราะห์ และการวิพากษ์ทฤษฎี

(Meleis, 2007; 2012; 2018) หรือการบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎี (McEwen, 2014; 2019) การนำเสนอบทความนี้จะให้รายละเอียดของกระบวนการที่มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎีตามกรอบแนวคิดของแมคอีเวน (McEwen, 2014; 2019) เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย และเห็นความแตกต่างในแต่ละขั้นตอนได้ชัดเจน บทความนี้จะนำเสนอตัวอย่างการประยุกต์ใช้กระบวนการดังกล่าว ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป

### การประยุกต์ใช้กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล

การประยุกต์ใช้กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลแบบ 3 ขั้นตอน (McEwen, 2014; 2019) มีรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายทฤษฎี เป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการประเมินทฤษฎี มีจุดเน้นเพื่อเป็นการทบทวนบริบทที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี และเป็นการตรวจสอบทฤษฎีเพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนเกี่ยวกับองค์ประกอบของโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎี (Structural and functional components) โดยองค์ประกอบของโครงสร้างทฤษฎีประกอบด้วย ข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ส่วนองค์ประกอบของหน้าที่ทฤษฎี ประกอบด้วย มโนทัศน์ของทฤษฎี และมโนทัศน์เหล่านั้นถูกนำไปใช้เพื่อบรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่สนใจได้อย่างไร แนวคำถามที่ใช้ในการบรรยายทฤษฎีประกอบด้วย

1.1 เป้าหมายของทฤษฎีคืออะไร (บรรยาย อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์)

1.2 ขอบเขต หรือระดับของทฤษฎีคืออะไร (ทฤษฎีระดับกว้าง ทฤษฎีระดับกลาง หรือทฤษฎีระดับปฏิบัติ)

1.3 จุดกำเนิด (Origins) ของทฤษฎีคืออะไร

1.4 มโนทัศน์หลักของทฤษฎีคืออะไร

1.5 ข้อเสนอหลักของทฤษฎี หรือความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลัก (Major theoretical propositions) คืออะไร

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคืออะไร

1.7 มีการบรรยายบริบทที่จะนำทฤษฎีไปใช้หรือไม่ โดยมีตัวอย่างการบรรยายทฤษฎี ตามแนวคำถามสำคัญ รายละเอียด ดังนี้

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการบรรยายทฤษฎี คือทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรัง (chronic sorrow) ของเอกส์, เบอร์ก, และ เฮนสวอร์ท (Eakes, Burke, & Hainsworth, 1998) ทฤษฎีความโศกเศร้าเรื้อรังเป็นทฤษฎีระดับกลาง โดยทฤษฎีได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับบุคคลว่า มนุษย์สามารถรับรู้การดำเนินชีวิตและสุขภาพตามที่ต้องการได้ และสามารถเปรียบเทียบประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่ต้องการได้ แม้ว่าประสบการณ์การสูญเสียของแต่ละบุคคลจะเป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจง แต่จะมีส่วนที่ไม่เฉพาะเจาะจงและสามารถนำมาทำนายประสบการณ์การสูญเสียอื่นได้ ทั้งนี้สุขภาพตามมุมมองของทฤษฎีนี้หมายถึง การที่บุคคลยังคงทำหน้าที่ได้ตามปกติ และอาจขึ้นอยู่กับ การปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้เมื่อประสบกับความสูญเสีย และข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมคือ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคม ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว สังคม การทำงาน และการดูแลสุขภาพ โดยที่บุคคลจะประเมินตนเองและตอบสนองตามแนวทางที่สังคมยอมรับ ในขณะที่การพยาบาลตามมุมมองของทฤษฎีนี้คือการประเมินความโศกเศร้าเรื้อรัง และการให้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแนวทางในการประเมินบุคคลที่มีความเสี่ยง และระบุบทบาทของพยาบาลในเบื้องต้นคือการแสดงความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การเป็นผู้เชี่ยวชาญในการสอน การดูแล และการพัฒนาผู้ดูแล (Eakes et al., 1998; McEwen, 2014; 2019; Schreier, 2018)

ทฤษฎีนี้มีเป้าหมายเพื่อใช้อธิบาย ในที่นี้หมายถึงการอธิบายว่า ความโศกเศร้าเรื้อรังเป็นการตอบสนองทางจิตอารมณ์ของบุคคลเมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย (Loss) ที่ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างอย่างมาก ระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกโศกเศร้า เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความแตกต่างนี้อย่างต่อเนื่อง ก็ทำให้เกิดความโศกเศร้าเรื้อรัง ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นครั้งแรกในปี 1962 เพื่อบรรยาย

ความโศกเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในบิดามารดาของเด็กที่มีความพิการ และมีงานวิจัยจำนวนมากในช่วงระหว่างปี 1980-1990 ที่บรรยายถึงความโศกเศร้าเรื้อรังในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความโศกเศร้าเรื้อรัง มีโน้ตทัศน์หลักของทฤษฎี ประกอบด้วย ความโศกเศร้าเรื้อรัง (Chronic sorrow) ประสบการณ์ที่มีความรู้สึกสูญเสีย (Loss experience) ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ (Disparity) เหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้น (Trigger events) วิธีการจัดการกับความโศกเศร้าเรื้อรังด้วยตนเอง (Internal management method) และวิธีการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังโดยได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น (External management method) ซึ่งมโนทัศน์เหล่านี้ได้รับการนิยามและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ประกอบด้วย 1) ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ถูกสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่มีความรู้สึกสูญเสีย 2) เหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เข้ามากระตุ้นชักจูงทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ในทางลบ หรือทำให้ประสบการณ์ความรู้สึกลดลงกว่าเดิม 3) สำหรับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือคุกคามต่อชีวิต ความโศกเศร้าเรื้อรังมักจะถูกกระตุ้นให้เกิด เมื่อบุคคลนั้นประสบกับความแตกต่างที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับการยอมรับทางสังคม พัฒนาการ และการยอมรับในตัวบุคคล 4) สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้เกิดพัฒนาการของครอบครัว และ 5) สำหรับผู้ที่สูญเสีย ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เกิดขึ้นจริงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ อาจถูกสร้างขึ้นโดยบุคคลที่ไม่มีตัวตน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของความสูญเสียนั้น และบริบทที่จะนำทฤษฎีไปใช้ คือ "ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว" แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้ได้ ในบริบท และสถานการณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย (Eakes et al., 1998; McEwen, 2014; 2019; Schreier, 2018) เช่นการจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (Wiwatkamonchai, Kantawang, & Mesukko, 2017) การจัดการความโศกเศร้าเรื้อรังของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีพยาธิสภาพที่จอประสาทตา (Thongsawang,

Jintrawet, & Chotibang, 2019) และ ประสบการณ์ความโศกเศร้าเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Olwit, Musisi, Leshabari, & Sanya, 2015)

2. การวิเคราะห์ทฤษฎี เป็นการตรวจสอบเนื้อหา โครงสร้าง และหน้าที่ของทฤษฎีอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม การวิเคราะห์ทฤษฎีจะทำเมื่อเห็นว่าทฤษฎีนั้นมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การบริหาร หรือการศึกษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ การนำทฤษฎีมาวิเคราะห์ไม่เป็นการคัดลอกทฤษฎี แต่เป็นการตรวจสอบรายละเอียดของทฤษฎี โดยมีเป้าหมายที่สำคัญ คือ เพื่อทำความเข้าใจทฤษฎีอย่างถ่องแท้ และมีแนวคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ทฤษฎี ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีมีการนิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎี และเชิงปฏิบัติการหรือไม่

2.2 ทฤษฎีมีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎี และเชิงปฏิบัติการหรือไม่

2.3 ทฤษฎีมีการเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ชัดเจนหรือไม่

2.4 ทฤษฎีมีการจัดวางความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ เอาไว้อย่างมีเหตุและผลหรือไม่

2.5 ทฤษฎีมีโมเดล หรือแผนภาพ (Diagram) ในทฤษฎีหรือไม่ และโมเดลนั้นทำให้ทฤษฎีชัดเจนขึ้นหรือไม่

2.6 ทฤษฎีมีการใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ และข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีแบบคงเส้นคงวาหรือไม่

2.7 ทฤษฎีมีการระบุผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือทำนายผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นหรือไม่

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการวิเคราะห์ทฤษฎีครั้งนี้คือ ทฤษฎีความรู้สึกละมุนในในความเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) ของมิเชล (Mishel, 1988) โดยผู้เขียนได้เลือกทฤษฎีนี้ในการวิเคราะห์เนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวเมื่อนำมาวิเคราะห์ตามแนวคำถามข้างต้นแล้วพบว่าสามารถตอบคำถามต่างๆที่ใช้ในการวิเคราะห์ทฤษฎีได้อย่างครบถ้วน กล่าวคือ ทฤษฎีนี้มีการให้นิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎีที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถสรุปความหมายของเหตุการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยได้

ไม่สามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้แน่นอน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1.1) ความคลุมเครือของความเจ็บป่วย (Ambiguity) 1.2) ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (Complexity) 1.3) การได้รับข้อมูลที่ไม่คงเส้นคงวา หรือเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ (Inconsistency of the information) และ 1.4) การไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและผลของการเจ็บป่วยได้ (Unpredictability)

2) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 2.1) ความสามารถในการคิดรู้ หรือการใช้สติปัญญา (Cognitive capacities) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลที่รับรู้ ซึ่งเป็นความสามารถทั้งที่มีมาแต่กำเนิดและที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ต่าง ๆ 2.2) รูปแบบตัวกระตุ้น (Stimuli frame) หมายถึง แบบแผนหรือโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นตามการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย 2.2.1) รูปแบบของอาการแสดง (Symptom pattern) หมายถึง การรับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในเรื่องระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความต่อเนื่องของอาการขึ้นตอน ความสม่ำเสมอของอาการ 2.2.2) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (Event familiarity) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ผู้รับบริการเคยมีประสบการณ์มาก่อน เกิดขึ้นจนเป็นปกติหรือเกิดขึ้นบ่อย ๆ จนเกิดความเคยชิน และ 2.2.3) ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (Event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษา 2.3) แหล่งสนับสนุน (Structure provider) หมายถึง แหล่งประโยชน์ที่ช่วยบุคคลในการให้คำอธิบายต่อรูปแบบตัวกระตุ้น ประกอบด้วย 2.3.1) การศึกษา (Education) 2.3.2) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และ 2.3.3) ความน่าเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์ (Credible authority) 3) การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Illusion) ผลการประเมินมี 2 แบบ คือ 3.1) การประเมินหรือตัดสินว่าเป็นอันตราย (Danger-appraisal) และ 3.2) การประเมินหรือตัดสินว่าเป็นโอกาส (Opportunity-

appraisal) 4) การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Coping with uncertainty) ประกอบด้วย 4.1) การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อตัดสินว่าเป็นอันตราย บุคคลจะใช้วิธีการกำจัดสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้นออกไป (mobilization strategies) หรือการควบคุมอารมณ์ (Affect-control strategies) 4.2) การเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อตัดสินว่าเป็นโอกาส บุคคลจะใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อสร้างสมดุล (Buffering strategies) เพื่อให้ความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นคงอยู่เช่นนั้นต่อไป และ 5) การปรับตัวกับความเจ็บป่วย (Adaptation to the illness) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่มีความสมดุลใหม่ที่ปรับตัวได้จากประสบการณ์ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนั้น (Bailey & Stewart, 2018; Mishel, 1988; 1990; Zhang, 2017)

ทฤษฎีนี้มีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎี โดยประเมินได้จากเนื้อหาของข้อความที่บรรยายไว้เช่น "สิ่งที่เกิดขึ้นก่อนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย" ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญา รูปแบบตัวกระตุ้น และแหล่งสนับสนุน และเมื่อมีการประเมินหรือตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถปรับตัวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยนั้นได้ เช่น การกำจัดสิ่งที่เป็นต้นเหตุนั้นออกไป การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หรือใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ โดยใช้สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจหรือสนับสนุนทางอารมณ์ การปล่อยวาง เป็นต้น (Zhang, 2017) อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามีมโนทัศน์และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงปฏิบัติการ แต่พบการนำเสนอทฤษฎีในรูปแบบของโมเดลที่แสดงการเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์ให้เห็นชัดเจน ผ่านการบรรยายร่วมกับรูปภาพ เช่น แหล่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบตัวกระตุ้น และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความสามารถในการคิดรู้หรือการใช้สติปัญญา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรูปแบบตัวกระตุ้น และรูปแบบตัวกระตุ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ส่วนการเผชิญกับความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปรับตัวกับความเจ็บป่วย กล่าวคือ ทั้งการ

เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนเมื่อตัดสินใจว่าเป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส จะส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวเสมอ (Mishel, 1988) เป็นต้น มีการจัดวางความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ต่าง ๆ ของทฤษฎีเป็นไปอย่างมีเหตุและผล โดยการบรรยายในรายละเอียดเช่น รูปแบบของอาการแสดงในเรื่องระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ความต่อเนื่องของอาการ ความสม่ำเสมอของอาการ รูปแบบของอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนนี้ จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นถ้าผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์มาก่อน จนเกิดความคุ้นเคย เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์นั้นจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นกับระบบความจำเพื่อสร้างความชัดเจนทำให้ระบุความหมายในเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ในกรณีที่ความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากความเจ็บป่วยและการรักษาไม่สอดคล้องกันจะทำให้บุคคลไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยระดับการศึกษา มีผลในการลดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง คือ ช่วยขยายความรู้เดิมให้มีความชัดเจนเกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบสิ่งกระตุ้นทำให้สามารถทำนายขั้นตอนของการเกิดโรคได้ มีความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และเกิดความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมช่วยในเรื่องของการเชื่อมโยง และแสวงหาข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ ลดความคลุมเครือ และซับซ้อนลง ชัดเจนขึ้น ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยตรง และผลทางอ้อมจะมีอิทธิพลผ่านรูปแบบสิ่งกระตุ้น เช่น เกี่ยวกับการศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อย่างคงเส้นคงวา และมีการระบุผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นไว้โนโมเดล เช่น เมื่อบุคคลมีวิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในเรื่องความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวกับความเจ็บป่วยนั้นได้ มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เป็นปกติของแต่ละบุคคล สร้างความสมดุลของชีวิตขึ้นมาใหม่และตัดสินใจประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้นใหม่โดยยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

เพื่อกลับไปเป็นตัวกระตุ้นความรู้สึกไม่แน่นอนต่อไปอย่างต่อเนื่อง (Bailey & Stewart, 2018; Bailey & Zhang, 2022; Clayton & Kruzel, 2024; Mishel, 1988; 1990; Zhang, 2017)

3. การประเมินทฤษฎี การประเมินหรือวิพากษ์ทฤษฎีนั้น เกิดขึ้นหลังจากได้วิเคราะห์และตรวจสอบแนวโน้มของทฤษฎีแล้วพบว่าจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพ ผ่านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณว่า "ทฤษฎีนั้นตอบสนองต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างไร" โดยเป้าหมายของการประเมินทฤษฎี คือ การตัดสินใจ หรือการพิจารณานำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในด้านใดอย่างไร เช่น นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล หรือนำไปใช้ในการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างไร เมื่อนำไปใช้แล้วจะได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร แนวคำถามที่ใช้ในการประเมินทฤษฎีประกอบด้วย

3.1 ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่

3.2 ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลหรือการบำบัดทางการพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่

3.3 ทฤษฎีนี้ได้รับการทดสอบโดยมีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์หรือไม่ การทดสอบนั้นทำโดยใช้การวิจัยหรือไม่ การทดสอบนั้นมีความถูกต้องและมีความเที่ยงหรือไม่

3.4 มีหลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้โดยนักการศึกษา นักวิจัยและผู้บริหารทางการพยาบาลหรือไม่

3.5 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมหรือไม่

3.6 ทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับบริบททางวัฒนธรรมที่หลากหลายหรือไม่

3.7 ทฤษฎีนี้มีส่วนช่วยวิชาชีพพยาบาลหรือไม่

3.8 การนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลมีอะไรบ้าง เป็นต้น

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาใช้เป็นตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินทฤษฎีครั้งนี้คือ ทฤษฎีการไม่พึงประสงค์ (Unpleasant symptoms) ของเลนซ์และคิมะ (Lenz, Suppe, Gift, Pugh, & Milligan, 1995; Lenz, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) โดยผู้เขียนได้เลือกทฤษฎีนี้ในการ

ประเมินเนื่องจากทฤษฎีดังกล่าวเมื่อนำมาประเมินตามแนวคำถามข้างต้นแล้วพบว่า สามารถตอบคำถามต่าง ๆ ที่ใช้ในการประเมินทฤษฎีได้อย่างครบถ้วนกล่าวคือ ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาล (คน สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล) เป็นส่วนใหญ่ ตัวอย่างเช่น คนในทฤษฎีนี้กล่าวถึง ปัจจัยในบุคคลที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ในรูปแบบของกรรมทั้งด้านร่างกาย (Physiological factors) และจิตใจ (Psychological factors) ให้ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) เน้นเรื่องของสุขภาพ เรื่องอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งมักเกิดขึ้นมากกว่า 1 อาการว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีลักษณะจำเพาะ 4 อย่าง ได้แก่ ความรุนแรง (Intensity) เวลา (Timing) ความทุกข์ทรมาน (Distress) และคุณภาพ (Quality) และผลที่เกิดขึ้นจากอาการไม่พึงประสงค์ เช่น การปฏิบัติหรือการทำการกิจกรรม (Performance) ซึ่งประกอบด้วย การทำการกิจกรรมด้านร่างกาย เช่น การทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือกิจกรรมด้านจิตใจ เช่น การคิด ความสนใจ หรือการตัดสินใจ เป็นต้น ทั้งนี้พบข้อจำกัดของทฤษฎี คือ ทฤษฎีนี้ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดในการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งไม่ได้ระบุรายละเอียดในการจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ปัจจัย (ด้านร่างกาย จิตใจ และสถานการณ์) อย่างไรก็ตาม พบว่าทฤษฎีนี้สามารถนำไปใช้เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล ทำให้เข้าใจผู้รับบริการที่มีอาการไม่พึงประสงค์ในกลุ่มที่มีความหลากหลายและยังสามารถช่วยให้พยาบาลประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยและลักษณะของอาการที่พบซึ่งใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสมอีกด้วย (Gomes, Oliveira, Barbosa, Medeiros, Fernandes, & Nóbrega, 2019; Lee, Vincent, & Finnegan, 2017; Lenz et al., 1995; 1997; Lenz & Pugh, 2014; Lenz, Pugh, Milligan, & Gift, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีดังกล่าวถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย เช่น 1) ใช้ในการวางแผนจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ในผู้รับบริการวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาาระหว่างได้รับเคมีบำบัดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (Samantarath,

Pongthavornkamol, Olson, Sriyuktasuth, & Sanpakit, 2018) 2) ใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูผู้รับบริการโรคหลอดเลือดประสาทเสื่อมแข็ง ที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ (Silveira, Pilutti, & Motl, 2020) 3) ใช้ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโรคไตเรื้อรัง (Taiwong & Kanogsunthornrat, 2018) และ 4) ใช้ประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บ (Leelanun, Piyakong, & Rattanawimol, 2024) เป็นต้น ทั้งนี้ทฤษฎีนี้ยังได้รับการทดสอบอย่างเป็นรูปธรรม และมีหลักฐานอ้างอิง เช่น การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์การวิเคราะห์อาการไม่พึงประสงค์ที่มีความหลากหลายและจัดเป็นกลุ่มอาการ และมีการตรวจสอบว่าอาการไม่พึงประสงค์หนึ่ง มีผลกระทบต่ออาการอื่น เป็นต้น โดยการทดสอบทฤษฎีที่ผ่านมาพบว่า มีการใช้ทั้งการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (Lenz et al., 2024) และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์ปัจจัย การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ หรือการทดสอบโมเดลเชิงโครงสร้าง (Breazeale et al., 2022; Kim & Jung, 2021; Kim, Park, & Kim, 2020; Lenz et al., 2024; Sheng et al., 2021) และใช้เครื่องมือในการทดสอบที่มีความหลากหลาย เช่น เครื่องมือวัดความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ ความปวด และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าทฤษฎีนี้ได้ผ่านการทดสอบที่มีความตรง และความเที่ยง (Gomes et al., 2019; Lee et al., 2017) และถูกนำไปใช้โดยนักวิจัยทางการพยาบาลที่หลากหลาย รวมถึงมีการนำทฤษฎีดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา (Gomes et al., 2019; Leelanun et al., 2024; Samantarath et al., 2018; Wongchai, Varitsakul, & Tantivesruangdet, 2022) แต่ยังไม่พบหลักฐานว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้โดยผู้บริหารทางการพยาบาล

อนึ่ง ด้านความเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน โดยไม่จำกัดเพศอายุ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผ่านทางปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้รับบริการหลายบริบทที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เช่น ผู้รับบริการ โรคมะเร็ง

เด้านม และบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ในสหรัฐอเมริกา (Breazeale et al., 2022; Sheng et al., 2021) ผู้รับบริการโรคมะเร็งในประเทศเกาหลี (Kim & Jung, 2021; Kim et al., 2020) หรือผู้รับบริการที่มีความผิดปกติที่สมองในประเทศไทย (Leelanun et al., 2024; Wongchai et al., 2022) เป็นต้น อีกทั้งยังมีส่วนช่วยพัฒนาวิชาชีพพยาบาลโดยใช้ในการประเมินปัจจัยที่มีผลต่ออาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการทั้ง 3 ด้าน และใช้ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งมีความหลากหลายและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ผลการประเมินดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง ทำให้แก้ปัญหาได้เหมาะสม การนำทฤษฎีไปใช้เป็นกรอบแนวคิดการทำวิจัยทั้งในส่วนที่เป็นบริการและการศึกษาพยาบาลทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาเครื่องมือวิจัยหรือระเบียบวิธีการวิจัยที่หลากหลายช่วยในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ได้หลากหลาย ไม่จำกัดเรื่อง เพศ อายุ ลักษณะส่วนบุคคล บริบททางสังคม หรือวัฒนธรรม เช่นเดียวกับ การนำไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลหลากหลายรูปแบบในการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา โดยพบหลักฐานค่อนข้างจำกัด และไม่พบหลักฐานว่าทฤษฎีถูกนำไปใช้เพื่อการบริหารทางการพยาบาล ซึ่งต้องการการพัฒนาต่อไป

## สรุป

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาลตามขั้นตอนการบรรยายช่วยให้มีความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎี และเมื่อประเมินแล้วพบว่าทฤษฎีมีแนวโน้มที่จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ จึงทำการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ส่วนขั้นตอนการประเมินทฤษฎีเป็นกระบวนการพิจารณาจุดแข็งจุดอ่อน ความต้องการการพัฒนา หรือปรับปรุงทฤษฎีเพื่อตัดสินใจนำทฤษฎีไปใช้ประโยชน์ เป็นพื้นฐานเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา การบริหารการพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีองค์ความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- Alligood, M. R. (2014). Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (8<sup>th</sup> ed., pp. 2-13). St Louis: Mosby.
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theorists and their work* (10<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier.
- Bailey, D. E., & Stewart, J. L. (2018). Uncertainty in illness theory. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (9<sup>th</sup> ed., pp. 447-462). United States: Elsevier.
- Bailey, D. E., & Zhang, Y. (2022). Merle Mishel: Uncertainty in illness theory. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10<sup>th</sup> ed., pp. 445-460). St. Louis: Elsevier.
- Breazeale, S., Conley, S., Jeon, S., Dorsey, S. G., Kearney, J., Yoo, B.,...& Redeker, N. S. (2022). Symptom cluster profiles following traumatic orthopedic injuries. *Injury, 53*(7), 2524-2532.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Clayton, M. F., & Kruzel, M. D. (2024). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith, P. R. Liehr, & R. D. Carpenter (Eds). *Middle range theory for nursing* (5<sup>th</sup> ed., pp. 43-69). United States: Springer Publishing.
- Eakes, G. G., Burke, M. L., & Hainsworth, M. A. (1998). Middle-range theory of chronic sorrow. *Image. The Journal of Nursing Scholarship, 30*(2), 179-185.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Gomes, G. L. L., Oliveira, F. M. R. L., Barbosa, K. T. F., Medeiros, A. C. T., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2019). Theory of unpleasant symptoms: critical analysis. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-10.
- Kantawang, S. (2008). *The Neuman systems model: Application to nursing practice*. Chiang Mai: Nopburee Press. [In Thai]
- Kantawang, S. (2014). Levels of nursing theories. *Nursing Journal*, 41(3), 132-138. [In Thai]
- Kantawang, S. (2015). Paradigms of nursing discipline. *Nursing Journal*, 42(4), 182-187. [In Thai]
- Kim, G-U., Park, S., & Kim, S. (2020). Functional health in Korean middle-aged women with poor sleep quality. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(4), 410-424.
- Kim, M., & Jung, M. S. (2021). Effects of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in women with breast cancer: A structural equation approach with the theory of unpleasant symptoms. *Cancer Nursing*, 44(2), 145-153.
- Leelanun, C., Piyakong, D., & Rattanawimol, C. (2024). Factors predicting post-concussion syndrome among patients with mild traumatic brain injury. *NU Journal of Nursing and Health Science*, 18(1), 1-12. [In Thai]
- Lee, S. E., Vincent, C., & Finnegan, L. (2017). An analysis and evaluation of the theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 40(1), 16-39.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lenz, E. R. & Pugh, L. C. (2014). The theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith, & P. R. Liehr (Eds.). *Middle range theory for nursing* (3<sup>rd</sup> ed. pp. 165-197). New York: Springer Publishing.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., & Gift, A. G. (2024). Theory of unpleasant symptoms. In M. J. Smith, P. R. Liehr, & R. D. Carpenter (Eds.). *Middle range theory for nursing* (5<sup>th</sup> ed., pp. 143-168). United States: Springer Publishing.
- Lenz, E. R., Suppe, F., Gift, A., Pugh, L. C., & Milligan, R. A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13.
- McEwen, M. (2014). Theory analysis and evaluation. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.). *Theoretical basis for nursing* (4<sup>th</sup> ed., pp. 95-113). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McEwen, M. (2019). Theory analysis and evaluation. In M. McEwen & E. M. Wills (Eds.). *Theoretical basis for nursing* (5<sup>th</sup> ed., pp. 94-113). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing development and progress* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing development and progress* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing development and progress* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.

- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sanya, I. (2015). Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 43-48.
- Pichayapinyo, P. (2013). Nursing theory: History and development. *Journal of Public Health Nursing*, 27(2), 96-111. [In Thai]
- Samantarath, P., Pongthavornkamol, K., Olson, K., Sriyuktasuth, A., & Sanpakit, K. (2018). Multiple symptoms and their influences on health-related quality of life in adolescents with hematologic malignancies undergoing chemotherapy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 319-331.
- Schreier, A. M. (2018). Theory of chronic sorrow. In M. R. Alligood (Ed.). *Nursing theorists and their work* (9<sup>th</sup> ed., pp. 490-503). United States: Elsevier.
- Sheng, Y., Carpenter, J. S., Cohee, A. A., Storey, S., Stump, T. E., Monahan, P. O., ..., & Champion, V. L. (2021). Genitourinary symptoms in breast cancer survivors: prevalence, correlates, and relationship with sexual functioning. *Oncology Nursing Forum*, 48(2), 229-241.
- Silveira, S. L., Pilutti, L. A., & Motl, R. W. (2020). No evidence of associations among body composition and symptoms in persons with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 65(1), 80-86.
- Smith, M. J., Liehr, P. R., & Carpenter, R. D. (2024). *Middle range theory for nursing*. (5<sup>th</sup> ed.). United States: Springer Publishing.
- Taiwong, A., & Kanogsunthornrat, N. (2018). The impact of symptom clusters on quality of life among patients with chronic kidney disease. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 175-188. [In Thai]
- Thongsawang, S., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2019). Chronic sorrow and management strategies among mothers of preterm infants with retinopathy of prematurity. *Nursing Journal*, 46(3), 207-218. [In Thai]
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). *Strategies for theory construction in nursing* (5<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Wiwatkamonchai, A., Kantawang, S., & Mesukko, J. (2017). Chronic sorrow and management strategies among parents of children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal*, 44(1), 62-73. [In Thai]
- Wongchai, N., Varitsakul, R., & Tantivesruangdet, N. (2022). Factors associated with post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury after discharging from an emergency department. *Nursing Journal Chiang Mai University*, 49(2), 252-269. [In Thai]
- Zhang, Y. (2017). Uncertainty in illness: Theory review, application, and extension. *Oncology Nursing Forum*, 44(6), 645-649.

## บทความวิชาการ

### บทบาทพยาบาล: การส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง Role of Nurses: Dietary Promotion Based on The Dietary Approaches to Stop Hypertension in Person with Hypertension

ปรีชา ลีสกุล (Preeya Leesagul)\*

ยุวรงค์ จันทรวิจิตร (Yuwayong Juntarawijit)\*\*

Received: October 17, 2024

Revised: November 12, 2024

Accepted: January 27, 2025

#### บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ถือเป็นวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษามาตรฐานอย่างหนึ่ง การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาหาร DASH มีองค์ประกอบหลักในการเพิ่มการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี นมไขมันต่ำ และถั่ว นอกจากนี้ อาหาร DASH ยังเน้นการลดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ โซเดียม และน้ำตาล ซึ่งช่วยปรับสมดุลของสารอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ การได้รับแร่ธาตุที่จำเป็น เช่น โพแทสเซียมช่วยยับยั้งโซเดียมส่วนเกินออกจากร่างกายขณะที่แมกนีเซียมและแคลเซียมมีบทบาทในการช่วยควบคุมการขยายตัวและการหดตัวของหลอดเลือด ผลลัพธ์เหล่านี้นำไปสู่การลดความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว การส่งเสริมแนวทางการบริโภคนี้จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการให้ความรู้ คำปรึกษา ติดตามและประเมินผล การสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** บทบาทพยาบาล การส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH โรคความดันโลหิตสูง

## Abstract

Hypertension is a major global health problem and a leading cause of premature death worldwide. Lifestyle modification is one of the standard treatments for managing hypertension. The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet has been proven effective in reducing blood pressure in hypertensive patients. The DASH diet emphasizes reducing sodium intake while increasing the consumption of foods rich in potassium, magnesium, calcium, and healthy sources of protein, such as vegetables, fruits, whole grains, low-fat dairy products, and legumes. Additionally, the DASH diet promotes the reduction of saturated fats, trans fats, and added sugars, helping to balance nutrients that benefit cardiovascular health. Essential minerals like potassium help expel excess sodium from the body, while magnesium and calcium play roles in regulating the contraction and relaxation of blood vessels. These outcomes contribute to lowering blood pressure and reducing the long-term risk of cardiovascular diseases. The promotion of this dietary approach is a crucial role for nurses in educating, counseling, monitoring, and evaluating person with hypertension. Nurses also play a key role in motivating patients, supporting their families and caregivers, and collaborating with interdisciplinary teams to ensure that hypertensive individuals can sustainably modify their dietary behaviors.

**Keywords:** Role of nurses, DASH diet promotion, Hypertension.

---

\*Corresponding author: Preeya Leesagul; Email: preeyal@nu.ac.th

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก จากรายงานองค์การอนามัยโลกปี 2562 ประชากรอายุ 30-79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลก ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าเป็นตัวเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (World Health Organization, 2023) สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 13,940.20, 14,618.0 และ 15,109.60 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 1,032.90, 1,102.40 และ 1,113.90 ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2022) โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาวซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Thai Hypertension Society, 2019) โดยเฉพาะการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) สามารถลดความดันโลหิตได้ผลดีกว่ารูปแบบการบริโภคอาหารหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบอื่นๆ โดยสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิก (Diastolic) ได้ 11.2 มิลลิเมตรปรอท และ 7.5 มิลลิเมตรปรอท (Sacks & Campos, 2010) และได้รับการยอมรับว่าช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siervo, Lara, Chowdhury, Ashor, Oggioni, & Mathers, 2015) บทความนี้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

## ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มากกว่าเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าเท่ากับ 90 มม. ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Thai Hypertension Society, 2019)

## ระดับความดันโลหิตเป้าหมายของการรักษา

จากรายงานผลการวิจัยทางคลินิกใหม่ ๆ และการรวบรวมข้อมูลแบบ Meta-analysis แสดงว่าการลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลงมาต่ำกว่า 130 มม.ปรอท อาจให้ประโยชน์ในการลดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดการเสียชีวิตลงได้ ดังนั้นจึงแนะนำว่าควรรักษาให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ลดลงมาอยู่ที่ 130/80 มม.ปรอท หรือต่ำกว่านั้น (Thai Hypertension Society, 2019)

## แนวทางการบริโภคอาหารตาม DASH

แนวทางการบริโภคอาหารตาม DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) เป็นวิธีการบริโภคอาหารที่ออกแบบมาเพื่อช่วยลดความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือผู้ที่มีความเสี่ยง แนวทางนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันหัวใจ ปอด และเลือดแห่งชาติ (National Heart, Lung, and Blood Institute : NHLBI) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สามารถช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้รูปแบบการบริโภคอาหารตามแนวทางDASH ได้รับการยอมรับว่าเป็นอันดับ 1 จาก 39 อาหาร ว่าเป็น "อาหารที่ดีที่สุดสำหรับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ" และ "อาหารเพื่อสุขภาพหัวใจที่ดีที่สุด" ในรายชื่ออาหารที่ดีที่สุดประจำปี พ.ศ. 2564 รายงานจาก US News & World Report DASH (NHLBI, 2021) ซึ่ง DASH เป็นแนวทางที่เพิ่มการบริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยโพแทสเซียม

แมกนีเซียม แคลเซียม และโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งได้มาจากการบริโภคผักผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี นมไขมันต่ำ และถั่ว นอกจากนี้ อาหาร DASH ยังเน้นการลดไขมันอิ่มตัว ไขมันทรานส์ โซเดียม และน้ำตาล (Division of Complementary and Alternative Medicine, 2020) ซึ่งการบริโภคอาหาร DASH สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ผ่านกลไกหลายประการ ดังนี้

1. เพิ่มการบริโภคโพแทสเซียมมีในอาหารประเภท ธัญพืช ผักผลไม้ ถั่ว/เมล็ด ผลิตภัณฑ์นม และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โพแทสเซียมช่วยในการขับโซเดียมออกจากร่างกายผ่านทางปัสสาวะ และยังมีบทบาทในการคลายกล้ามเนื้อของหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้นและสามารถลดความดันโลหิตได้ (Muntner, Hardy, Fine, Jaeger, Wozniak, & Alexander, 2020) กลไกหลักที่โพแทสเซียมช่วยลดความดันโลหิต มีดังนี้

1.1 การลดการดูดซึมโซเดียมในไต โพแทสเซียมช่วยลดการดูดซึมโซเดียมกลับเข้าสู่เลือดในไต ซึ่งช่วยในการขับโซเดียมออกจากร่างกายทางปัสสาวะการลดปริมาณโซเดียมในร่างกายมีผลช่วยลดปริมาณน้ำในร่างกาย และส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (Rodrigues, Baldo, Machado, Forechi, & Mill, 2014) เนื่องจากโซเดียมเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมปริมาณน้ำในเลือด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิต

1.2 การคลายกล้ามเนื้อหลอดเลือด โพแทสเซียมมีบทบาทในการควบคุมสมดุลของไฟฟ้าในเซลล์ โดยเฉพาะเซลล์กล้ามเนื้อในหลอดเลือด การบริโภคโพแทสเซียมที่เพียงพอช่วยให้กล้ามเนื้อหลอดเลือดคลายตัว ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและความดันโลหิตลดลง (Filippini, Naska, Kasdagli, Torres, Lopes, & Micha, 2020) ซึ่งเป็นผลดีต่อการป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.3 การปรับสมดุลอิเล็กโทรไลต์ โพแทสเซียมช่วยปรับสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยทำงานร่วมกับโซเดียมและแคลเซียมในการควบคุมการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรักษาความดันโลหิตให้คงที่ การที่โพแทสเซียมทำงานร่วมกับสารอิเล็กโทรไลต์อื่น ๆ ช่วยป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

และการแข็งตัวของหลอดเลือด (Stone, Martyn, & Weaver, 2016)

1.4 การลดการอักเสบการบริโภคโพแทสเซียมที่เพียงพอสามารถช่วยลดภาวะการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและยังช่วยส่งเสริมการทำงานของหลอดเลือดในระยะยาว (Nilsson, 2020)

การบริโภคโพแทสเซียมที่เพียงพอจากแหล่งอาหารธรรมชาติ เช่น ผักใบเขียว ถั่ว เมล็ดพืช น้ำมันมะพร้าว ส้ม และถั่วดำสามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงได้

2. เพิ่มการบริโภคแคลเซียมมีในอาหารประเภทนมและผลิตภัณฑ์จากนม อาหารทะเล ธัญพืช ถั่ว/เมล็ด และผักใบเขียว มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อ รวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือด การบริโภคแคลเซียมที่เพียงพอช่วยให้หลอดเลือดผ่อนคลายและสามารถลดความดันโลหิตได้ (Siervo, Lara, Chowdhury, Ashor, Oggioni, & Mathers, 2015) โดยกลไกที่แคลเซียมช่วยลดความดันโลหิตมีดังนี้

2.1 การควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด แคลเซียมมีส่วนสำคัญในการควบคุมการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดเลือด หากบริโภคแคลเซียมเพียงพอ จะช่วยให้หลอดเลือดคลายตัวได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและลดความดันโลหิต (Lee et al., 2024) ในกรณีที่ร่างกายขาดแคลเซียม อาจทำให้กล้ามเนื้อหดตัวมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแคบลงและเพิ่มความดันโลหิตได้

2.2 การลดการดูดซึมโซเดียมแคลเซียมมีผลช่วยลดการดูดซึมโซเดียมในไต ซึ่งส่งผลต่อการลดการกักตุนน้ำในร่างกายและลดระดับความดันโลหิต การบริโภคแคลเซียมอย่างเพียงพอจึงช่วยในการขับโซเดียมออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Michos, Cainzos-Achirica, Heravi, Appel, 2021)

2.3 การเพิ่มความไวต่ออินซูลินการศึกษาพบว่าการบริโภคแคลเซียมสามารถช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิตเนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความดัน

โลหิตสูง การที่อินซูลินทำงานได้ดีขึ้นช่วยปรับสมดุลการทำงานของหลอดเลือดและลดความดันโลหิต (Lee et al., 2024)

2.4 การควบคุมสมดุลแคลเซียมภายในเซลล์การที่แคลเซียมเข้าสู่เซลล์ในปริมาณที่สมดุลช่วยลดการหดเกร็งของหลอดเลือด และป้องกันการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต โดยเฉพาะในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง การบริโภคแคลเซียมในปริมาณที่เหมาะสมจึงสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะนี้ได้ (Michos, Cainzos-Achirica, Heravi, & Appel, 2021)

จากการศึกษาของคอร์มิกและคณะ (Cormick, Ciapponi, Cafferata, & Belizán, 2022) พบว่าการบริโภคแคลเซียมที่เพิ่มขึ้นช่วยลดความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกได้ 1.37 มม.ปรอท และ 1.45 มม.ปรอทตามลำดับเมื่อได้รับแคลเซียมในปริมาณที่สูงกว่า 1,000 มก./วัน และเมื่อได้รับแคลเซียมเท่ากับหรือมากกว่า 1,500 มก./วัน ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2.79 มม.ปรอท ตัวอย่างอาหารที่มีแคลเซียม ได้แก่ ปลาตัวเล็กตัวน้อย, นม โยเกิร์ต, ผักคะน้า และบล็อคโคลี่ เป็นต้น

3. เพิ่มการบริโภคแมกนีเซียม มีในอาหารประเภท ธัญพืช ถั่ว/เมล็ด ผักใบเขียว ผลไม้ อาหารทะเล และผลิตภัณฑ์จากนม สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้เนื่องจากแมกนีเซียมมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของหลอดเลือดและการหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลอดเลือดและหัวใจ กลไกหลักที่แมกนีเซียมช่วยลดความดันโลหิตได้มีดังนี้

3.1 การขยายหลอดเลือด แมกนีเซียมช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดความตึงเครียดในผนังหลอดเลือด และลดความดันในระบบหมุนเวียนเลือด (Rosanoff, Weaver, & Rude, 2012)

3.2 ลดการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต แมกนีเซียมช่วยในการควบคุมระบบฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต เช่น ฮอร์โมนเรนิน (Renin) และแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมปริมาณน้ำและโซเดียมในร่างกาย หากปริมาณฮอร์โมนเหล่านี้สูง จะทำให้เกิดการคั่งน้ำและโซเดียมใน

ร่างกาย เพิ่มระดับความดันโลหิต (Dibaba, Xun, Song, Rosanoff, Shechter, & He, 2017)

3.3 ส่งเสริมสมดุลของแคลเซียม แมกนีเซียมมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระดับแคลเซียมภายในเซลล์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการหดตัวของกล้ามเนื้อ แมกนีเซียมช่วยลดการสะสมของแคลเซียมในผนังหลอดเลือด ป้องกันการแข็งตัวและการหดตัวที่มากเกินไปของหลอดเลือด (Zhang et al., 2016)

3.4 ลดการอักเสบ การขาดแมกนีเซียมในร่างกายอาจทำให้เกิดภาวะการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุของความดันโลหิตสูง การเพิ่มปริมาณแมกนีเซียมสามารถลดการอักเสบและเพิ่มความไวของอินซูลิน ซึ่งมีผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต (Rosanoff, Weaver, & Rude, 2012)

จากการศึกษาพบว่าการเสริมแมกนีเซียมสามารถลดความดันโลหิตทั้งในกลุ่มผู้ที่มีความดันโลหิตสูงและในกลุ่มคนทั่วไป การบริโภคแมกนีเซียมที่เพียงพอจึงเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการความดันโลหิตสูง การบริโภคแมกนีเซียมสามารถหาได้จากผักใบเขียว ถั่ว และธัญพืชเต็มเมล็ด (Mills, Stefanescu, & He, 2020) ตัวอย่างอาหารที่มีแมกนีเซียม ได้แก่ อัลมอนต์, มะม่วงหิมพานต์, ถั่ว และผักกาดเขียว เป็นต้น

4. ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ ลดการบริโภคอาหารประเภทผลิตภัณฑ์ที่มีไขมันสูง อาหารแปรรูปและขนมอบ อาหารทอด มาการีนและไขมันเทียม สามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยไขมันทั้งสองประเภทนี้มีบทบาทในการเพิ่มระดับคอเลสเตอรอลชนิดที่ต่ำ (LDL) ในเลือด ซึ่งส่งผลให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตันและมีความต้านทานต่อการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น จนทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น กลไกที่การลดไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ช่วยลดความดันโลหิตมีดังนี้

4.1 ลดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด การบริโภคไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ในปริมาณมาก จะทำให้เกิดการสะสมของคอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่การแข็งตัวและตีบตันของหลอดเลือด การลดการบริโภคไขมันเหล่านี้ช่วยป้องกันการสะสมของไขมัน

และทำให้หลอดเลือดขยายตัวดีขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นและลดความดันโลหิต (Li et al., 2015)

4.2 ลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์มีส่วนทำให้หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นและแข็งตัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การลดการบริโภคไขมันเหล่านี้ช่วยให้หลอดเลือดสามารถขยายตัวและคลายตัวได้ดีขึ้น ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต (Wang et al., 2016)

4.3 ปรับปรุงการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือดไขมันทรานส์และไขมันอิ่มตัวมีผลเสียต่อการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการควบคุมการขยายและการหดตัวของหลอดเลือด การลดการบริโภคไขมันเหล่านี้ช่วยฟื้นฟูการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดสามารถปรับตัวตามความต้องการของร่างกายได้ดีขึ้น และลดความดันโลหิต (Islam, Amin, Siddiqui, Hossain, Sultana, & Kabir, 2019)

4.4 ส่งเสริมการบริโภคไขมันที่ดีต่อสุขภาพเมื่อเราลดไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์ มักจะส่งผลให้มีการบริโภคไขมันชนิดที่ดี เช่น ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fats) ได้แก่ น้ำมันมะกอก, อะโวคาโด, อัลมอนด์ และมะม่วงหิมพานต์เป็นต้น และไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fats) เพิ่มขึ้น ได้แก่ ปลาแซลมอน, น้ำมันปลา, น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น ซึ่งไขมันชนิดนี้ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) และเพิ่มคอเลสเตอรอลที่ดี (HDL) ทำให้ระบบหลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้นและลดความดันโลหิต (Astrup et al., 2020)

5. การบริโภคโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพเช่นโปรตีนจากพืช ถั่ว ธัญพืช ปลา และเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ โดยโปรตีนจากแหล่งเหล่านี้มีส่วนในการปรับปรุงระบบหลอดเลือด ลดระดับคอเลสเตอรอลและลดการอักเสบซึ่งช่วยในการลดความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกหลักที่การบริโภคโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพช่วยลดความดันโลหิตมีดังนี้

5.1 ปรับปรุงการทำงานของหลอดเลือดโปรตีนจากพืช ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเมล็ดแห้ง และธัญพืช มีสารอาหารที่ช่วยให้หลอดเลือดทำงานได้ดีขึ้น โดยโปรตีนพืชมี

คุณสมบัติช่วยลดการอักเสบและส่งเสริมการทำงานของเยื่อหุ้มหลอดเลือด ซึ่งช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวและลดความต้านทานของการไหลเวียนเลือด (Altorf-van et al., 2010) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการลดความดันโลหิต

5.2 ลดระดับไขมันในเลือดโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ปลาและโปรตีนจากพืช มีปริมาณไขมันอิ่มตัวต่ำเมื่อเทียบกับเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง การบริโภคโปรตีนจากแหล่งเหล่านี้ช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด โดยเฉพาะคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดตีตันและเพิ่มความดันโลหิต (Li et al., 2015)

5.3 การบริโภคโปรตีนจากปลาและกรดไขมันโอเมก้า-3 ปลาที่มีไขมันสูง เช่น ปลาแซลมอนและปลาแมคเคอเรล มีโปรตีนและกรดไขมันโอเมก้า-3 ที่มีคุณสมบัติช่วยลดการอักเสบและลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ กรดไขมันโอเมก้า-3 ยังช่วยลดระดับความดันโลหิตและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดตีตัน (Arghavani, Bilodeau, & Rudkowska, 2025)

การบริโภคโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของอาหารที่สมดุลและหลากหลาย ซึ่งมีผลช่วยลดความดันโลหิตและปรับปรุงสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมแล้ว อาหาร DASH ช่วยลดความดันโลหิตผ่านกลไกต่าง ๆ เหล่านี้ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด ตัวอย่างอาหารที่มีโปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ เนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ อัลมอนด์ และเมล็ดพืชทอง เป็นต้น

6. ลดการบริโภคโซเดียมเป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการช่วยลดความดันโลหิต โซเดียมมีบทบาทสำคัญในการควบคุมสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โดยเมื่อร่างกายได้รับโซเดียมมากเกินไป จะทำให้มีน้ำค้างในร่างกายมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น อาหาร/เครื่องปรุงที่มีส่วนผสมของโซเดียม ได้แก่ อาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูป และเครื่องปรุงรส เป็นต้น กลไกที่สำคัญที่การลดการบริโภคโซเดียมช่วยลดความดันโลหิต มีดังนี้

6.1 ลดการกักเก็บน้ำในร่างกาย การบริโภคโซเดียมมากเกินไปทำให้ร่างกายกักเก็บน้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากโซเดียมช่วยดึงน้ำเข้าสู่กระแสเลือด การที่น้ำในเลือดเพิ่มขึ้นจะทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจต้องสูบฉีดมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง การลดปริมาณโซเดียมที่บริโภคจะช่วยลดการสะสมน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณเลือดลดลงและความดันโลหิตลดลง (O'Donnell, Mente, Alderman, Yusuf, & Brady, 2020)

6.2 ลดการหดตัวของหลอดเลือดการบริโภคโซเดียมที่มากเกินไปมีผลกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด โดยเฉพาะในระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก การที่หลอดเลือดหดตัวจะทำให้การไหลเวียนของเลือดต้องใช้แรงดันมากขึ้น การลดโซเดียมช่วยลดความตึงเครียดของหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดคลายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (Lechner, & Schunkert, 2020)

6.3 ลดภาระของหัวใจการที่ร่างกายกักเก็บน้ำมากขึ้นจากการบริโภคโซเดียมเกิน ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดในปริมาณมากขึ้นเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปทั่วร่างกาย การลดโซเดียมจะช่วยลดปริมาณน้ำในร่างกายและลดภาระของหัวใจ ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง (Grillo, Salvi, Coruzzi, Salvi, & Parati, 2019)

6.4 ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด การลดการบริโภคโซเดียมเป็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การบริโภคโซเดียมในปริมาณที่มากเกินไปเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้ การลดโซเดียมช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหล่านี้ในระยะยาว (Graudal & Jürgens, 2020)

จากการวิจัยพบว่าการลดการบริโภคโซเดียมสามารถลดความดันโลหิตได้ทั้งในคนที่มีความดันโลหิตสูงและคนทั่วไป ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูง อาหาร DASH แนะนำให้ลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1,500 มิลลิกรัมต่อวันสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งช่วยลดการสะสมของของเหลวในร่างกายและลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (He, Tan, Ma, & MacGregor, 2020)

#### หลักการสำคัญของการบริโภคอาหารตามDASH

อาหาร DASH จัดหมวดอาหารเป็นทั้งหมด 8 หมวด แต่ละหมวดจะระบุจำนวนตัวเลขที่ต้องบริโภคต่อวัน โดยมีหน่วยนับปริมาณอาหารเป็น "ส่วน" ซึ่งมาจากคำว่า "Serving size" ในตารางระบุข้อมูลแสดงว่าอาหาร 1 ส่วนคือปริมาณเท่าไร (Division of Complementary and Alternative Medicine, 2020)

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วนอาหาร DASH ที่รับประทานต่อวันจำแนกตามแคลอรี

หมวดอาหาร	1,กิโโล 600 วัน/แคลอรี	1,กิโโล 800 วัน/แคลอรี	1,กิโโล 800 วัน/แคลอรี	1 ส่วน
ธัญพืช	6	6	6-8	ข้าวกล้อง 1 ทัพพี ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี
ผัก	3-4	4-5	4-5	ผักสด ทัพพี 2
ผลไม้	4	4-5	4-5	ผลไม้ 1 ผลกลาง (ส้ม) ผลไม้ 1/2 ผลใหญ่ (ฝรั่ง) ผลไม้ 6-ชิ้น คำ 8 (มะละกอ)
ผลิตภัณฑ์อาหารนม/แคลเซียมสูง	2-3	23-	2-3	นมไขมันต่ำ หรือปราศจากไขมัน โยเกิร์ต 1 ถ้วย เต้าหู้ 1/2 ช้อน
เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	≤ 3-4	≤ 6	≤ 6	เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน สุก 2 ช้อนโต๊ะ ไข่ไก่ 1 ฟอง
ถั่ว/เมล็ด	3-4 ต่อสัปดาห์	4 ต่อสัปดาห์	4-5 ต่อสัปดาห์	ถั่วเมล็ดแห้ง คัมนัก 1/2 ถ้วยตวง เมล็ดทานตะวัน 2 ช้อนโต๊ะ ถั่วลิสง มะม่วงหิมพานต์1 กำมือ
น้ำมัน	2	2-3	2-3	น้ำมันพืช ช้อนชา 1
น้ำตาล	≤ ต่อ 3 สัปดาห์	≤ ต่อ 5 สัปดาห์	≤ ต่อ 5 สัปดาห์	น้ำตาล ช้อนโต๊ะ 1
โซเดียม	2, วัน/มิลลิกรัม 300			เกลือ ช้อนชา 1

ที่มา: Division of Complementary and Alternative Medicine, 2020

**การแบ่งกลุ่มบุคคลตามความต้องการพลังงานในแต่ละวัน**

ปริมาณพลังงานที่บุคคลต้องการในแต่ละวันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับกิจกรรม และสถานะสุขภาพ โดยสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามความต้องการพลังงานได้ (National Institute on Aging, 2021) ดังนี้

1. กลุ่มที่ต้องการพลังงาน 1600 กิโลแคลอรี/วัน คือวัยกลางคนที่มีการออกกำลังกายต่ำ (Sedentary lifestyle) เช่น ผู้ที่เดินเล่นหรือทำงานบ้านเบาๆ หรือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ตัวอย่างเมนูรายวันตามแนวทาง DASH

อาหารเช้า: โจ๊กข้าวกล้องใส่ปลา1 ถ้วย+ ไข่ต้ม 1 ฟอง + ฝรั่ง 1 ผล

อาหารกลางวัน: ปลาหนึ่งสมุนไพโร 1 ช้อน + ข้าวกล้อง 1 ทัพพี + แองเจ็ดคำลิ่ง

อาหารเย็น: สลัดผักสดกับเต้าหู้และน้ำสลัดไขมันต่ำ + ขนมปังโฮลวีต 1 แผ่น

ของว่าง: ถั่วอบไม่ใส่เกลือ 1 กำมือ หรือแอปเปิ้ล 1 ผล

**2. กลุ่มที่ต้องการพลังงาน 1800 กิโลแคลอรี/วัน** คือ วัยกลางคนที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderately active lifestyle) เช่น เดินเร็ว หรือทำสวนหรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายต่ำ

ตัวอย่างเมนูรายวันตามแนวทาง DASH

อาหารเช้า: โจ๊กข้าวกล้องหน้าเต้าหู้และเห็ด 1 ถ้วย + ไข่ดาว 1 ฟอง + ส้ม 1 ผล

อาหารกลางวัน: แกงเสียงผักรวมใส่กุ้งสด + ข้าวกล้อง 2 ทัพพี + แดงโม 1 ชิ้น

อาหารเย็น: อกไก่ย่าง 1 ชิ้น + ส้มตำผลไม้ + ข้าวโพดต้ม 1 ฟัก

ของว่าง: โยเกิร์ตธรรมชาติ 1 ถ้วยเล็ก เติมเมล็ดเจีย 1-2 ช้อนโต๊ะ

**3. กลุ่มที่ต้องการพลังงาน 2000 กิโลแคลอรี/วัน** คือ วัยกลางคนอายุที่มีกิจกรรมทางกายปานกลางถึงระดับสูง จากออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์

ตัวอย่างเมนูรายวันตามแนวทาง DASH

อาหารเช้า: ข้าวต้มปลา 1 ถ้วย + ส้มโอ 1 ชิ้นใหญ่

อาหารกลางวัน: ปลาต้มทิมทอดน้ำมันรำข้าว 1 ชิ้น + ข้าวกล้อง 2 ทัพพี + แกงส้มผักรวม

อาหารเย็น: ผัดผักรวมเต้าหู้กับเห็ด + ข้าวกล้อง 2 ทัพพี + ดมยำไก่ไม่ใส่กะทิ

ของว่าง: ถั่วอัลมอนต์ 1 กำมือ หรือกล้วยหอม 1 ผล

### ประโยชน์ของ DASH ต่อการควบคุมความดันโลหิต

จากผลงานวิจัยพบว่า การปฏิบัติตามแนวทาง DASH ช่วยลดความดันโลหิตได้ทั้งในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตปกติและผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การลดความดันซิสโตลิกสามารถลดได้เฉลี่ย 5.5 มม.ปรอท และความดันไดแอสโตลิกลดลงเฉลี่ย 3 มม.ปรอท เมื่อปฏิบัติตาม DASH ร่วมกับการลดโซเดียม การลดลงของความดันโลหิตจะยังมีนัยสำคัญมากขึ้น (Muntner, Hardy, Fine, Jaeger, Wozniak, & Alexander, 2020) และจากการศึกษาล่าสุดพบว่า การปฏิบัติตาม DASH สามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (Leesagul, 2024) นอกจากนี้ DASH ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อีกด้วย (He, Tan, Ma, & MacGregor, 2020)

### บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางอาหาร DASH ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทหลายด้าน เช่น การให้ความรู้การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทของพยาบาล มีดังนี้

1. การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภค พยาบาลมีหน้าที่ซักประวัติการบริโภคอาหารเพื่อประเมินรูปแบบการกินอาหารประจำวัน เช่น ปริมาณผักผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี ไขมัน โซเดียม และน้ำตาล และวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ เช่น การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และระดับความดันโลหิตคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหารแปรรูปหรือการรับประทานอาหารนอกบ้าน (U.S. Department of Agriculture & U.S. Department of Health and Human Services, 2020)

2. การให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับหลักการของอาหาร DASH อาหารที่ควรเน้นผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี โปรตีนไขมันต่ำ (เช่น ปลา ถั่ว) และผลิตภัณฑ์ไขมันต่ำการลดโซเดียมโดยแนะนำให้เลือกอาหารสดและปรุงอาหารเอง เพื่อลดการบริโภคอาหารแปรรูป สอนผู้ป่วยให้อ่านฉลากโภชนาการเพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียม ไขมันทรานส์ และน้ำตาลสูง อธิบายประโยชน์ที่ได้รับต่อการลดความดันโลหิต โดยการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลจึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่มีแร่ธาตุที่ช่วยในการควบคุมความดันโลหิต เช่น โพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และแนะนำผู้ป่วยในการเลือกอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน (Mbuthia, Magutah, & Pellowski, 2022)

3. การวางแผนเมนูอาหาร พยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยออกแบบเมนูที่เหมาะสม เช่น อาหารไทยที่เป็น DASH ได้แก่ต้มยำไก่ไม่ใส่กะทิ ผัดผักรวมมะกอกและผลไม้สด แนะนำผู้ป่วยให้กำหนดเป้าหมายเล็ก ๆ เช่น การลดปริมาณการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร และเพิ่มปริมาณผักผลไม้ในแต่ละมื้อ (Worster et al., 2020)

4. การสนับสนุนทางจิตวิทยาและสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวทาง DASH ได้อย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา (Motivational Interviewing) เพื่อช่วยผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกับผู้ป่วย (Stephen, Halcomb, Fernandez, McInnes, Batterham, & Zwar, 2022)

5. การติดตามและประเมินผลพยาบาลมีบทบาทในการติดตามการปฏิบัติตามตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH การติดตามผลระยะยาว พยาบาลควรติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี การลดโซเดียม และน้ำตาล และควรปรับแผนตามความเหมาะสม หากพบว่าแนวทางปฏิบัติไม่ได้ผล อาจต้องปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยนอกจากนี้ยังควรติดตามวัดความดันโลหิตเป็นประจำว่าผู้ป่วยสามารถลดความดันโลหิตได้หรือไม่ (Stephen, Halcomb, Fernandez, McInnes, Batterham, & Zwar, 2022)

6. การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนอกจากการส่งเสริมการรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH แล้ว พยาบาลควรให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการลดความดันโลหิตควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนโภชนาการ (Worster et al., 2020)

7. การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพพยาบาลควรร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง การประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเชิงลึกเกี่ยวกับอาหาร DASH และการออกแบบแผนการ

รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Anderson et al., 2019)

8. การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลพยาบาลควรให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงการเลือกวัตถุดิบและวิธีการปรุงอาหารที่สอดคล้องกับหลักการของ DASH ครอบครัวและผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพได้สำเร็จ (Mbuthia, Magutah, & Pellowski, 2022)

#### กรณีศึกษาการส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH

จากการศึกษาของปรียา ลีสกุล (Leesagul, 2024) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านอาหารตามแนวทางของ DASH ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องอาหาร DASH แจกตัวอย่างเมนูอาหารไทยที่ปรับสูตรอาหารตามสัดส่วน DASH 20 เมนู ร่วมกับมีการสอนและสาธิตการเลือกบริโภคเมนูอาหารนอกบ้าน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของนริศรา คงแก้ว, อนุชิตา ชัยจันทร์, คุษณีย์สุวรรณคง, และตัม บัญรอด (Kongkeaw, Chaikhan, Suwankhong, & Boonrod, 2022) ซึ่งเน้นกิจกรรมให้ความรู้การบริโภคอาหาร และสัดส่วนอาหารตามแนวทาง DASH แนะนำเมนูอาหารตามแนวทาง DASH ร่วมคิดวัตถุดิบในชุมชนให้เป็นส่วนประกอบของเมนูอาหารตามแนวทาง DASH และฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการตามตัวอย่างผลิตภัณฑ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

## สรุป

การส่งเสริมการบริโภคอาหารตามแนวทาง DASH สามารถลดความดันโลหิตได้ผ่านการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารในหลายด้าน ได้แก่ เพิ่มการบริโภคโพแทสเซียม แคลเซียมและแมกนีเซียม ซึ่งได้มาจากการบริโภคผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี นมไขมันต่ำและถั่วเพิ่มการบริโภค โปรตีนจากแหล่งที่ดีต่อสุขภาพ ลดไขมันอิ่มตัวไขมันทรานส์ โซเดียม และน้ำตาล องค์ประกอบดังกล่าวช่วยลดความดันโลหิตโดยการปรับสมดุลโภชนาการในหลายด้าน ส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด บทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทาง DASH โดยผ่านการให้ความรู้ การติดตามภาวะโภชนาการ การสร้างแรงจูงใจ และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การดูแลที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงแต่ช่วยลดความดันโลหิต แต่ยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

- Altorf-van der Kuil, W., Engberink, M. F., Brink, E. J., van Baak, M. A., Bakker, S. J. L., Navis, G., ... Geleijnse, J. M. (2010). Dietary protein and blood pressure: A systematic review. *PLoS ONE*, 5(8), e12102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0012102>
- Anderson, C. A., Thorndike, A. N., Lichtenstein, A. H., Van Horn, L., Kris-Etherton, P., Foraker, R. E. & Spees, C. (2019). Innovation to Create a Healthy and Sustainable Food System: A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 139, e1025-e1032. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000686>
- Arghavani, H., Bilodeau, JF., & Rudkowska, I. (2025). Association Between Circulating Fatty Acids and Blood Pressure: A Review. *Current Nutrition Reports*, 14(15), 1305-1316. doi: 10.1007/s13668-024-00602-3.
- Astrup, A., Magkos, F., Bier, D. M., Brenna, J. T., de Oliveira Otto, M. C., Hill, J. O., ... & Krauss, R. M. (2020). Saturated Fats and Health: A Reassessment and Proposal for Food-Based Recommendations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(7), 844-857. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.05.077>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Hypertension*. Retrieved 8 October 2024, from <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/hypertension.htm>
- Cormick, G., Ciapponi, A., Cafferata, M. L., & Belizán, J. M. (2022). Calcium supplementation for prevention of primary hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(4), CD010037. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010037.pub4>
- Department of Disease Control. (2022). *Annual report 2022*. Retrieved 8 October 2024 from <https://online.fliphtml5.com/hvpv1/evzj/>
- Dibaba, D. T., Xun, P., Song, Y., Rosanoff, A., Shechter, M., & He, K. (2017). The effect of magnesium supplementation on blood pressure in individuals with insulin resistance, prediabetes, or noncommunicable chronic diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(3), 921-929. <https://doi.org/10.3945/ajcn.117.155291>
- Division of Complementary and Alternative Medicine. (2020). *DASH Diet for Treating Hypertension*. Bangkok: Division of Complementary and Alternative Medicine. Retrieved 10 October 2024 from <https://shorturl.asia/wr6dN>. [In Thai].

- Filippini, T., Naska, A., Kasdagli, M. I., Torres, D., Lopes, C., & Micha, R. (2020). Potassium intake and blood pressure: A dose-response meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Heart Association*, 9(12), e015719. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.015719>.
- Graudal, N., & Jürgens, G. (2020). Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12), CD004022. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004022.pub5>
- Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., & Parati, G. (2019). Sodium Intake and Hypertension. *Nutrients*, 11(9), 1970. <https://doi.org/10.3390/nu11091970>
- He, F, J., Tan, M., Ma, Y., & MacGregor, G, A. (2020). Salt Reduction to Prevent Hypertension and Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(6), 632-647. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.055>
- Islam, M. A., Amin, M. N., Siddiqui, S. A., Hossain, M. P., Sultana, F., & Kabir, M. R. (2019). Trans fatty acids and lipid profile: A serious risk factor to cardiovascular disease, cancer and diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 13(2), 1643-1647. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.03.033>
- Kongkeaw, N., Chaikhan, A., Suwankhong, D., & Boonrod, T. (2022). Effect of Food Consumption Modification through DASH Diet Program amongst Risk Group to Prevent Hypertension, Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Science 2022*, 31(6). 1008-1018. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12982/10731>. [In Thai].
- Lechner, K., & Schunkert, H. (2020). Recommendations on sodium intake for cardiovascular health: conviction or evidence? *European Heart Journal*. 41(35), 3374-3375. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa545>
- Lee, J, K., Tran, T , M, C., 2, Choi, E., Baek, J., Kim, H, R., Kim, H., ... & Seo, S, K. (2024). Association between Daily Dietary Calcium Intake and the Risk of Cardiovascular Disease (CVD) in Postmenopausal Korean Women. *Nutrients*, 16(7), 1043. <https://doi.org/10.3390/nu16071043>
- Leesagul, P. (2024). *Effects of Dietary Promotion Program Guideline of the DASH on Food Consumption Behaviors and Blood Pressure in Patients with Hypertension*. Master Thesis (Nursing), Naresuan University, Phitsanulok. [In Thai].
- Li, Y., Hruby, A., Bernstein, A. M., Hu, F. B., Ley, S. H., Wang, D. D., Chiuve, S. E., Sampson, L., ... & Willett, W. C. (2015). Saturated fats compared with unsaturated fats and sources of carbohydrates in relation to risk of coronary heart disease: A prospective cohort study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(8), 844-857. doi: 10.1016/j.jacc.2015.07.055.
- Mbuthia, G. W., Magutah, K., & Pellowski, J. (2022). Approaches and outcomes of community health worker's interventions for hypertension management and control in low-income and middle-income countries: systematic review. *BMJ Open*, 12(4), e053455. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053455>
- Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237. doi: 10.1038/s41581-019-0244-2.

- Michos, E. D., Cainzos-Achirica, M., Heravi, A. S., Appel, L. J. (2021). Vitamin D, Calcium Supplements, and Implications for Cardiovascular Health: JACC Focus Seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(4), 437-449. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.09.617>
- Muntner, P., Hardy, S. T., Fine, L. J., Jaeger, B. C., Wozniak, G., & Alexander, G. C. (2020). Trends in blood pressure control among US adults with hypertension. *Circulation*, 142(5), 518-529. doi: 10.1001/jama.2020.14545.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (4 January 2021). *NIH-supported DASH diet tops rankings for "heart-healthy" and "healthy eating"*. Retrieved 7 October 2024, from <https://www.nhlbi.nih.gov/news/2021/nih-supported-dash-diet-tops-rankings-heart-healthy-and-healthy-eating>
- National Institute on Aging. (2021). *How many calories does an older adult need?*. National Institute on Aging. Retrieved 14 December 2024, from <https://www.nia.nih.gov>
- Nilsson, P. M. (2020). Early Vascular Aging in Hypertension. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7(6), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00006>
- O'Donnell, M., Mente, A., Alderman, M. H., Yusuf, S., & Brady, A. J. (2020). Salt and cardiovascular disease: Insufficient evidence to recommend low sodium intake. *European Heart Journal*, 41(3), 332-340. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa586.
- Rodrigues, S. L., Baldo, M. P., Machado, R. C., Forechi, L., & Mill, J. G. (2014). High potassium intake blunts the effect of elevated sodium intake on blood pressure levels. *Journal of the American Society of Hypertension*, 14(3), 205-212. doi: 10.1016/j.jash.2014.01.001
- Rosanoff, A., Weaver, C. M., & Rude, R. K. (2012). Suboptimal magnesium status in the United States: Are the health consequences underestimated? *Nutrients*, 13(2), 459. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00465.x.
- Sacks, F. M. & Campos, H (2010). Dietary Therapy in Hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 362(22), 2102-2112. doi: 10.1056/NEJMct0911013.
- Siervo, M., Lara, J., Chowdhury, S., Ashor, A. W., Oggioni, C., & Mathers, J. C. (2015). Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 113(1), 1-15. doi: 10.1017/S0007114514003341.
- Stone, M. S., Martyn, L., & Weaver, C. M. (2016). Potassium intake, bioavailability, hypertension, and glucose control. *Nutrients*, 12(7), 2136. doi: 10.3390/nu8070444.
- Stephen, C., Halcomb, E., Fernandez, R., McInnes, S., Batterham, M., & Zwar, N. (2022). Nurse-led interventions to manage hypertension in general practice: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 78(5), 1281-1293. <https://doi.org/10.1111/jan.15159>
- Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019*. Bangkok: Thai Hypertension Society. [In Thai].
- U.S. Department of Agriculture & U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025*. Retrieved from <https://www.dietaryguidelines.gov>

- Wang, D. D., Li, Y., Chiuve, S. E., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2016). Association of specific dietary fats with total and cause-specific mortality. *JAMA Internal Medicine*, *176*(8), 1134-1145. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.2417.
- World Health Organization. (16 March 2023). *Hypertension*. Retrieved 8 October 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Worster, D, T., Franke, M, F., Bazúa, R., Bazúa, R., Flores, H., Garc?a, Z., ... & Palazuelos, D. (2020) Observational stepped-wedge analysis of a community health worker-led intervention for diabetes and hypertension in rural Mexico. *BMJ Open*, *10*(3),10:e034749. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034749>
- Zhang, X., Li, Y., Gobbo, L, C, D., Rosanoff, A., Wang, J., Zhang, W., & Song, Y.(2016). Effects of Magnesium Supplementation on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trials. *Hypertension*, *68*(2), 324-33. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07664.

## บทความวิจัย

### ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ The Effect of Resilience Reinforcement among the Elderly People in Amphoe Mueang, Nakhonsawan Province

เอกลักษณ์ เต็กยง (Eakaluk Dekyong)\*

ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ (Yuwaree Inphen)\*\*

พัศติยา ช้างชู่ว (Thattiya Changchua)\*\*\*

กาญจนาณัฐ ทองเมืองชัยเทพ (Kanjananat Tongmuangtunyatep)\*\*\*\*

Received: December 8, 2023

Revised: January 14, 2024

Accepted: May 15, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ตำบลวัดไทรย์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 33 ราย ที่ผ่านการคัดกรองทางสติปัญญาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจประกอบด้วย 3 มิติใน 10 กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 สัปดาห์ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่ได้พัฒนามาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยรวมเท่ากับ 66.55 (S.D. = 5.98) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.33 (S.D. = 5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  เมื่อจำแนกรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ 3 ด้านหลังได้รับโปรแกรมฯ ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ เท่ากับ 32.30 (S.D. = 3.16)  $p = .001$ , ด้านกำลังใจ เท่ากับ 17.82 (S.D. = 2.36)  $p = .003$  และด้านการจัดการกับปัญหา เท่ากับ 16.42 (S.D. = 2.77)  $p = .016$  สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิต และสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุต่อไป

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, ความเข้มแข็งทางใจ, การเสริมสร้าง

## Abstract

This study was a quasi - experimental research using a one-group, pre-test/post-test design. The objective was to examine the effect of resilience reinforcement among the elderly people in Amphoe Mueang, Nakhonsawan Province. The sample consisted of 33 elderly people from Wat sai Subdistrict, Nakhonsawan Province, who passed the intellectual screening (Mini-Cog). The tools used in the study consisted of 2 parts: 1) the resilience reinforcement program, consisting of three dimensions with ten activities for three times, one week apart and 2) data collection tools, including a general information form and a resilience reinforcement form for the elderly, developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, with a reliability coefficient of .90. The general information data were analyzed by descriptive statistics and the hypothesis was tested by paired t-test.

The results showed that a statistically significant increase in the overall mean score of resilience of the elderly after resilience reinforcement in the program ( $\bar{x} = 66.55$ , S.D. = 5.98) compared to before the intervention ( $\bar{x} = 60.33$ , S.D. = 5.98), with a p-value of  $< .001$ . Furthermore, by dimensions demonstrated significant improvements in emotional endurance ( $\bar{x} = 32.30$ , S.D. = 3.16,  $p = .001$ ), motivation ( $\bar{x} = 17.82$ , S.D. = 2.36,  $p = .003$ ), and problem-solving skills ( $\bar{x} = 16.42$ , S.D. = 2.77,  $p = .016$ ) post-intervention.

The results of this study showed that resilience reinforcement programs can increase resilience, or mental health strength, and can be used to further promote the abilities of the elderly.

**Keyword:** Elderly people, Resilience, Reinforcement

---

\*\*\*Corresponding author: Thattiya Changchua, Email: thattiya.tho@mahidol.ac.th

\*อาจารย์ สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Instructor, Institute of Nursing, Mahidol University Nakhonsawan Campus)

\*\* , \*\*\*ผู้ช่วยอาจารย์ สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Assistant Instructor, Institute of Nursing, Mahidol University Nakhonsawan Campus)

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์สถาบันพยาบาลศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Assistant Professor, Institute of Nursing, Mahidol University Nakhonsawan Campus)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เกิดจากวิวัฒนาการของเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และค่านิยมอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลก พบว่า ร้อยละ 14 ของกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับความคิดปกติทางจิต โดยภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล และประมาณ 1 ใน 4 ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (World Health Organization, 2023) จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 16 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 13 โดยอัตราสูงสุดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งร้อยละ 73.5 เป็นเพศชาย (National Health Commission Office, 2024) นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยยังมีภาวะซึมเศร้ามากถึง 10 ถึง 20 โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ย้ายมาอยู่คนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พบว่ามีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น (Pakaban, 2017) จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีปัจจัยมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่และสัมพันธภาพในสังคม บุคคลใกล้ชิด โดยพบว่าผู้สูงอายุมักเกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่อง (Suksai, Nanthamongkolchai, Pitikultang, Munsawaengsub, & Taechaboonsermsak, 2018) รวมทั้งจากปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลงหรือจากการแยกย้ายไปทำงาน นอกบ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ว่าเหว่ (Kansri, Kaewpijit, Malai, & Prasitsa, 2019) ในกรณีที่ร้ายแรงอาจส่งผลให้เกิดการทำร้ายร่างกายหรือการทอดทิ้งผู้สูงอายุในที่สุด (Traijutakarn, 2021) ดังนั้น ในยุคปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว อีกทั้งเป็นยุคที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นได้ในทุกๆ วัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการทำความเข้าใจและเตรียมพร้อมในด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต

การเตรียมพร้อมในด้านจิตใจหรือสุขภาพจิตนั้นทำได้โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคล ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤติ เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายไปได้ รวมทั้งฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง (Grotberg, 1999) ทำได้โดยการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจและฝึกทักษะแก้ไขปัญหามองในเชิงความคิดและการลงมือปฏิบัติ (Department of Mental Health: DMH, 2020) ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) สิ่งที่มี (I am) เป็นความเข้มแข็งทางใจแต่ละบุคคล 2) สิ่งที่ทำ (I can) เป็นความเข้มแข็งทางใจในการจัดการแก้ไขปัญหามองในเชิงความคิดและการเผชิญความเครียด และ 3) สิ่งที่มี (I have) เป็นปัจจัยภายนอกที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ สิ่งสนับสนุน (Grotberg, 1995) แนวคิดเช่นเดียวกับที่ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาลชุมชนแม่ทา (Khamthita, Takad, Sansingchai, 2007) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) รู้สึกดีกับตัวเอง การช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบตนเอง มองโลกในแง่ดี 2) จัดการชีวิตได้ สร้างความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ 3) มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน การเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และ 4) การมีจุดหมายในชีวิต (Tantipiwatanaskul, 2008) ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรม 9 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายหลังจากพบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ รู้สึกมีคุณค่า ทำให้มีความพร้อมอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนในผู้สูงอายุได้ (Phuttharod & Sillapagumpised, 2020) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทำให้บุคคลเรียนรู้ในการป้องกันจิตใจของตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา (DMH, 2020) ภายหลังจากผ่านพ้น

สถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ จะทำให้บุคคลเกิดการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมกับความทุกข์ มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

จังหวัดนครสวรรค์ เป็นพื้นที่ชุมชนเมืองและกึ่งเมืองที่มีประชากรหนาแน่น จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของประชาชนวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองนครสวรรค์ ปี 2561 ถึง 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดสูง คิดเป็น .50, .46 และ .51 ตามลำดับ เสี่ยงซึมเศร้า คิดเป็น .70, .46 และ .48 ตามลำดับ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย คิดเป็น .13, .11 และ .18 ตามลำดับ โดยช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็น 3.32 ต่อประชากรแสนคน (DMH, 2023) สาเหตุเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางทางจิตใจ การมีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง คุณค่าในตัวเองลดลง การสูญเสียคนใกล้ชิด หรือการถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ประสบกับภาวะโดดเดี่ยวและเกิดความทุกข์ทางใจ (Jamfa, Chumpeeruang, & Rueangphut, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้สูงอายุซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลจิตใจตนเอง มีระบบการเฝ้าระวังและช่วยเหลือที่ดี สามารถลดความรุนแรงของปัญหาตนเองและชุมชนได้เป็นอย่างดี และสามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

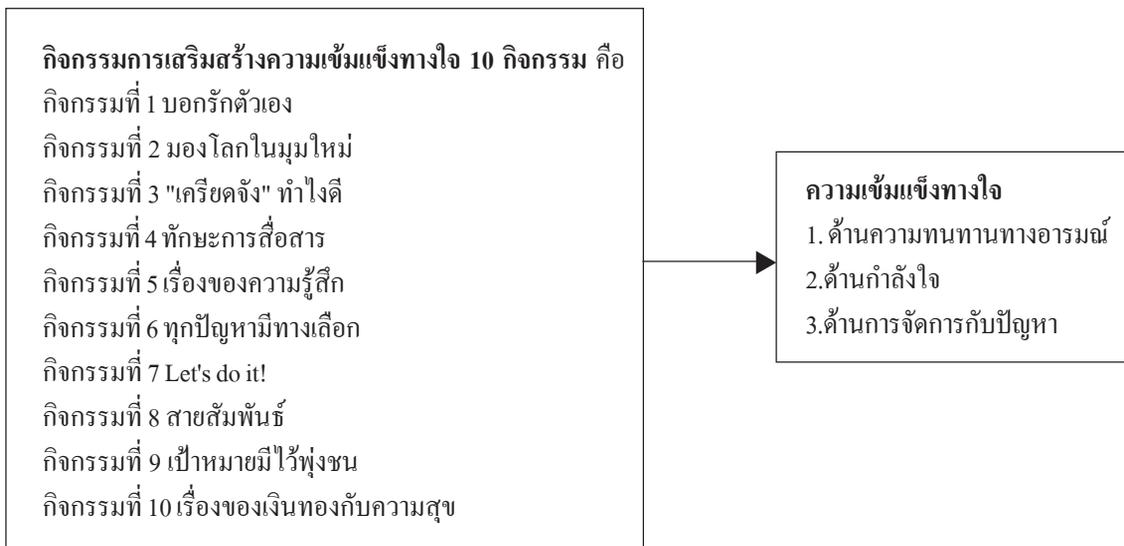
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

### สมมุติฐานในการวิจัย

คะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุหลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์เกอร์ประกอบด้วย 3 มิติ (Grotberg, 1995) ได้แก่ 1) สิ่งที่เป็น (I am) เป็นการพัฒนาให้เกิดความมั่นใจจนรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง ผ่านกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการพูด การแสดงความรู้สึก และอารมณ์ รู้จักมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง 2) สิ่งที่ทำ (I can) ส่งเสริมให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและเผชิญกับความเครียดผ่านกิจกรรมการรับรู้บทบาทตนเอง วิธีการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม และ 3) สิ่งที่มี (I have) ส่งเสริมให้รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุนมีคนคอยช่วยเหลือ ฝึกทักษะการสื่อสาร การสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเอง การคิดแบบมีทางเลือก การรับรู้และใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนภายนอก และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของประเวช ดันดีพิวัฒนสกุล (Tantipiwatanaskul, 2008) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) รู้สึกดีกับตัวเองการมีประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก ช่วยสร้างความรู้สึกดีกับตนเอง มองโลกในแง่ดี 2) จัดการชีวิตได้สร้างความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เรียนรู้ที่จะยอมรับอดทนมุ่งมั่นลงมือทำให้บรรลุผลที่ต้องการ 3) มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน การได้รับความรักความเข้าใจและกำลังใจ การเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง และ 4) มีจุดหมายในชีวิต ฝึกตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับทุกสถานการณ์อยู่เสมอและนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างภายในของบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้มีความเข้มแข็งทางใจที่ยั่งยืน โดยประเมินผลลัพธ์จากความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 32,405 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากเลือก 1 ตำบล จาก 17 ตำบล จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มจากบัญชีรายชื่อ จากทั้งหมด 15 หมู่ หมู่ละ 2-3 คน ให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้ จำนวน 33 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น และการพูด สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 4) มีคะแนนคัดกรองทางสติปัญญา (Mini-Cog) มากกว่า 2 คะแนน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ไม่ครบ 3 ครั้ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1.9.4 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .50 และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 33 ราย

#### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองทางสติปัญญา (Mini-Cog) (Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, & Dokmak, 2000) และแปลเป็นภาษาไทย ใช้สำหรับประเมินสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุด้านความจำและความคิดรวบยอด ประกอบด้วย 3 ส่วน (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) คือ 1) การบันทึกความจำโดยใช้คำ 3 คำ 2) การวาดรูปนาฬิกาและ 3) การทบทวนหรือระลึกความจำโดยบอกคำ 3 คำข้างต้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน การแปลผล 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด และ 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มี ความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัย

พัฒนาจากกรอบแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ กรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) และประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล (Tantipiwatanaskul, 2008) ประกอบด้วย 10 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมมองโลกในมุมใหม่, "เครียดจัง" ทำไงดี, เรื่องของ ความรู้สึก, กิจกรรมบอกรักตัวเอง, ทักษะการสื่อสาร, เรื่องของเงินทองกับความสุข, กิจกรรมทุกปัญหาหามีทางเลือก, Let's do it!, สายสัมพันธ์ และเป้าหมายมีไว้พุ่งชน โดยใช้ เวลาทั้งหมด 3 ครั้ง (แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์) และใน แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 40 ถึง 60 นาที

**ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่**

3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพจิต รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาระหนี้สิน และสัมพันธภาพ ในครอบครัว รวมทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ

ความเข้มแข็งทางใจ	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	น้อยกว่า 27 คะแนน	27-34 คะแนน	มากกว่า 34 คะแนน
2) ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	น้อยกว่า 14 คะแนน	14-19 คะแนน	มากกว่า 19 คะแนน
3) ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	น้อยกว่า 13 คะแนน	13-18 คะแนน	มากกว่า 18 คะแนน
รวมทุกด้าน	น้อยกว่า 55 คะแนน	55-69 คะแนน	มากกว่า 69 คะแนน

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย**

โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ที่ผู้วิจัย นำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง นำไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำการ ตรวจสอบเรื่องการใช้ภาษา ความถูกต้องเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา ลำดับของเนื้อหา และระยะเวลา ในการจัดกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยรวบรวมผลการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 1.0

แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ผู้วิจัยทดสอบความ เชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มี

3.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Division of Mental Health Promotion and Development, 2019) เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทาน ทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อและ ด้านการจัดการกับปัญหาจำนวน 5 ข้อรวม 20 ข้อคะแนน เดิม 80 คะแนนเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงจริงบางครั้งค่อนข้างจริง และจริงมาก กำหนดเกณฑ์การแปลผลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์
2. ภายหลังได้รับการรับรองผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาต ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลไทรย้อยเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำการนัดหมายเวลาและ สถานที่

3. นัดผู้ใหญ่ว่านเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่นัดหมาย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยใช้แบบคัดกรองทางสติปัญญา (Mini-Cog) ใช้เวลา 10 นาที หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ หากสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจ ใช้เวลา 15 นาที

4. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยใช้เวลาทั้งหมด 3 ครั้ง (แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์) และในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 40 ถึง 60 นาที ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดังนี้

#### 4.1 ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 บอกรักตัวเองเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจสาเหตุและวิธีการสร้างรู้สึกดีต่อตัวเอง ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยเปิดวิดีโอที่สั้น เรื่อง "ชีวิตเราเราตัดสินใจได้เอง" ให้ข้อคิดเกี่ยวกับการรักตัวเอง การปรับเปลี่ยนเพื่อรักตัวเอง, ให้เขียน/วาด สิ่งที่ยากเปลี่ยนให้ดีขึ้นและสิ่งที่ทำดีแล้ว, วาด/เขียน ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา, ร่วมแลกเปลี่ยนการสร้างความรู้สึกดีได้จากอะไรและวิธีการเพิ่มความรู้สึกดีต่อตนเอง และสรุปประเด็นการสร้างความรู้สึกดีกับตนเอง

2) กิจกรรมที่ 2 มองโลกในมุมใหม่เพื่อให้เข้าใจความแตกต่างระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้าย และมีความยืดหยุ่นทางความคิด รู้จักมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีเป็นอย่างไร คนมองโลกในแง่ดีมีลักษณะอย่างไร และจัดกิจกรรมได้ว่าที่ในการมองสถานการณ์ในแง่ดีและแง่ร้าย หลังจากนั้นบรรยายเกี่ยวกับประโยชน์การมองโลกในแง่ดี และสรุปประเด็นโดยมุ่งเน้นลักษณะเด่นของคนมองโลกในแง่ดี

3) กิจกรรมที่ 3 "เครียดจัง" ทำไงดี เพื่อให้เข้าใจและอธิบายได้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ กระตุ้นความเครียด ความคิดที่ทำให้เครียด และความคิดที่ทำให้คลายจากความเครียด ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยให้แต่ละคนร่วมแลกเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ความรู้สึก และวิธีผ่อนคลายความเครียด, ให้ความรู้เรื่องคิดอย่างไรให้ไม่เครียด รวมทั้งแบ่งกลุ่มจัดกิจกรรม

ร้อยลูกปัดและสรุปประเด็นความเครียดและวิธีการผ่อนคลายความเครียด

#### 4.2 ครั้งที่ 2 ทำกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 4 ทักษะการสื่อสาร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้หลักสำคัญในการสื่อสาร การฝึกทักษะพื้นฐานในการสื่อสาร ได้แก่ การฟังและการถาม ใช้ระยะเวลา 40 นาที โดยมีประเด็น "ปัญหาโลกแตก เพื่อนบ้านยึดท้ายซอยสร้างที่จอดรถ" ให้ผู้เข้าร่วมร่วมคิดคำถามปลายเปิดและปลายปิดที่อยากรู้ แลกเปลี่ยนประเด็นคำถามและประโยชน์ของคำถามในการสนทนา หลังจากนั้นสรุปประเด็นการเรียนรู้การเข้าใจที่ดีต่อกันและทักษะการฟังอย่างเข้าใจ

2) กิจกรรมที่ 5 เรื่องของความรู้สึก เพื่อเรียนรู้หลักการสำคัญในการสื่อสาร รวมทั้งได้ฝึกทักษะการพูดแสดงความรู้สึก ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยมีประเด็นเรื่องการสื่อสารที่ดีต้องมีการแสดงความรู้สึกต่อกัน แต่คนส่วนใหญ่ไม่ถนัดพูด ซึ่งทุกคนควรเรียนรู้วิธีการรับฟังความรู้สึกอย่างเหมาะสม ให้แบ่งกลุ่มเลือกเหตุการณ์ร่วมแลกเปลี่ยนคำพูดและวิธีการพูดในการพูดสื่อสารความรู้สึก หลังจากนั้นสรุปประเด็นการเรียนรู้และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3) กิจกรรมที่ 6 ทุกปัญหามีทางเลือกเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหากับปัญหาของตนเองได้ ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก แหล่งสนับสนุนภายนอกและความสำคัญของการมีคนช่วยคิด ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยสอบถามการแก้ไขปัญหาที่ไม่ได้ผล ร่วมอภิปรายในกลุ่ม บรรยายหลักการสำคัญในการแก้ปัญหาที่ได้ผลสองข้อและให้ความรู้เรื่อง บันไดห้าขั้นของการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาจากบันไดห้าขั้นของการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงหลักที่ควรคำนึงในการตั้งเป้าหมายร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาที่ประสบอยู่และเป้าหมายนั้นมีทางเลือกอะไรบ้าง

4) กิจกรรมที่ 7 Let's do it! เพื่อฝึกจัดการความกังวลใจในปัญหาด้วยการเปลี่ยนให้เป็นแผนการกระทำที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยให้แต่ละคนคิดทบทวนและเลือกปัญหาความกังวลใจ ร่วมแลกเปลี่ยน

วิธีการเปลี่ยนปัญหาเป็นการลงมือทำตามขั้นตอน (เป็นปัญหาอย่างไร, ความกังวลใจและความกลัว, สามารถทำอะไรได้บ้าง และเลือกสิ่งที่ทำพร้อมจัดลำดับความสำคัญของการลงมือทำ) จากนั้นแบ่งกลุ่มตั้งประเด็นคำถามคิดวิธีการเปลี่ยนปัญหาเป็นการลงมือทำตามขั้นตอนและออกมานำเสนอ

#### 4.3 ครั้งที่ 3 ทำกิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 8 สายสัมพันธ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตระหนักในรูปแบบของการติดต่อผู้อื่น วิธีจัดการความขัดแย้ง และพัฒนาวิธีการจัดการความขัดแย้งที่เหมาะสม จากลักษณะรูปแบบการติดต่อผู้อื่นที่มีอยู่เดิม ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยให้แต่ละคนเลือกบทบาทที่เป็นตนเอง 4 บทบาท แต่ละบทบาทร่วมตอบประเด็นคำถามภายในกลุ่ม (ลักษณะที่ทำให้คิดว่าตนเองอยู่ในบทบาทนี้, เรื่องที่ทำให้เครียดบ่อย, ลักษณะของปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นบ่อย, สถานการณ์และวิธีการจัดการกับความขัดแย้ง) และนำเสนอ หลังจากนั้นสรุปประเด็นทางเลือกในการจัดการกับความขัดแย้งที่ยืดหยุ่นขึ้น

2) กิจกรรมที่ 9 เป้าหมายมีไว้พุ่งชน เพื่อทบทวนชีวิตและกำหนดเป้าหมายในชีวิต โดยการตอบคำถามสำคัญว่าเกิดมาทำไม ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองว่าชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร การจัดลำดับความสำคัญของเรื่องในชีวิต คำพูดที่ต้องการให้บุคคลอื่นระลึกถึงเรา และให้ความรู้เรื่องการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นร่วมแลกเปลี่ยนสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้นหรือทำให้น้อยลง

3) กิจกรรมที่ 10 เรื่องของเงินทองกับความสุข เพื่อเรียนรู้เรื่องความสุขกับเงินทองและความสุขแบบพอเพียง ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยทำใบงานความสุขของฉัน รวบรวมกิจกรรมความสุขของแต่ละคนแบ่งกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความสุขในชีวิตนั้นต้องใช้เงินมากน้อยเพียงใดและทำกิจกรรมบัตริเงินซื้อความสุขสรุปประเด็นและแสดงให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมความสุขที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

5. ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ให้ทำแบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-CIRB 2023/062.1502 รับรองวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHO-006/66 รับรองวันที่ 23 มีนาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการวิจัยและเข้าร่วมด้วยความสมัครใจพร้อมลงนามเข้าร่วมวิจัย ซึ่งสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายเอกสารภายในเวลา 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้ทั้งหมด 33 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.6 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 78.7 (Min = 60, Max = 79,  $\bar{x}$  = 66.97, S.D. = 4.35) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.6 ไม่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 30.3 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 66.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.6 ประวัติการไม่เคยมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 72.7 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,919.48 บาท (Min = 0, Max = 71,365,  $\bar{x}$  = 7,919.48, S.D. = 14,121.06) รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.5 ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 72.7 และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ร้อยละ 78.7

## ส่วนที่ 2 ผลก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

หลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมเท่ากับ 66.55 (S.D. = 5.98) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ที่มีคะแนนเฉลี่ย 60.33 (S.D. =

5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาหลังทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = .001, .003 และ .016 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ (n = 33)

องค์ประกอบของ ความเข้มแข็งทางใจ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.67	2.83	32.30	3.16	3.60	32	.001*
ด้านกำลังใจ	15.76	2.38	17.82	2.36	3.22	32	.003*
ด้านการจัดการกับปัญหา โดยรวม	14.91	1.97	16.42	2.77	2.53	32	.016*
โดยรวม	60.33	5.38	66.55	5.98	4.30	32	< .001*

\* $p < .05$

### การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลหลังการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ว่า คะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุหลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจโดยรวมหลังทำกิจกรรมเท่ากับ 66.55 (S.D. = 5.98) ซึ่งสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 60.33 (S.D. = 5.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$  ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผลของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ ความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก (Grothberg, 1995) ที่ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 "I am" ซึ่งจะมุ่งเน้นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจของบุคคล ให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีความรับผิดชอบตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มิติที่ 2 "I have" เป็นการส่งเสริมการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และรับรู้แหล่งสนับสนุนภายนอกที่สามารถให้ความ

ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาและมิติที่ 3 "I can" เป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะในการเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการวิจัยครั้งนี้ทั้ง 10 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจความแตกต่างระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้าย มีความยืดหยุ่นทางความคิด รู้จักมองโลกในแง่ดี และมีความหวัง เข้าใจความคิดที่ทำให้เกิดความเครียด มีทักษะการคลายความเครียด การเข้าใจหลักในการสื่อสาร ทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา รวมทั้งตระหนักถึงการลงมือทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เข้าใจวิธีจัดการความขัดแย้ง และการกำหนดเป้าหมายในชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางใจ มีความหวังในชีวิต มีความสุข และมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด สามารถยกระดับความคิด จิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้น หลังจากเหตุการณ์วิกฤตินั้นผ่านพ้นไปซึ่งสอดคล้องกับ ประเวศ ดันติพิวัตนสกุล (Tantipiwatanaskul, 2008) กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาและวิกฤติของชีวิตให้ฟื้นตัวกลับมาสู่สภาวะ

ปกติได้ ทั้งนี้ยังเกิดการเรียนรู้และเติบโตจากการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิกฤติ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้ที่ศึกษิตกับตนเอง จัดการชีวิตได้มีสายสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นและมีจุดหมายในชีวิต อีกทั้งสอดคล้องกับ เรวิช และแซทท์ กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจต้องมีความสามารถในการมองโลกในแง่ดี มีมุมมองชีวิตทางบวก ได้แก่ มีความเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและเชื่อว่าสามารถควบคุมปัญหาต่าง ๆ ได้ (Reivich & Shatté, 2002) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ เขาวนาฏ พลิตนันทเกียรติ สมพร อินทร์แก้ว และกาญจนา วณิชธรรมณี กล่าวไว้ว่า การเข้าใจตนเอง การรู้จักตัวเอง จุดอ่อนของตัวเอง การรู้จักควบคุมอารมณ์และความคิดของตัวเอง การสร้างพลังใจ การมีทักษะในการจัดการกับปัญหาและพยายามหาทางออกที่ดีที่สุดให้กับตนเอง เป็นลักษณะของบุคคลที่มีการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤติหรือมีความยืดหยุ่นในภาวะวิกฤติ (Palitnonkiat, Inkaew, & Wanicharamanee, 2012)

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อจำแนกรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ 3 ด้านหลังทำ กิจกรรม ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ เท่ากับ 32.30 (S.D. = 3.16) ด้านกำลังใจ เท่ากับ 17.82 (S.D. = 2.36) และด้านการจัดการกับปัญหา เท่ากับ 16.42 (S.D. = 2.77) ซึ่งสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ถึงกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุได้ในทุกด้าน ได้แก่ 1) ด้านความทนทานทางอารมณ์ กิจกรรมมองโลกในมุมใหม่ โดยการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีเป็นอย่างไร ลักษณะอย่างไร และจัดกิจกรรมได้ว่าที่ในสถานการณ์ในแง่ดีและแง่ร้าย การทำกิจกรรม "เครียดจัง" ทำไงดี โดยการร่วมแลกเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด ความรู้สึก และวิธีผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมเรื่องของความรู้สึกที่ร่วมแลกเปลี่ยนคำพูดและวิธีการในการสื่อสารความรู้สึกจากสถานการณ์ที่เลือก สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะเผชิญกับอารมณ์เชิงลบต่าง ๆ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และความผิดหวัง ได้อย่างมีสติและปรับตัวได้ 2) ด้านกำลังใจ การทำกิจกรรมบอกรักตนเอง โดยการเปิดวิดิทัศน์ "ชีวิตเรา เราตัดสินใจได้เอง" แล้วให้ข้อคิดเกี่ยวกับการรักตัวเอง การปรับเปลี่ยน

เพื่อรักตัวเอง กิจกรรมทักษะการสื่อสาร โดยการร่วมคิดคำถามปลายเปิดปลายปิด เรียนรู้การเข้าใจที่ดีต่อกันและทักษะการฟังอย่างเข้าใจ และกิจกรรมเรื่องของเงินทองกับความสุข โดยร่วมแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความสุขในชีวิต นั้นต้องใช้จ่ายเงินมากน้อยเพียงใด และแสดงให้เห็นคุณค่าของกิจกรรมความสุขที่ไม่มีค่าใช้จ่าย สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง เพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และมองเห็นความเป็นอนาคตได้ และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา การทำกิจกรรมทุกปัญหาหมิงทางเลือก เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหากลับกันได้หาขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรม Let's do it! โดยแลกเปลี่ยนวิธีการลงมือทำจากปัญหาหรือความกังวลใจที่เกิดขึ้น พร้อมจัดลำดับความสำคัญ กิจกรรมสายสัมพันธ์ โดยเรียนรู้บทบาทที่เป็นตนเอง ลักษณะเฉพาะบุคคล ความขัดแย้งที่เกิดขึ้น และวิธีการจัดการกับความขัดแย้ง กิจกรรมเป้าหมายมีไว้พุ่งชน โดยร่วมแลกเปลี่ยนมุมมองความสำคัญและเป้าหมายในชีวิตอีกทั้งสิ่งที่ต้องทำเพิ่มขึ้นหรือทำให้น้อยลง สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ทักษะในการแก้ไข ปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักกับวิธีรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก และมีความยืดหยุ่นในการปรับตัว สอดคล้องกับศึกษาของไพจิตร พุทธรอดและกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกลุ่มทดลองทดลองมีค่าความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม (Phuttharod & Sillapagumpised, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ นาคปรม และคณะ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิต มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ (Nakprom, Noosom, & Maneerat, 2022) และการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวิชชัย และสมหมาย วงษ์กวน พบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีระดับความเข้มแข็งทางใจโดยรวมและด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความทนทานทางอารมณ์ กำลังใจและการจัดการกับปัญหา

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Punyavachirachai & Wongkuan, 2023)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางหรือรูปแบบกิจกรรมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้ผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพื้นที่อื่นๆ ผู้สูงอายุทุกช่วงวัย หรือในกลุ่มที่มีความเสี่ยงหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ให้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านรองอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านในการเก็บวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(11), 1021-1027.

Department of Mental Health. (2020). *RQ: Resilience Quotient*. Bangkok: Bryong Publishing. [In Thai].

Department of Mental Health. (2023). *Mental Health Assessment Information of Thai People*. retrieved 30 November 2023 from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>. [In Thai].

Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental health, Ministry of Public Health. (2019). *RQ: Resilience Quotient*. Retrieved 8 January 2023, from <https://dmh.go.th/download/dmhnews/kom2008-2.pdf>. [In Thai].

Grotberg, H. E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation.

Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today Youth*, 4(1), 66-72.

Jamfa, W., Chumpeeruang, S., & Rueangphut, P. (2019). Depression and Quality of life among elderly Living in Muang NakhonSawan Province. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 11(2), 259-271. [In Thai].

Kansri, J., Kaewpijit, U., Malai, C., & Prasitsa, N. (2019). Loneliness in Older Persons: Nurses' Roles, *Buddhachinaraj Medical Journal*, 36(2), 254-264. [In Thai].

Khamthita, P., Takad, A., & Sansingchai, C. (2007, August 1-3). *A Model of Care and Support for Repeat Suicide Attempters through a Process of Resilience*. 6<sup>th</sup> Annual International Mental Health Conference, Bangkok, Thailand. [In Thai].

Nakprom, S., Noosorn, S., & Maneerat, S. (2022). The Effect of Psychological Resilience Enhancement Program on Reducing Burnout in the Elderly Care for Elderly Caregivers in Sawang Arom District, Uthai Thani Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 33(1), 224-238. [In Thai].

National Health Commission Office. (2024). *Mental well-being system for non-violent Thai system*. retrieved 5 February 2024 from: [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/1-3NHA16.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/1-3NHA16.pdf). [In Thai].

- Pakahan, D. (2017). The study on relationship between self-esteem and level of mental health of the elderly in the Elderly School under the Urban Community Health Center, Prachospital (Rong Sor), *Journal of the Phrae Hospital*, 25(2), 12-23. [In Thai].
- Palitnonkiat, Y., Inkaew, S., & Wanicharamanee, K. (2012). Development of the resilience assessment for Thai adult. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 53-66. [In Thai].
- Phuttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2020). The Effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression on the elderly with a depressive disorder, *NRRU Community Research Journal*, 15(1), 70-82. [In Thai].
- Punyavachirachai, P., & Wongkuan, S. (2023). The Effect of Resilience Program among Village Health Volunteers. *Research and Development Health System Journal*, 16(2), 272-286. [In Thai].
- Reivich, K., & Shatté A. (2002). *The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles*. New York: Broadway Books.
- Suksai, P., Nanthamongkolchai, S., Pitikultang, S., Munsawaengsub, C., & Taechaboonsermsak, P. (2018). Factors Influencing Mental Health of the Elderly in Urban Area, Ratchaburi Province, *Journal of Health Science*, 27(5), 809-818. [In Thai].
- Tantipiwatanaskul, P. (2008). *Activity guide Building resilience for public health personnel*. Retrieved 29 November 2022, from [https://th.rajanakul.go.th/\\_admin/file-download/5-4466-1448608843.pdf](https://th.rajanakul.go.th/_admin/file-download/5-4466-1448608843.pdf). [In Thai].
- Traijutakarn, P. (2021). Elderly Abuse: Situations, Causes and Response. *Journal of Social Sciences*, 51(2), 167-192. [In Thai].
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*, 15(5), 594-600.
- World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. retrieved 5 February 2024 from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

## บทความวิจัย

### ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

#### Factors Predicting Stress among Pregnant Women with Preterm Labor

เพียงตะวัน พันธุ์โยธี (Piengtawan Pantuyotee)\*

ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (Tatirat Tachasuk Sri)\*\*

วรรณทนา สุภสีมานนท์ (Wantana Suppaseemanont)\*\*\*

Received: December 13, 2023

Revised: January 11, 2024

Accepted: March 26, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 101 ราย เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1)แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2)แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย 3)แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล 4)แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 5)แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .84, .80 และ .93 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84, .91, .93 และ .80 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression)

การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดตามเกณฑ์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 7.46$ , S.D. = 2.29) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปัญหาการนอน ( $\bar{x} = 2.02$ , S.D. = .82) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ( $\beta = -.27$ ,  $p = .007$ ) ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ( $\beta = .23$ ,  $p = .01$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ( $\beta = .20$ ,  $p = .04$ ) ร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 12.9 ( $R^2 = .129$ ,  $F_{(3,97)} = 4.77$ ,  $p = .004$ ) การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด ข้อค้นพบที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปพัฒนารูปแบบโปรแกรมลดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไป

**คำสำคัญ:** อายุครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด

## Abstract

This predictive research aimed to study stress and factors predicting stress among pregnant women with preterm labor. Participants consisted of 101 pregnant women with 22 to less than 37 weeks of gestation who were diagnosed by an obstetrician as having preterm labor and were admitted to the hospital for no less than 24 hours during August-December 2022. They were selected by the study inclusion criteria. Research instruments included 1) demographic record form 2) perceived severity of illness questionnaire 3) nurse social support questionnaire 4) family social support questionnaire and 5) stress assessment form created by Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Content validity values of developed questionnaires were .84, .80 and .93 respectively. Reliability of questionnaires were .84, .91, .93 and .80 respectively. Descriptive statistics and standard multiple regression were conducted for data analysis.

Results revealed that according to the stress criteria of mental health department, ministry of public health; stress mean score was at a moderate level ( $\bar{x} = 7.46$ , S.D. = 2.29). Items of stress assessment having highest average score were sleep problems ( $\bar{x} = 2.02$ , S.D. = .82). Factors regarding social support provided by nurses ( $\beta = -.27$ ,  $p = .007$ ), pregnancy complications ( $\beta = .23$ ,  $p = .01$ ) and perceived severity of the illness ( $\beta = .20$ ,  $p = .04$ ) significantly predicted 12.9% of the variance in stress among pregnant women with preterm labor ( $R^2 = .129$ ,  $F_{(3,97)} = 4.77$ ,  $p = .004$ ). Social support provided by nurses has the most negative influence on stress among pregnant women with preterm labor. The findings will be used as basic information to develop a stress reduction program for pregnant women with preterm labor.

**Keywords:** Gestational age, Preterm labor, Perceived severity of illness, Social support, Stress

---

\*\*Corresponding author: TatiratTachasuksri; E-mail: tatiratp@yahoo.com

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Hospital)

\*\*รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นผลกระทบสำคัญของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2020 พบว่ามีทารกเกิดก่อนกำหนดประมาณ 13.4 ล้านคนจากทั่วโลก คิดเป็น 4-16% ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และมีแนวโน้มการคลอดก่อนกำหนดที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2020) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561-2563 มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92 และ 9.52 ตามลำดับ โดยร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด (Health Administration Division, 2021) สำหรับโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ในปีงบประมาณ 2561-2563 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10.3, 9.3 และ 10.2 ตามลำดับ (Medical record and statistics, 2020) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสำคัญที่สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9 (Health Administration Division, 2021)

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และครอบครัว เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดแยกจากรอบครรภ์ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย สูญเสียรายได้ และอาจได้รับผลข้างเคียงและอาการไม่สบายจากยาที่ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ (Hanko, Bittner, Junge-Hoffmeister, Mogwitz, Nietzsche, & Weidner, 2020) หากการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดไม่ประสบผลสำเร็จ อาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบากและติดเชื้อได้ง่าย ทารกจึงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษา (Van Zijl, Koullali, Mol, Pajkrt, & Oudijk, 2016) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้นได้

ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด โดยแนวคิดทฤษฎีความเครียดของเซลเย (Selye, 1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดเกิดขึ้น จะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสาร Catecholamine และ Prostaglandins ส่งผลให้กล้ามเนื้อมดลูกมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้นอาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ (Tuksanawes, Kaewkiattikun, & Kerdcharoen, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า สตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ร้อยละ 54 มีความเครียดในขณะตั้งครรภ์และมีความเครียดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนด 2.15 เท่า (AOR 2.15, CI = 1.18 - 3.92,  $p < .001$ ) (Lilliecreutz, Laren, Sydsjo, & Josefsson, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณ ต้นประดิษฐ์ และเกษมศรี แก้วเกียรติคุณ (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) พบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด ( $\bar{x} = 19.43 \pm 4.48$  vs  $\bar{x} = 12.08 \pm 4.06$ ,  $p < .001$ ) อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของสตรีตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) อายุครรภ์อายุครรภ์ที่น้อยมากของทารก จะเพิ่มโอกาสให้ทารกมีปัญหาหายใจ ทำให้ไม่สามารถหายใจได้เอง เพิ่มโอกาสในการเสียชีวิต (Heather, Trace, Valerie, Kimberly, Haiqun, & Jeannette, 2014) 2) ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการติดเชื้อในโพรงมดลูก เป็นต้น จะทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น หากภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรง ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

อาจจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ (Hung, Su, Wu, & Chang, 2020) 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีอาการรุนแรงที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อาจได้รับอันตราย จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดสูงขึ้น (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) ส่วนปัจจัยที่ช่วยให้ความเครียดลดลง ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากพยาบาลในขณะที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น การได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับสตรีตั้งครรภ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ว่าตนเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง แต่ยังมีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ (Kritsanasuwana, Khanobdee, & Phumonsakul, 2016) และ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญที่ใกล้ชิด และสามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ ข้อมูล และการทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนได้ (Iranzad, Bani, Hasanpour, Mohammadalizadeh, & Mirghafourvand, 2014) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จึงช่วยลดความเครียดให้แก่สตรีตั้งครรภ์ได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลในการยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงมีความสำคัญในการวางแผนให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังพบน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการ

นำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อลดความเครียดแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลงและการตั้งครรภ์สามารถดำเนินต่อไปจนครบกำหนด

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีอิทธิพลทางบวกต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. อายุครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของเซลเย่ (Selye, 1976) กล่าวว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์หลั่งสาร Catecholamine ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงมดลูกและรกน้อยลง ส่งผลให้หลั่ง Prostaglandin ออกมากระตุ้นมดลูกให้หดรัดตัวมากขึ้น และอาจนำไปสู่การคลอดก่อนตามมาได้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า ปัจจัยที่กระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยที่ช่วยลดความเครียด ได้แก่ อายุครรภ์ การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีรายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์ ถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรีในช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2565 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่มีปัญหาด้านจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนเสร็จหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2) มีอาการผิดปกติหรือสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ เช่น เจ็บครรภ์รุนแรงขึ้น หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้นและกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power กำหนดอำนาจทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) .05 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .15 จำนวนตัวแปรที่ศึกษา 5 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 92 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 101 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัวการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด บุคคลที่ให้ข้อมูล และ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน เป็นส่วนที่ผู้วิจัยบันทึก ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด เช่น รกเกาะต่ำ ภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด และความดันโลหิตสูง และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือทำเครื่องหมายลงในช่องหน้าข้อความ

2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัว พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารก และครอบครัว จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 -52 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีผลต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และครอบครัวน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากพยาบาลในขณะที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรีและคณะ (Tachasuksri et al., 2017) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านประเมินค่าและด้านทรัพยากรข้อคำถาม เป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับจากบุคคลในครอบครัวในขณะที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ปรับมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรีและคณะ (Tachasuksri et al., 2017) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านประเมินค่าและด้านทรัพยากรข้อคำถามเป็นเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 -60 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้คะแนนมาก

5. แบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์เป็นมาตรวัด 4 ระดับ มีค่าระหว่าง 0-15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-4 คะแนน หมายถึง มีความเครียดเล็กน้อย สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ 5-7 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง ควรผ่อนคลาย ความเครียดหรือระบายความเครียดเพื่อคลี่คลายปัญหา และ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดสูง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ควรได้รับคำปรึกษาจากบุคคลากรทางสุขภาพ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### ความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) แบบสอบถามการรับรู้

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 5 ท่าน จากนั้นแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .84, .80 และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความเครียด (ST-5) ผู้วิจัยไม่ได้นำมาหาความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากแบบสอบถามนำมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงหรือปรับเนื้อหา

#### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามทั้งหมดถูกนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ .84, .91, .93 และ .80 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลในแผนกห้องคลอดและหลังคลอด ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย การตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 57 ข้อ ใช้เวลา 15-20 นาที ภายหลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างติดสติ๊กเกอร์ในสมุดฝากครรภ์ เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลซ้ำ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเครียด และตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติ

พรรณนา และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple regression)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส IRB3-047/2565 รับรองวันที่ 9 มิถุนายน 2565 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 รหัส COA no. 049/65 รับรองวันที่ 18 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ให้ข้อมูลหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและมีกรปกป้องความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารข้อมูลถูกจัดเก็บไว้ในตู้ล็อกกุญแจ ส่วนไฟล์ข้อมูลมีการเข้ารหัสไฟล์ก่อนการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจะทำลายทิ้ง ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24.25 ปี (S.D. = 6.38) อยู่ในช่วงอายุ 20-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 60.4) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่และไม่จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 73.3) รองลงมา คือ คู่และจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 23.8) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 47.5) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้นและปริญญาตรี (ร้อยละ 15.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 78.2) โดยมีอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 20.8) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 4,800-120,000 บาท/เดือน มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท/เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) และมีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 69.3) ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวชาย (ร้อยละ 55.4) มีจำนวนใกล้เคียงกับครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 44.6)

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 43.5) รองลงมา คือ การตั้งครรภ์ครั้งที่สอง (ร้อยละ 34.7) อายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 34 สัปดาห์ 2 วัน (S.D. = 18.26) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ 6 วัน (Late preterm) (ร้อยละ 71.3) ไม่เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 93.1) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.1) มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.53 kg/m<sup>2</sup> (S.D. = 5.38) กลุ่มที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5 - 22.9 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 47.5 และกลุ่มที่มีภาวะอ้วนระดับที่หนึ่ง (BMI = 25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 16.8 มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 43.6 โรคที่พบส่วนใหญ่ คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10.9 รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และปากมดลูกอักเสบ ร้อยละ 9.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 70.3) บุคคลที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด คือ แพทย์ (ร้อยละ 81.7) ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-13 วัน โดยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลระหว่าง 1-5 วัน ร้อยละ 92.1 (S.D. = 2.04)

3. ข้อมูลความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดเท่ากับ 7.46 (S.D. = 2.29) จากเกณฑ์การแบ่งระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 43.6) ส่วนคะแนนระดับต่ำพบร้อยละ 3.9 เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ปัญหาการนอน ( $\bar{x}$  = 2.02, S.D. = .82) รองลงมา คือ ความรู้สึกเบื่อ ( $\bar{x}$  = 1.74, S.D. = .83) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การไม่ยอมคบปะผู้คน ( $\bar{x}$  = .69, S.D. = .78)

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เท่ากับ 47.01 (S.D. = 5.26) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีโอกาสทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ( $\bar{x}$  = 3.74, S.D. = .46) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ( $\bar{x} = 3.48, S.D. = .72$ ) คะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเท่ากับ 57.18 ( $S.D. = 4.34$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3 ข้อ คือ การเข้าใจและใส่ใจความรู้สึก/ความไม่สุขสบายการรับฟังความคิดเห็น/ความรู้สึกและการดูแลด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ( $\bar{x} = 3.88, S.D. = .35$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวได้

ถูกต้อง ( $\bar{x} = 3.60, S.D. = .61$ ) และคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 55.04 ( $S.D. = 6.45$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความห่วงใยและดูแลเอาใจใส่ ( $\bar{x} = 3.89, S.D. = .34$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ( $\bar{x} = 3.40, S.D. = .72$ ) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $n = 101$ )

ตัวแปร	Range		$\bar{X}$	S.D.
	Possible	Actual		
ความเครียด	0 - 15	4 - 13	7.46	2.29
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	13 - 52	33 - 52	47.01	5.26
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	15 - 60	45 - 60	57.18	4.34
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	15 - 60	32 - 60	55.04	6.45

**4. ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด** พบว่าภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล สามารถร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 12.9 ( $R^2 = .129, F_{(3, 97)} = 4.77, p = .004$ ) โดยภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ( $\beta = .23, p = .01$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ( $\beta = .20, p = .04$ ) มีอิทธิพลทางบวกต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ( $\beta = -.27, p = .007$ ) และสามารถเขียนเป็นสมการวิเคราะห์ถดถอยในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานดังนี้

- สมการในรูปแบบคะแนนดิบ  

$$\text{ความเครียด} = 11.104 + 1.070(\text{ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์}) + .087(\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}) - .144(\text{การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล})$$
- สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน  

$$Z_{\text{ความเครียด}} = .232(Z_{\text{ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์}}) + .200(Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย}}) - .272(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล}})$$

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n = 101)

ตัวแปรที่ใช้พยากรณ์	b	SE	β	t	p
ค่าคงที่	11.104	3.127		3.551	.001
การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล	-.144	.052	-.272	-2.762	.007
ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์	1.070	.438	.232	2.443	.016
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.087	.043	.200	2.036	.045

$F_{(3,97)} = 4.77, R^2 = .129, \text{Adjusted } R^2 = .102, p = .004$

**อภิปรายผลการวิจัย**

1. ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 7.46, S.D. = 2.29$ ) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัญหาการนอน ( $\bar{x} = 2.02, S.D. = .82$ ) รองลงมาคือ ความรู้สึกเบื่อ ( $\bar{x} = 1.74, S.D. = .83$ ) และความรู้สึกหงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ ( $\bar{x} = 1.67, S.D. = .80$ ) ตามลำดับ เนื่องจากความเครียดเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและนำไปสู่การแสดงออกทางพฤติกรรม (Selye, 1976) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียด ร่างกายจึงแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น มีปัญหาการนอน ความรู้สึกเบื่อหน่ายและความรู้สึกหงุดหงิด ดังเช่นการศึกษาระดับความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ของชลธิลา ราบูรี, อุมารักษ์ ก้าวสิทธิ์ และรำไพ เกตุจิระโชติ (Raburee, Kuasit, & Ketjirachot, 2022) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขณะพักรักษาในโรงพยาบาลมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.34, S.D. = .68$ ) แต่มีความเครียดด้านสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.60, S.D. = .79$ ) นอกจากนี้ ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดและความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากความเครียดเป็นตัวกระตุ้น ร่างกายจะมีกลไกการตอบสนองต่อความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมี

ในร่างกาย มีการหลั่งของสาร catecholamine ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการหดตัวและเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องได้รับการรักษานานขึ้นจะนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ (Tuksanawes et al., 2020) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตร (ร้อยละ 43.6) ไม่เคยคลอดก่อนกำหนดมาก่อน (ร้อยละ 93.1) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.1) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5-22.9 Kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 47.5 และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะ โรคที่อาจส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 43.6) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่มีประสบการณ์ในการคลอดบุตรมาก่อน ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลและกลัวทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย รวมทั้งยังต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และต้องแยกจากครอบครัว ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด จึงมีการแสดงออกทางกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่อหน่ายและหงุดหงิดง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของอรนิต นิคม และศิริวรรณ บุตรหิน (Nikom & Buthin, 2021) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ( $r = .42, p < .05$ ) เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดร่างกายจะหลั่งสารชีวเคมีกระตุ้นทำให้มดลูกหดตัวมากขึ้นอาจนำไปสู่การเจ็บครรภ์

คลอดก่อนกำหนดได้ ดังการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนดมีความเครียดในขณะตั้งครรภ์สูงกว่ามารดาที่คลอดครบกำหนด ( $\bar{x} = 19.43 \pm 4.48$  vs  $= 12.08 \pm 4.06$ ,  $p < .001$ ) (Shapiro, Fraser, Frasc, & Seguin, 2013) โดยความเครียดในขณะตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด 1.2-2.1 เท่า (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020)

2. ปัจจัยทำนายความเครียดของสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้ร้อยละ 12.9 ( $R^2 = .129$ ,  $F_{(3, 97)} = 4.77$ ,  $p = .004$ ) ส่วนอายุครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไม่สามารถทำนายความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้

2.1 การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ( $\beta = -.27$ ,  $p = .007$ ) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บุคคลที่อยู่และให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด คือ พยาบาล หากพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในขณะที่รักษาในโรงพยาบาล อาทิ การให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้สตรีตั้งครรภ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไปจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความไว้วางใจ และรับรู้ว่าคุณเองไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ยังมีพยาบาลที่ให้การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ดังการศึกษานี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์มากที่สุด ได้แก่ความเข้าใจและการใส่ใจความรู้สึกหรือความไม่สุขสบายที่เกิดจากเจ็บครรภ์ ( $\bar{x} = 3.88$ , S.D. = .35) การรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกที่แสดงออก ( $\bar{x} = 3.88$ , S.D. = .35) และการให้

การพยาบาลด้วยสีหน้าและท่าทางที่เป็นมิตร ( $\bar{x} = 3.88$ , S.D. = .35) ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ได้แก่ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ข้อมูล และการบริการพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.41$ ,  $p < .001$ ) (Klomma, Baosoung, & Sansiriphun, 2017) เช่นเดียวกับ การศึกษาของตรีณา กฤษณสุวรรณ จันทิมา ขนบดี และศรีสมร ภูมณสกุณ (Kritsanasawan, Khanobdee, & Phumonsakul, 2016) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ( $r = -.25$ ,  $p < .05$ )

2.2 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ( $\beta = .23$ ,  $p = .01$ ) ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องรับการรักษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปากมดลูกอักเสบ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงโดยพบร้อยละ 9.9 ของกลุ่มตัวอย่าง หากควบคุมอาการของโรคไม่ได้ ความดันโลหิตสูงมากขึ้น หรือรุนแรงจนเกิดการชัก จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจที่ไม่สามารถควบคุมหรือยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อไปได้ จำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ จึงมีผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียดมากขึ้น ได้ดังเช่นการศึกษาพบว่า สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีความเครียดและความทุกข์ใจในระดับสูงกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ปกติ ( $\bar{x} = 20.05 \pm 7.25$  vs  $\bar{x} = 15.29 \pm 7.93$ ,  $p < .047$ ) (Hung et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์อายุมากพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความเครียด ( $X^2 = 10.28$ ,  $df = 2$ ,  $p = .006$ ) (Seatang, Kaewjiboon, & Rueankul, 2021)

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ( $\beta = .20, p = .04$ ) เนื่องจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะที่มีผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน แยกจากครอบครัว และวิตกกังวลว่าทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย (Hanko et al., 2020) สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และการได้รับขาระงับการหดตัวของมดลูกที่อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย (Phupong, 2013) หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดคร่ำครวญว่าการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเองมีอาการรุนแรงที่อาจนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดและทารกในครรภ์อาจได้รับอันตรายจากการคลอด จะทำให้สตรีตั้งครรภ์ มีความเครียดสูงขึ้นได้ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ( $\bar{x} = 3.74, S.D. = .46$ ) อาจเกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ และอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ( $\bar{x} = 3.71, S.D. = .47$ ) และทารกมีโอกาสเสียชีวิต ( $\bar{x} = 3.68, S.D. = .51$ ) จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติคุณ ต้นประดิษฐ์ และเกษมศรี แก้วเกียรติคุณ (Tanpradit & Kaewkiattikun, 2020) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด (AOR 1.31, 95% CI 1.20-1.44) นอกจากนี้ ผลการศึกษาของอัญชลี จิตราภิรมย์ จันทรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (Jitrapiroom, Chareonsanti, & Sriarpom, 2014) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ( $r = .40, p < .01$ )

2.4 อายุครรภ์ ไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.3 มีอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ 6 วัน (Late preterm) ซึ่งเป็นระยะของการตั้งครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.07 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 1-5 วัน รวมถึงได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 70.3 และเป็นการได้รับข้อมูลจากแพทย์ ร้อยละ 47.9 รวมทั้งเมื่อได้รับการรักษาในโรงพยาบาลยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการดูแลจากพยาบาลอย่างใกล้ชิด จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ มีความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุครรภ์มากกว่าและไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ( $r = .028, p = .78$ ) อายุครรภ์จึงไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังเช่น การศึกษาของชลธิลา ราบุรีและคณะ (Raburee et al., 2022) พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ( $X^2 = 1.84, p = .39$ ) สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุมาก พบว่า อายุครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ( $X^2 = .63, p = .72$ ) (Seatang et al., 2021)

2.5 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ไม่สามารถทำนายความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งของจากครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ความห่วงใยและดูแลเอาใจใส่ ( $\bar{x} = 3.89, S.D. = .34$ ) และการจัดหาสิ่งของ/เครื่องมือให้ ( $\bar{x} = 3.83, S.D. = .42$ ) ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัวที่น้อยที่สุด ได้แก่ คำปรึกษาและการหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาให้ศึกษา ( $\bar{x} = 3.40, S.D. = .72; \bar{x} = 3.42, S.D. = .73$ ) จึงอาจไม่ตอบสนองกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่แบบไม่จดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 73.3) มีรายได้ของครอบครัวค่อนข้างน้อย (< 20,000 บาท/เดือน) ร้อยละ 54.4 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.7 เมื่อสตรีตั้งครรภ์ต้องรักษาในโรงพยาบาลสมาชิกในครอบครัวจึงต้องทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัวเพิ่มขึ้นและในช่วงการเก็บข้อมูลวิจัยยังคงมีการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าเยี่ยม สตรีตั้งครรภ์ต้องฝากทรัพย์สินของมีค่า เช่น เงิน โทรศัพท์ คินญาตี เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงมีญาติจำนวนน้อยที่มีการติดต่อ

กับสตรีตั้งครรภ์ผ่านทางโทรศัพท์สายในของโรงพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงไม่สามารถทำนาย ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดได้อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่าง จากการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะ จากสามีและครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ( $r = -.50, p < .001$ ) (Iranzad et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาของพินทร์พจน์ พรหมเสน จันทรัตน์ เจริญสันติ และพรหมพิไล ศรีอิทธิธรรม (Phrommasen, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของสตรี ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ( $r = -.350, p < .01$ )

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ การคัดเลือก และจังหวัดที่ศึกษาเป็นพื้นที่การเกษตรและ ท้องถิ่นที่มีรายได้ของแรงงานเข้ามาทำงาน กลุ่มตัวอย่าง จึงมีการประกอบอาชีพค้าขาย เกษตรกรรม และรับจ้าง ทั่วไป รวมทั้งมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มากขึ้น จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ ในกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขต อุตสาหกรรมและสังคมเมือง เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไป พัฒนาโปรแกรมลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการสนับสนุนทาง สังคมจากพยาบาล
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้การ สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตลอดจนขอบคอบ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Department of mental health. (2016). *Stress test questionnaire*. Retrieved 1 October 2023. from <https://dmh.go.th/test/>
- Hanko, C., Bittner, A., Junge-Hoffmeister, J., Mogwitz, S., Nitzsche, K., & Weidner, K. (2020). Course of mental health and mother-infant bonding in hospitalized women with threatened preterm birth. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 301*(1), 119-128. doi:10.1007/s00404-019-05406-3.
- Health Administration Division. (2021). *Report on Service Plan, Mother and Child Branch, low birth weight birth rate, district level*. Retrieved 15 October 2021, from <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr?year=2020>
- Heather, J. C. L., Trace, S. K., Valerie, A. E., Kimberly, A. Y., Haiqun, L., & Jeannette, R. L. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *NIH public access author manuscript, 33*(9), 1033-1045. doi:10.1037/a0034586.
- Hung, H. Y., Su, P. F., Wu, M. H., & Chang, Y. J. (2020). Status and related factors of depression, perceived stress, and distress of women at home rest with threatened preterm labor and women with healthy pregnancy in Taiwan. *Journal of Affective Disorders, 280*(Pt A), 156-166. doi: 10.1016/j.jad.2020.10.062.
- Iranzad, I., Bani, S., Hasanpour, S., Mohammadalizadeh, S., & Mirghafourvand, M. (2014). Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran-Tabriz. *Journal Caring Sciences, 3*(4), 287-295. doi:10.5681/jcs.2014.031.

- Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, Uncertainty and Stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal, 41*(1), 50-61. [In Thai]
- Klomma, C., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2017). Effect of social support on stress of pregnant women with preterm labor. *Nursing Journal, 44*(3),9-18. [In Thai]
- Kritsanasuwan, T., Khanobdee, C., & Phumonsakul, S. (2016). *The relationships between selected factors, stress, and coping of pregnant women with gestational diabetes mellitus*. Master Thesis (Nursing), Mahidol University, Nakhon Pathom. [In Thai]
- Lilliecreutz, C., Laren, J., Sydsjo, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*(5), 1-8.
- Medical record and statistics. (2020). *Annual statistical report*. Chanthaburi: Phrapokklao Hospital. [In Thai]
- Nikom, O., & Buthin, S. (2021). Sleep quality and factors associated with sleep quality in the third trimester of pregnant women. *Regional health promotion center 9 journal, 15*(38), 719-731. [In Thai]
- Phrommasen, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2019). Hardiness, Social support, and Stress among gestational diabetes women. *Nursing Journal, 46*(3), 169-180. [In Thai]
- Phupong, V. (2013). *Maternal-fetal medicine*. Samut sakhon: Pimdee. [In Thai]
- Raburee, C., Kuasit, U., & Ketjirachot, R. (2022). Factors related to stress level in pregnant women with preterm labor while staying in hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal, 14* (3),267-281. [In Thai]
- Seatang, O., Kaewjiboon, J., & Rueankul, T. (2021). Stress and factors related to stress among elderly pregnancy. *Journal of Nursing and Health Research, 22*(3), 71-83. [In Thai]
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill book Company.
- Shapiro, G. D., Fraser, W. D., Frasch, M. G., & Seguin, J. R. (2013). Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine, 41*(6), 631-645. doi:10.1515/jpm-2012-0295.
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N., & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 28-48. [In Thai]
- Tanpradit, K., & Kaewkiattikun, K. (2020). The effect of perceived stress during pregnancy on preterm birth. *International Journal of Women's Health, 12*, 287-293. doi:10.2147/IJWH.S239138.
- Tuksanawes, P., Kaewkiattikun, K., & Kerdcharoen, N. (2020). Prevalence and associated factors of antenatal depressive symptoms in pregnant women living in an urban area of Thailand. *International Journal of Women's Health, 12*, 849-858. doi:10.2147/IJWH.S278872.
- Van Zijl, M. D., Koullali, B., Mol, W. B., Pajkrt, E., & Oudijk, M. A. (2016). Prevention of preterm delivery: current challenges and future prospects. *International Journal of Women's health, 8*, 633-645. doi:10.2147/IJWH.S89317.
- World Health Organization. (2020). *Preterm birth*. Retrieved 9 October 2023. from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

## บทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Effects of a Health Literacy Enhancement Program and Health Behavior on Health Behavior and Blood Glucose Level among High Risk Pregnant Women of Gestational Diabetes Mellitus

เพ็ญนภา คำมินเสก (Pennapa Dumminsek)\*  
เบญจมาภรณ์ นาคามดี (Benchamaphorn Nakamadee)\*  
จิตตระการ สุกรรดี (Jitrakarn Sukdee)\*  
อัญชติ รุ่งฉาย (Anchalee Rongchay)\*  
นุโรม จุ้ยพ่วง (Nurome Juiphuang)\*\*  
จารึก รวบยอด (Jaruk Roubyod)\*\*

Received: December 14, 2023

Revised: January 17, 2024

Accepted: April 18, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแนวคิดของนักปราชญ์ร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล คือหลัก 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ลด (ควบคุมการเพิ่มของน้ำหนัก สูบบุหรี่งดแอลกอฮอล์) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ กรกฎาคม ถึงกันยายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบที่กข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกค่าระดับน้ำตาล นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมาหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired samples t-test และ Independent t-test ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 9.01, p < .05$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าระดับ

น้ำตาลในเลือดเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.98, p < .05$ ) จะเห็นได้ว่า บุคลากรควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติและผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, พฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือด

### Abstract

This study was quasi-experimental research. The purpose of this research is to investigate the effects of a health literacy enhancement program and health behavior on health behavior and blood glucose level among high risk pregnant women of gestational diabetes mellitus. The participants were people aged of 18 or more at risk of gestational diabetes mellitus, who received antenatal care at the BuddhachinarajPhitsanulok Hospital, Phitsanulok. The sample of 60 person were assigned into the control group and the experimental group with 30 in each group. The experimental group received the Health Literacy Enhancement Program and Health Behavior Praboromarajchanok Model and control group received routine care. The study duration was between July to September 2023. Research instrument were conducted as questionnaires divided into three parts: Personal information record form, Health Behavior Praboromarajchanok Model Questionnaire and blood glucose record form. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability of Health Behavior Praboromarajchanok Model questionnaire and a value of .84. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. (paired t-test, independent t-test). Analysis of average health behavior and blood glucose level

The results showed that after receiving in the program, the experimental group had significantly higher mean scores of health behavior than before receiving the program and their scores were also higher than the control group ( $t = 9.01, p < .05$ ). The experimental group had significantly a lower blood glucose level than the control group ( $t = -3.98, p < .05$ ). The findings suggest that health literacy development should be provided for high risk pregnant women of gestational diabetes mellitus. This results in more appropriate changes in health behavior, which may affect normal blood glucose level and good health outcome.

**Keyword:** Health literacy, Pregnant women at risk of gestational diabetes mellitus, Health behavior, Blood glucose level

\*\*\*Corresponding author: Nurome Juiphuang; Email: nurome@bcnb.ac.th

\*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute)

\*\*พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลพุทธชินราช พิชญ์โลก (Registered Nurse, Professional Level, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) พบอุบัติการณ์ทั่วโลกถึงร้อยละ 16.7 หรือ 21.1 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2021) และคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2573 อาจสูงขึ้นถึง 313.3 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงสุดจากทั่วโลก โดยพบถึงร้อยละ 24.2 จากหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตรทั้งหมด 6.9 ล้านคนและพบความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 25.9 (IDF, 2021) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 2.6-7 (Division of Medical Record Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2014) อีกทั้ง จากรายงานเวชระเบียนของแผนกฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า อัตราหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 588, 607 และ 876 รายตามลำดับ และอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 897, 1,203 และ 1,166 ราย (Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 2022) จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต มักเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากมีความทนต่อระดับน้ำตาลกลูโคสลดลง ซึ่งเป็นผลจากการต้านฤทธิ์การทำงานของอินซูลินและการทำงานของฮอร์โมนและเอนไซม์ที่สร้างจากรก ได้แก่ ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน (Human placental lactogen) เอสโตรเจน (Estrogen) โปรเจสเตอโรน (Progesterone) โปรแลคติน (Prolactin) เอนไซม์อินซูลินเนส (Insulinase) และต่อมหมวกไตของทารก (Cortisol) จึงส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่างกายต้องสร้างอินซูลินมากขึ้นทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างอินซูลินและน้ำตาลตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น (Youngwanichsetha, 2016) และเกิดภาวะคีโตอินซูลินในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์และสูงสุดช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบของโรคต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ผลกระทบดังกล่าวมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด (Cunningham et al., 2018) ภาวะน้ำคร่ำมาก ตกเลือดหลังคลอดจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดีหรือการฉีกขาดของช่องคลอด การติดเชื้อในช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะ (Youngwanichsetha, 2016) ส่วนผลกระทบต่อทารกพบว่ามักเกิดการบาดเจ็บจากการคลอด และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำภาวะตัวเหลืองค่า APGAR ทารกแรกเกิดต่ำ (Muche, Olayemi, & Gete, 2019) และมีโอกาสเกิดโรคอ้วนของเด็กในอนาคต (Cunningham et al., 2018)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มักชอบรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน (Suwannarat, Tachasukri, & Siriarunrat, 2019) ส่งผลต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากกว่าเกณฑ์ ในระยะตั้งครรภ์อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย หรือไม่ออกกำลังกาย (Limruangrong, Boriboonhirunsarn, Puangsricharern, & Pinitlertsakun, 2016) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตได้ถึงร้อยละ 8.4 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 3.3 (Cho, Park, Lee, Yoo, Shin, & Oh, 2016) ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี มีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถึง 16.26 เท่า ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน 16.44 เท่าและภาวะโภชนาการเกิน 13.05 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ปกติ (Harinsalai, 2022) ซึ่งการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จะสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ สามารถป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นแนวคิดในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ

และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและคงรักษาให้เกิดสุขภาพที่ดี องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 6 องค์ประกอบ คือ ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media literacy) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision skill) และการจัดการสุขภาพของตนเอง (Self-management) (Nutbeam, 2008) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) (Jangsavang, Siriarunrat, & Tachasukri, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มากขึ้น (Rattanawarang & Chantha (2018) ทั้งนี้ความรอบรู้เป็นทักษะส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้ รวมถึงการมีทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพเหมาะสม และสามารถจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Narkbubpha, Thungtin, & Nuchanart, 2021)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรัง โดยใช้การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส (สูบบุหรี่ สุรา) เพื่อลดอุบัติการณ์เกิดโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนก ได้มีการกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ลด. (ลดเหล้าลดบุหรี่ลดอ้วน) โดยเน้นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังเช่นกัน และจากการ

ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 252 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารมากกว่าปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากถึง 3.3 เท่า (95%CI = 1.71-6.35,  $p < .05$ ) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มีโอกาสเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ 1.099 เท่า (95%CI = 1.028-1.176,  $p < .05$ ) (Limruangrong et al., 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายด้านการรับประทานอาหารด้านการจัดการความเครียด และด้านการควบคุมน้ำหนัก (Phetcharak, Mayukhachot, Tewasekson, Wannakeaw, & Chitjumnong, 2021) เห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมขาดการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น การนำแนวคิดของสถาบันพระบรมราชชนกหลัก 3อ. และ 3ลด. มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารและออกกำลังกายได้เหมาะสมสามารถควบคุมน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์ให้เพิ่มตามเกณฑ์ป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการให้ความรู้แต่ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากยังขาดการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและค้นหาข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้องขาดทักษะการตัดสินใจในการเลือกรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนเกิดความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร รวมถึงการเลือกตัดสินใจในการดูแลสุขภาพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง จึงจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ป้องกัน

การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของสภช.โมเดล ต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

**วัตถุประสงค์**

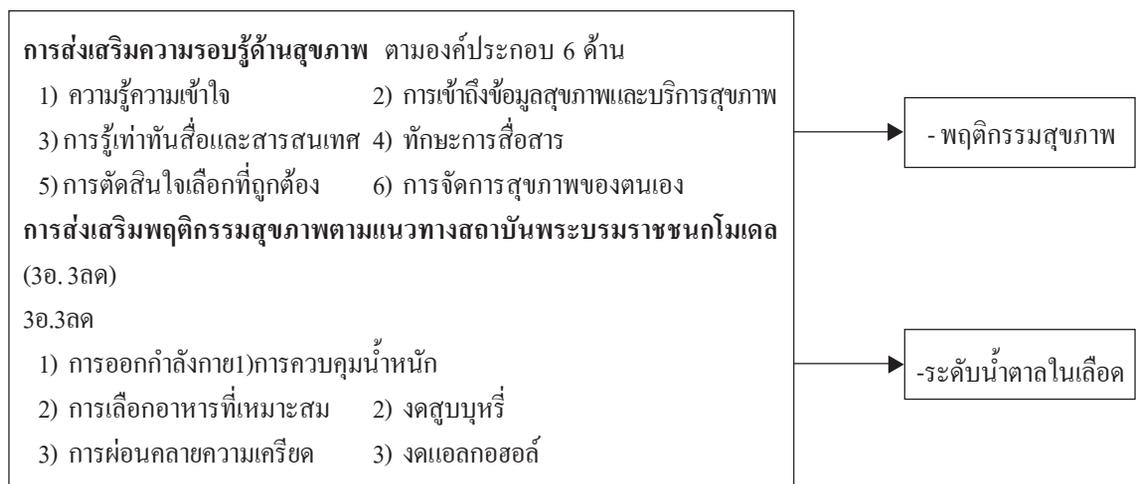
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสถาบันพระบรมราชชนกโมเดลเป็นตัวแปรต้น และตัวแปรตามคือ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด จากแนวคิดดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมและมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ (1 กรกฎาคม-30 กันยายน 2566)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 60 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามเกณฑ์ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2023) และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ อายุ > 35 ปี, ค่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน, เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์, เคยคลอดทารกน้ำหนัก > 4,000 กรัม, เคยคลอดทารกตายในครรภ์หรือมีความพิการ หรือตรวจพบระดับน้ำตาลในปัสสาวะ > + 1 และได้รับการคัดกรองหรือวินิจฉัยว่าไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธี 50g. GCT โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึง 20 สัปดาห์ 3) ไม่เป็นโรคหัวใจ, โรคไต หรือโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนการตั้งครรภ์ 4) สามารถอ่าน เขียนและฟังภาษาไทยได้ 5) มีการใช้แอปพลิเคชันหรือโทรศัพท์มือถือในการติดต่อสื่อสาร และ 6) สมารถให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้อ้างอิงจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ของคลอว์น โรจันนาวะรี (Rojnawaseree, 2018) จำนวน โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ขนาดอิทธิพล .80 โดยกำหนดค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ .05 และระดับอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คนต่อกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2008) จึงได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล (3อ.3ลด.) ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ของนันทิเบม (Nutbeam, 2008) กับหลัก 3อ.3ลด. ของ สบช. โมเดล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการสุขภาพและการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรู้เท่าทันสื่อผ่านคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และ 4) การติดตามการจัดการสุขภาพของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรสอายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โรคประจำตัวรายได้ของครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ชุดที่ 2 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์โดยการดื่มน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม (50g. GCT) ก่อนเข้าโปรแกรม และหลังเข้าโปรแกรมตรวจช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ตามแนวทางการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม สบช. โมเดล 3อ. 3ลด. ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รวมจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก 20 ข้อ และคำถามเชิงลบ 10 ข้อ โดยวัดเป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้ ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์ 5 คะแนน, ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์ 4 คะแนน, ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์ 3 คะแนน, ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ 1 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ สื่อวิดีโอทัศน์ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ตีพิมพ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก (HREC No.098/2566, COA No. 091/2566 ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2566) และได้มีการชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจมีการรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและผลการวิจัยเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประชุมทีมวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการวิจัยและทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลถึง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยผู้วิจัยมีพยาบาลประจำของแผนกฝากครรภ์ ประกาศรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยและอธิบายรายละเอียดเบื้องต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ที่สนใจสมัครเข้าร่วม โครงการวิจัยเพื่อคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยก่อนเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้หญิงตั้งครรภ์ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเก็บข้อมูลและติดตามข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2566-30 กันยายน 2566

### ขั้นตอนการทดลองสำหรับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 30. 3ลด. และรวบรวมค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากสมุดฝากครรภ์ลงแบบบันทึก ก่อนให้เข้าร่วมโปรแกรม

### ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3-4)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสพบข. โมเดล 30. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์) 3ลด. (ควบคุมการเพิ่มของน้ำหนักงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์งดสูบบุหรี่) พร้อมแนะนำการเข้าถึงเว็บไซต์ เพจต่างๆ ที่ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 2 จัดโปรแกรมการสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการสุขภาพและการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดูแลสุขภาพ จากหญิงตั้งครรภ์ต้นแบบที่มีประสบการณ์ภาวะเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 3 จัดโปรแกรมการรู้เท่าทันสื่อ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาความรู้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผ่านคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล และจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพ และเป็นช่องทางให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

**ขั้นตอนที่ 3** (สัปดาห์ที่ 6) หลังเข้าโปรแกรมเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 30. 3ลด. และให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 30. 3ลด. และติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดจากผลการตรวจคัดกรอง ในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ตามแนวทางการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสมุดฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง และลงในแบบบันทึกค่าน้ำตาล

## ขั้นตอนการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** (สัปดาห์ที่ 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม แนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 30, 3ลด. และรวบรวมค่าระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากสมุดฝากครรภ์ลงแบบบันทึก

**ขั้นตอนที่ 2** (สัปดาห์ที่ 3-4) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัดเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์

**ขั้นตอนที่ 3** (สัปดาห์ที่ 6) หลังเข้า โปรแกรมเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามให้ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 30, 3ลด. และติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ตามแนวทางการคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และลงในแบบบันทึกค่าน้ำตาล พร้อมมอบคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล และสอนวิธีการใช้เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจครรภ์ตามนัด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและการวิเคราะห์ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired samples t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติทดสอบที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่เข้าโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 29.77 ปี (S.D. 6.47) โดยอายุอยู่ในช่วง 30-35 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 30.0 ที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก และอายุครรภ์ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 17-20 สัปดาห์ รองลงมาคือ 13-16 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 50 และ 26.7 ตามลำดับ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก และครรภ์ที่สองคิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 23.3 ตามลำดับ ระดับศึกษามีมัธยมศึกษาสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ ปริญญาตรีและอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 20 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.7 รองลงมา คือ ลูกจ้างบริษัท รับจ้างทั่วไปและนักศึกษา ร้อยละ 13.3 เท่ากัน สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพบว่ารายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 40 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่า มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ หญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน > 2 ปัจจัย คิดเป็นร้อยละ 20 ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปีร่วมกับญาติสายตรงเป็นเบาหวานพบมากที่สุด 4 ราย และดัชนีมวลกาย > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตรร่วมกับครรภ์ก่อนเป็นเบาหวานพบ 2 ราย

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 29.47 ปี (SD 6.73) พบว่า อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25-29 ปีและ 30-35 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และอายุครรภ์ของกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 17-20 สัปดาห์ ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ อายุครรภ์ 13-16 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.3 จำนวนครั้งที่ครรภ์ที่สองคิดเป็น ร้อยละ 4 และ 30 ตามลำดับ ระดับ

การศึกษาของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ อนุปริญญาและมีธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.7 เท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.7 รองลงมาคือ ก้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 20 รายได้ของครอบครัวพบว่าอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 33.3 สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุม พบว่า มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกาย >30 กิโลกรัม/

ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 23.3 และพบมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน > 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุมากกว่า 35 ปี ร่วมกับญาติสายตรงเป็นเบาหวานพบ 2 ราย และดัชนีมวลกาย >30 กิโลกรัม/ตารางเมตรร่วมกับญาติสายตรงเป็นเบาหวานพบ 1 ราย

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี)			
< 20 ปี	3 (10)	3 (10)	.937
20-24	3 (10)	5 (16.7)	
25-29	8 (26.7)	8 (26.7)	
30-35	9 (30)	8 (26.7)	
> 35 ปี	7 (23.3)	6 (20)	
อายุครรภ์			
≤ 12 สัปดาห์	7 (23.3)	4 (13.3)	.509
13-16 สัปดาห์	8 (26.7)	10 (33.3)	
17-20 สัปดาห์	15 (50)	16 (53.3)	
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์			
ครรภ์แรก	16 (53.3)	12 (40)	.147
ครรภ์ที่ 2	7 (23.3)	9 (30)	
ครรภ์ที่ 3	6 (20)	7 (23.3)	
ครรภ์ที่ 4 หรือมากกว่าขึ้นไป	1 (3.3)	2 (6.7)	.509
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	3 (10)	2 (6.7)	.520
มัธยมศึกษา	11 (36.7)	8 (26.7)	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	6 (20)	8 (26.7)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	10 (33.3)	12 (40)	

## ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>อาชีพ</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (แม่บ้าน)	11 (36.7)	8 (26.7)	.768
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	2 (6.7)	6 (20.)	
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1 (3.3)	2 (6.7)	
ลูกจ้างบริษัท/ห้างร้าน	4 (13.3)	4 (13.3)	
เกษตรกร (ทำไร่, ทำนา, ทำสวน)	1 (3.3)	1 (3.3)	
รับจ้างทั่วไป	4 (13.3)	2 (6.7)	
นักเรียน/นักศึกษา	4 (13.3)	3 (10)	
ข้าราชการ	3 (10)	4 (13.3)	
<b>สถานภาพสมรส</b>			
สมรส	13 (43.3)	18 (60)	.292
หย่า/หม้าย	1 (3.3)	0	
โสด (ไม่ได้จดทะเบียน)	16 (53.3)	12 (40)	
<b>รายได้ของครอบครัว (รายได้รวมของทุกคนในครอบครัว)</b>			
น้อยกว่า/เท่ากับ 10,000 บาท	12 (40)	9 (30)	.214
10,001-20,000 บาท	9 (30)	7 (23.3)	
20,001-30,000 บาท	6 (20)	10 (33.3)	
มากกว่า 30,000 บาท	3 (10)	4 (13.3)	
<b>ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์</b>			
อายุมากกว่า 35 ปี	3 (10)	4 (13.3)	.391
ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน	16 (53.3)	15 (50)	
ดัชนีมวลกาย > 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร	4 (13.3)	7 (23.3)	
ครรภ์ก่อนเป็นเบาหวาน	1 (3.3)	1 (3.3)	
มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเท่ากับ 2 ข้อ	6 (20)	3 (10)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตามแนวคิดสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล (3อ. 3ลค.) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมหลังการได้รับโปรแกรม รวมถึงพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกและการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด และ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่พฤติกรรมการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการเลือกและการ

รับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด พฤติกรรมการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ( $n = 60$ ) จำแนกเป็นพฤติกรรมรายด้าน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
1.พฤติกรรมเลือกและการรับประทานอาหาร	31.33	4.66	38.40	4.23	5.82	< .001*
2.พฤติกรรมออกกำลังกาย	20.87	6.42	29.47	7.70	5.40	< .001*
3.พฤติกรรมจัดการอารมณ์/ความเครียด	16.13	2.66	20.63	2.34	7.12	< .001*
4.พฤติกรรมควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	3.97	2.36	4.93	2.89	1.84	.075
5.พฤติกรรมสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์	12.47	2.71	14.80	0.48	4.96	< .001*
พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม	84.77	9.49	108.70	9.27	10.32	< .001*
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
1.พฤติกรรมเลือกและการรับประทานอาหาร	30.43	4.71	31.67	4.29	1.36	.185
2.พฤติกรรมออกกำลังกาย	21.87	9.01	22.13	4.58	0.16	.875
3.พฤติกรรมจัดการอารมณ์/ความเครียด	16.97	2.51	17.23	2.94	0.43	.670
4.พฤติกรรมควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	4.03	2.34	3.97	1.94	-0.14	.893
5.พฤติกรรมสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์	11.77	3.92	13.63	0.85	2.55	.013
พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม	85.07	7.90	88.63	7.92	1.75	.086

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการเลือกและการรับประทานอาหาร พฤติกรรม

ออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์/ความเครียด และพฤติกรรมสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพบว่าการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 60) จำแนกเป็นพฤติกรรมรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร	38.40	4.23	31.67	4.29	6.12	< .001*
2.พฤติกรรมออกกำลังกาย	29.47	7.70	22.13	4.58	4.48	< .001*
3.พฤติกรรมจัดการอารมณ์/ความเครียด	20.63	2.34	17.23	2.94	4.95	< .001*
4.พฤติกรรมควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก	4.93	2.89	3.97	1.94	1.52	.133
5.พฤติกรรมสูบบุหรี่/การดื่มแอลกอฮอล์	14.80	0.48	13.63	0.85	6.53	< .001*
พฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม	108.70	9.27	88.63	7.92	9.01	< .001*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p < .05) (ตารางที่ 4) จากการติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด 155 mg% ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 100 mg% ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงสุด = 175 mg% ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 124 mg% ซึ่งค่ามากกว่ากลุ่มทดลอง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 140 mg% จะมีการนัดหมายเพื่อทำ OGTT ต่อไป

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 60)

ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนทดลอง	143.57	25.37	144.40	21.48	0.14	.891
หลังทดลอง	144.67	14.80	130.13	13.44	-3.98	< .001*

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร ผลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อายุ อายุครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพถูกต้อง และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2. เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรายด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่าก่อนเข้าโปรแกรมแสดงให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ขั้นตอน ร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง สบข.โมเดล (3อ. 3ลด.) มีกิจกรรมดังนี้ 1) กิจกรรมการ "รู้เท่าทัน เบาหวานขณะตั้งครรภ์" ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานและสามารถเลือกปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านเพจเฟซบุ๊กของอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกฯ ที่มีการให้ความรู้สำหรับหญิงตั้งครรภ์เบาหวาน ได้แก่ วิดีโอสอนการออกกำลังกาย รวมถึงวิดีโอสอนทำอาหารมีน้ำตาลน้อยเหมาะกับหญิงตั้งครรภ์ 2) กิจกรรมการสื่อสารทางสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์จะได้ฝึกการสื่อสารสอบถาม แลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มและกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกัน และฝึกทักษะการตัดสินใจในการเลือกวิธีการปฏิบัติตัวตาม 3อ. 3ลด. ที่เหมาะสม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและเกิดแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องมากขึ้น 3) กิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อ โดยการแจกคู่มืออิเล็กทรอนิกส์เป็นภาพสีพร้อมคำบรรยายและดูแบบออนไลน์ได้ตลอดเวลาที่ต้องการนอกจากนี้ยังได้จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการสอบถามและเข้าถึงพฤติกรรม การเลือกและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของตนเองเองที่ได้ปฏิบัติร่วมกันนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้ด้านสุขภาพตาม 6 องค์ประกอบ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้

พัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพป้องกันตนเองจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งด้านการเลือกและการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย สอดคล้องการศึกษาของกนกทอง จาคูรงค์โชคและคณะ (Jaturongkachock, Intarasn, & Plodpluang, 2023) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ( $t = 3.57, p < .05$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของชนาสีทิพย์ วิจิตรพันธ์ (Wijitraphan, 2020) พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

3. เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่าโปรแกรมนี้เป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์เกิดทักษะการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นได้และสอบถามข้อสงสัยผ่านกลุ่มไลน์สามารถสืบค้นข้อมูลทางสุขภาพที่ต้องการ เกิดทักษะการตัดสินใจในการเลือกรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงได้ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาการผิดปกติและแนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างเดี๋ยวยสอดคล้องกับการศึกษาของบุญญูธิธา ยาอินทร์ (Ya-in, 2021) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.973, p < .05$ ) และการศึกษาของเกษร แก้วผุดผ่อง

(Kaewpudpong, 2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์เบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 10.13, p < .01$ ) ดังนั้น การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้เกิดการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Nutbeam, 2008) การควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างกลุ่มพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อาจมาจากหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับประเมินน้ำหนักทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เพื่อติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์และพยาบาลประจำแผนก และหญิงตั้งครรภ์ต้องการให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามปกติระหว่างตั้งครรภ์ เนื่องจากส่งผลต่อน้ำหนักทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและคลอดครบกำหนด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับทารกในครรภ์ (Dankhonsakul, 2022)

4. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่าอาจเป็นผลมาจากการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ประยุกต์ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 3ลด. ผู้วิจัยได้เน้นให้ความสำคัญเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรต เน้นโปรตีนและกระตุ้นให้การออกกำลังกายระดับปานกลาง ซึ่งช่วยทำให้กล้ามเนื้อสามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น ลดภาวะคืออินซูลิน (Insulin) และช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ (Youngwanichsetha, 2016) อีกทั้งฝึกบริหารอารมณ์สามารถช่วยลดความเครียด ทำให้ออร์โมนคอร์ติซอลลดลง ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้เช่นกัน (Pechosombut & Kaekaen, 2017) จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการตัดสินใจที่ดีขึ้น เลือกปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Jangsavang et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกทอง จาคูรงค์ โชคและคณะ (Jaturongkachock et al., 2023) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์

ปกติอีกทั้งมีการติดตามเป็นระยะเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านทางไลน์ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนหรือสอบถามข้อสงสัยและเป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล สามารถนำผลหรือรูปแบบโปรแกรมไปปรับใช้ในการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้หรือนำรูปแบบโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงอื่นได้

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพร่วมการส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. 3ลด. ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคอื่นๆ

3. ด้านการศึกษา ประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมดังกล่าว ให้เป็นส่วนหนึ่งในการเรียนการสอนหรือการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อให้นักศึกษาเห็นความสำคัญและได้เรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และติดตามผลถึงระยะก่อนคลอด เพื่อติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดและวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่น ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักหญิงตั้งครรภ์ ระดับความเครียด เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธิชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ช่วยให้คำแนะนำ  
แนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้  
ด้วยดี และขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล  
พุทธชินราช และหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ และเจ้าหน้าที่  
ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนิน  
การวิจัย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็น  
เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ  
วิจัยจนสำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. (2022). *Annual Report 2022* : Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital. Phitsanulok: Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.
- Cho, G. J., Park, J. H., Lee, H., Yoo, S., Shin, S. A., & Oh, M. J. (2016). Prepregnancy Factors as Determinants of the Development of Diabetes Mellitus After First Pregnancy. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 101(7), 2923-2930. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-3761>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams Obstetrics* (25<sup>th</sup> ed.). McGraw-Hill Education.
- Dankhonsakul, K. (2022). Effect of suboptimal gestational weight gain on pregnancy and neonatal outcomes in Kumpawapi hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(1), 139-150. [In Thai].
- Division of Medical Record Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2014). *Statistical Report 2014*: Siriraj Hospital. Bangkok: Division of Medical Record Siriraj Hospital.
- Harinsalai, T., (2022). Maternal and Neonatal Outcomes in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Compared Pregnant Women Without Gestational Diabetes Mellitus in Kumphawapi Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(1), 1 31-138. [In Thai]
- International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 10<sup>th</sup> edn. Brussels, Belgium: 2021. Available at: <https://www.diabetesatlas.org>.
- Jangsavang, S., Siriarunrat, S., & Tachasukri, T. (2020). Factors Predicting Blood Glucose Control Behavior among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 79-89. [In Thai]
- Jaturongkachock, K., Intarasn, T., & Plodpluang, U. (2023). The Development of Health Literacy Model for Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus in Banpong Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 42(3), 431-444. [In Thai]
- Kaewpudpong, K. (2018). Effects of Self-care Promoting Program Toward Self Care Behavior Among Gestational Diabetic Women. *Region 11 Medical Journal*, 32(1), 907-918. [In Thai]
- Limruangrong, P., Boriboonhirunsarn, D., Puangsricharem, A., & Pinitlertsakun, O. (2016). Factors Influencing the Occurrence of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women with Abnormal Glucose Challenge Test. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 58-69. [In Thai]
- Muche, A. A., Olayemi, O. O., & Gete, Y. K. (2019). Prevalence and determinants of gestational diabetes mellitus in Africa based on the updated international diagnostic criteria: a systematic review and meta-analysis. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 77, 36. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0362-0>

- Narkbubpha, R., Thungtin, P., & Nutchant, S. (2021). The nursing roles and the implementation of communication approach for health literacy promotion in mothers with Gestational Diabetes Mellitus. *Hua Hin Medical Journal*, 1(1), 49-63. [In Thai]
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Pechosombut, R., & Kaekaen, P. (2017). The study of reducing stress level in type 2 diabetes patients by modified brain fitness program. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 13(1), 11-26. [In Thai]
- Phetcharak, K., Mayukhachot, S., Tewasekson, N., Wannakeaw, Y., & Chitjumnong, F. (2021). Factors associated Behavior Prevention and Behavior Prevention of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(1), 11-21. [In Thai]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (8<sup>th</sup> ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima*, 24(2), 34-51. [In Thai]
- Rojnawaseree, D. (2018). The Effect of Health Promotion and Spouse Support to the Blood Glucose Level and Health Promoting Behaviors in Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(3), 47-57. [In Thai]
- Suwannarat, K., Tachasuksri, T., & Siriarunrat, S. (2019). Effects of a self-management support program on diabetes self-management behavior and blood sugar level in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklap Nursing College*, 30(2), 1-13. [In Thai]
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). *Prenatal Care*. Retrieved 1 May 2023 from <https://www.rtcog.or.th/content/viewid/276>.
- Wijitraphan, T. (2020). Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Promoting Program in Risk Group of Diabetes Mellitus at Thung Siao Primary Care Cluster, Sanpatong District, Chiangmai Province. *Journal of Health Science*, 29(4), 618-624. [In Thai]
- Ya-in, B. (2021). The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Self-Care Behaviors of Patients with Uncontrolled Diabetes type II, Chumsaeng Hospital in Nakhonsawan Province. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(1), 35-48. [In Thai]
- Youngwanichsetha, S. (2016). *Nursing Care of Pregnancy Women with Diabetes Mellitus*. Bangkok: Sahamitpattana. [In Thai]

## บทความวิจัย

### การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด Development of Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Patients Undergoing Open Heart Surgery

ธนัทพร จันทร์ศิริ (Tanutphorn Junsiri)\*

วาราวรรณ อุคมความสุข (Warawan Udomkhwamsuk)\*\*

นัทธมน วุฒธานนท์ (Nuttamon Vuttanon)\*\*\*

Received: December 16, 2023

Revised: January 17, 2023

Accepted: March 4, 2024

#### บทคัดย่อ

ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ จำเป็นต้องได้รับการจัดการที่เหมาะสม การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) พยาบาลผู้ชำนาญการ 3 คน และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และ 4) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวด 2) การประเมินความปวด สาเหตุความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 3) การประเมินผลหลังการจัดการความปวด 4) การปรับขนาดยาตามแผนการรักษาหรือเปลี่ยนวิธีการระงับปวดตามระดับความปวด 5) การจัดการกับผลข้างเคียงจากยาระงับปวด และ 6) การติดตามผลการจัดการความปวดและบันทึกคะแนนความปวด ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ผู้ป่วยมีความรุนแรงของความปวดและมีการรบกวนจากความปวดในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง เกิดประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย และควรนำไปศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อไป

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

## Abstract

Pain after open heart surgery impacts patients physically and mentally, necessitating effective management. This developmental research aimed to develop clinical practice guidelines (CPGs) for pain management among patients undergoing open heart surgery. The study framework was based on the development of CPGs recommended by the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1999). The participants consisted of 1) 3 nurses using the CPGs, and 2) 3 patients undergoing open heart surgery. Data collection instruments included: 1) a demographic data record form, 2) a pain assessment form on postoperative cardiac surgery with reliability index of 0.84, 3) a questionnaire on patient satisfaction with pain management with reliability index of 0.83 and 4) a questionnaire on feasibility of CPGs. Data were analyzed using descriptive statistics include frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the CPGs for pain management among patients undergoing open heart surgery consisted of 1) preoperative patient assessment and pain management education; 2) pain severity assessment, cause of pain and postoperative pain management; 3) evaluation after pain management; 4) dosage adjustment according to treatment plan or change of pain management method according to pain severity; 5) managing pain medication side effects; and 6) monitoring of pain management and documentation of pain score. The feasibility for implementation was at a high level. Patients have lower incidence of mild chest wound pain and pain interference was reported less frequently. Additionally, satisfaction with pain management was high level. The findings of this study indicate that these CPGs are practical and effective for individuals undergoing open heart surgery. Therefore, further studies should consider the outcome of implementation.

**Keywords:** Development of clinical practice guidelines, Pain management, Patients undergoing open heart surgery

---

\*\*Corresponding author: Warawan Udomkhamsuk; E mail: warawan.u@cmu.ac.th

\*นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดเปิดทรวงอกด้านหน้าผ่านบริเวณกระดูกกลางหน้าอก (Median sternotomy) โดยศัลยแพทย์จะทำการกรีดผิวหนังผ่านกึ่งกลางหน้าอกแล้วใช้เครื่องมือเพื่อดึงขยายทรวงอก (Retractor) เพื่อแยกกระดูกกลางหน้าอกออกจากกัน จากนั้นใส่สายระบายทรวงอกเพื่อระบายเลือดที่ลั่งค้างจากการผ่าตัด โดยที่ระบายทรวงอกจะผ่านออกสู่ภายนอกร่างกายบริเวณใต้ลิ้นปี่ (Seki & Une, 2019) เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าและออกแต่ละครั้งจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณทรวงอกมีการยืดขยายและหดตัวตามการเคลื่อนไหวของทรวงอก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดได้ง่ายและบ่อยกว่าการผ่าตัดบริเวณอื่น (Abbas, Chen, & Khonsari, 2017) นอกจากนี้การดูดเสมหะ การช่วยพลิกตะแคงตัว การเปลี่ยนท่านอน และการกระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย (Sudjud et al., 2020) ยังมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น จากสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2010 มีจำนวน 291,410 รายต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 301,077 รายต่อปี ในปี ค.ศ. 2019 (Bowdish et al., 2021) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 5,133 ราย และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 15,461 ราย สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ศึกษา มีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 438 ราย และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 476 ราย ในปี พ.ศ. 2565 (The Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2022) จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นหัตถการที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด อีกทั้งการผ่าตัดยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความปวดทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นตามมาได้

ความปวดที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดหัวใจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนี้ ด้านร่างกาย ความปวดมีผลกระทบต่อระบบสำคัญของร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ โดยความปวดทำให้ผู้ป่วยหายใจตื้น ไม่สามารถไอขับเสมหะออกได้ ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ (Zubrzycki et al., 2018)

และระบบหัวใจและหลอดเลือด ความปวดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้ทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ (Zubrzycki et al., 2018) ด้านจิตใจ อารมณ์ ความปวดส่งผลให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ วิตกกังวลและเครียด (Zhang, Tang, Shi, & Huang, 2018) และด้านเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้นการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงมีความสำคัญ และควรได้รับการจัดการที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในไทยและต่างประเทศ พบว่าแม้จะมีแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ แนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติที่แพทย์และวิสัญญีแพทย์ใช้ในการจัดการความปวด ทำให้ไม่ครอบคลุมในการจัดการความปวดในบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด โดยการไม่ใช้ยา ขาดการประเมินความปวดซ้ำ ขาดการติดตามและการบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับความปวด นอกจากนี้ บางแนวปฏิบัติได้พัฒนามานานมากกว่า 10 ปี (Muenrangsri, Thongchai, & Somrarnyart, 2013) ทำให้แนวปฏิบัติบางข้อควรปรับปรุงเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆ ดังนั้นการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจึงควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีเนื้อหาทันสมัยและครอบคลุมการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้สามารถระงับความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลที่ใช้ในการจัดการความปวดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดยังมีความทุกข์ทรมานจากความปวด และ

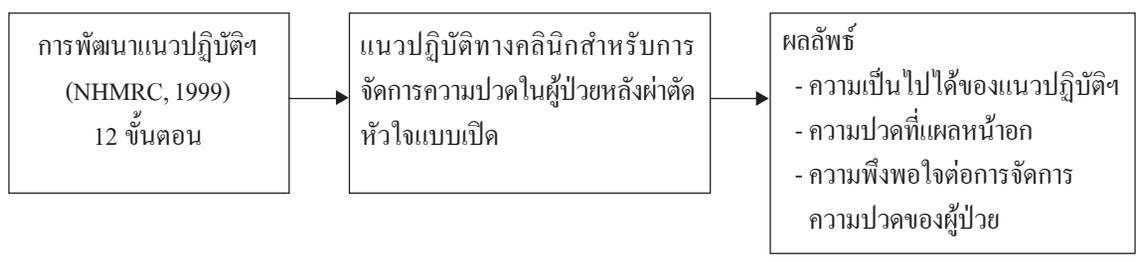
มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดค่อนข้างต่ำ จากการสำรวจข้อมูลย้อนหลังโดยผู้วิจัยในปี พ.ศ. 2563 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 10 ราย โดยใช้มาตราวัดความปวดแบบตัวเลข (NRS) พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของความปวดระดับมาก เฉลี่ยเท่ากับ 8 จาก 10 คะแนน ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการจัดการความปวดอยู่ในระดับมากเพียงร้อยละ 60 (Medical Record and Statistics Unit Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2019) นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่ใช้ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้บทบาทของพยาบาลในการประเมินความปวดและการติดตามความปวดยังไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และในด้านการจัดการความปวดโดยการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทที่อิสระของพยาบาลมีเพียงการจัดทำอนเทานัน ทำให้ไม่ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่พยาบาลใช้ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ดังนั้น การจัดการความปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจึงควรได้รับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกให้มีความเหมาะสมทันสมัย เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดการความปวดและเพิ่มความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมทรวงอก หัวใจ และหลอดเลือด

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1999) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน ได้แก่ 1) กำหนดประเด็นความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ 4) กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ 5) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ 7) จัดทำแผนเผยแพร่และแผนกลยุทธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 8) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ 9) จัดทำรายงานรูปเล่มสาระของแนวปฏิบัติ 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญและทำการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 12) ปรีกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และพยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 3 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงระหว่างการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอกหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 3 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวหรือโรคร่วม ประวัติการผ่าตัดในอดีต ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัดหัวใจที่ได้รับ ตำแหน่งของเส้นเลือดที่นำมาทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ ขนาดความยาวของแผลผ่าตัด จำนวนสายระบายทรวงอก

3. แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ ที่พัฒนาโดยผกามาส แก้วนันทวัฒน์, สุริพร ธนศิลป์ และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (Keawnantawat, Thanasilp, & Preechawong, 2018) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของความปวด 4 ข้อ และการรบกวนจากความปวด 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราวัดตัวเลข (NRS) มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน (0 หมายถึงไม่มีความปวด/ไม่มีการรบกวน และ 10 หมายถึงมีความปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว/รบกวนมากที่สุด) โดยประเมินหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดเกณฑ์ในการประเมินระดับคะแนนความปวด/การรบกวนจากความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย (0-3 คะแนน) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ระดับมาก (7-10 คะแนน)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย ที่พัฒนาโดยดวงสุดา วัฒนธัญญการ, บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์ (Wattthanatanyakarn, Sumdaengrit, & Kanoksuntornrut, 2018) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale)

แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 = พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 = พึงพอใจเล็กน้อย, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 4 = พึงพอใจอย่างมาก และ 5 = พึงพอใจมากที่สุด) โดยประเมินหลังจาก 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด หลังจากนั้น นำมาประเมินระดับความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจเล็กน้อย (1-2 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจมาก (4-5 คะแนน)

5. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาโดยพิกุล นันทชัยพันธ์ (Nantachaipan, 2007) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยประเมินในวันสุดท้ายของการทดลองใช้แนวปฏิบัติเกณฑ์ในการประเมินระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 2.34-3.00 = เห็นด้วยมาก, 1.68-2.33 = เห็นด้วยปานกลาง และ 1.00-1.67 = เห็นด้วยน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือแบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดหัวใจและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย เครื่องมือนี้นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาใดๆ ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมินความปวดหลังผ่าตัดหัวใจและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.83 ตามลำดับ (DeVellis, 2017)

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 โดยดำเนินการตามกรอบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของ NHMRC (1999) ทั้งหมด 12 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่สำคัญ ได้แก่ ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จึงได้ร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา

2. กำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยเสนอแต่งตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 คน ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลรองหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาศัลยศาสตร์ระบบหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด 1 คน อาจารย์แพทย์ประจำภาควิชาวิสัญญีวิทยา 1 คน และผู้วิจัย

3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 เพื่อร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ได้แก่ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4. กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ในระหว่างประชุมทีมในครั้งที่ 1 ได้กำหนดผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ และประสิทธิผลของการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ได้แก่ ความปวดที่แผลหน้าอกและความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย

5. การทบทวนวรรณกรรมและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 2 เพื่อวางแผนสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ และทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

5.1 สืบค้นตามเกณฑ์ของ PICO format ซึ่งคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น คือ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ adult cardiac surgery, adult open heart surgery วิธีการปฏิบัติ ได้แก่ pain management after cardiac surgery, pharmacologic for cardiac surgery, non-pharmacologic for cardiac surgery และ pain assessment tools ประเภทของหลักฐาน ได้แก่ RCTs, systematic review, meta-analysis, clinical practice guideline, practice guideline, evidence-based practice ผลลัพธ์ ได้แก่ patient satisfaction on pain management post open cardiac surgery และ reduce of pain management after cardiac surgery

5.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ และวิจัยในประเทศไทย ฐานข้อมูล PUBMED, CINAHL, The Cochrane Collaboration, MEDLINE และ Thai JO ในช่วงปี ค.ศ. 2016-2021 สืบค้นด้วยมือ ได้แก่ หนังสือบทความ วารสารทางการแพทย์และวารสารทางการแพทย์และสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมท้ายบทความและรายงานการวิจัย หลังจากนั้น ทำการประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ และระดับของข้อเสนอแนะ โดยใช้เกณฑ์ประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI, 2024) และจัดทำเอกสารสรุปรายการข้อเสนอแนะ ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 75 เรื่อง และคัดเลือกเหลือ 21 เรื่อง ประกอบด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 1a จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 1b จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 1c จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 2c จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 3a จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 3b จำนวน 1 เรื่อง ระดับ จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 4b จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 4d จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 5a จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 5b จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 5c จำนวน 1 เรื่อง และข้อเสนอแนะอยู่ระดับ A จำนวน 20 เรื่อง และระดับ B จำนวน 1 เรื่อง

6. กำหนดยกร่างแนวปฏิบัติ ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 3 โดยนำเสนอรายงานข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่รวบรวมได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ และร่วมกันทำประชาพิจารณ์และตัดสินใจเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ บันทึกผลของการคัดเลือกข้อเสนอแนะ สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก จากนั้นทำการยกร่างของแนวปฏิบัติทางคลินิก

7. จัดทำแผนเผยแพร่และแผนกลยุทธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 4 เพื่อจัดทำแผนเผยแพร่และการใช้กลยุทธ์ของแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้ 1) จัดทำแผนเผยแพร่แนวปฏิบัติ ได้แก่ จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย จัดบอร์ดแสดงสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ 2) จัดทำแผนกลยุทธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ จัดการประชุมกลุ่มสร้างระบบในการสนับสนุน ตัดสินใจและระบบขับเคลื่อนโดยเพิ่ม

ช่องทางในการติดต่อสื่อสารหรือช่องทางในการเข้าถึง แนวปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแก้ปัญหาพร้อมกัน การใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติ เช่น การสร้างแรงจูงใจแก่พยาบาล ผู้ใช้แนวปฏิบัติ การให้เพื่อนช่วยเพื่อน การชมเชยใน สถานการณ์จริง เป็นต้น

**8. จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุง แก้วใจแนวปฏิบัติ** ในระหว่างประชุมครั้งที่ 4 ได้เตรียม แผนการประเมินผลของแนวปฏิบัติฯ และเตรียมแผนการ ปรับปรุงแก้วใจแนวปฏิบัติฯ โดยการประเมินเกี่ยวกับ ความยากง่าย ความชัดเจน การยอมรับในรายละเอียดของ แนวปฏิบัติ ความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติและรายละเอียด เกี่ยวกับความตรงกับประเด็นกับปัญหาและความพึงพอใจ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

**9. จัดทำรายงานรูปแบบสาระของแนวปฏิบัติ** ประชุม ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ครั้งที่ 5 เพื่อร่วมกันจัดทำรูปแบบ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ (ตารางที่ 1)

**10. จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ** ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 6 โดยร่วมกันจัดทำ รายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ดังนี้ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินระดับของ หลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับของข้อเสนอแนะ การคัดเลือก ข้อเสนอแนะ การเตรียมอุปกรณ์ พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ สถานที่ที่จะทดลองใช้แนวปฏิบัติ ขั้นตอนการทดสอบ แนวปฏิบัติ ขั้นตอนการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

**11. การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญ และทำการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้** ผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติฯ ไปตรวจสอบคุณภาพของ แนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ ระบบหัวใจ ทรวงอกและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ประจำหน่วยวิสัญญีสำหรับการ ผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก 1 ท่าน อาจารย์ พยาบาลผู้ที่มีความรู้ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการจัดการความปวด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 2 ท่าน

เมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนา แนวปฏิบัติ หลังจากนั้นประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ โดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับ การวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด พบว่า 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ คิดเป็น ร้อยละ 85.2 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คิดเป็นร้อยละ 79.6 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ คิดเป็นร้อยละ 88.2 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ คิดเป็น ร้อยละ 90.7 5) การนำไปใช้ คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ คิดเป็นร้อยละ 94.4 ซึ่งการประเมินแนวทางในภาพรวม พบว่า แนวปฏิบัตินี้ เป็นแนวปฏิบัติที่ดีควรนำมาใช้ในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำร่างแนวปฏิบัติฯ ไปประเมิน ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติกับพยาบาลผู้ใช้ แนวปฏิบัติจำนวน 3 คน พบว่าแนวปฏิบัติฯ มีความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2) และนำไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 3 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรง ของความปวดและมีการรบกวนจากความปวดระดับเล็กน้อย นอกจากนี้มีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดระดับมาก

**12. ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติ** ประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 7 โดยทำประชาพิจารณ์ร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติ และทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อร่วมกันหาข้อสรุป และข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อให้แนวปฏิบัติฯ มีความชัดเจน และเหมาะสมกับหน่วยงานก่อนนำไปจัดพิมพ์รูปแบบ แนวปฏิบัติทางคลินิกฉบับสมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ความปวดที่แผลหน้าอก ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย และความ เป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ พรรณณา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 053/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 238/65 COA NUR053/65 อนุมัติ ณ วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2565 หลังได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

**ผลการวิจัย**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 คน เป็นเพศหญิง ทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 66.7) จบระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ทุกคนมีประสบการณ์

ในการปฏิบัติงานพยาบาล และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทรวงอก หัวใจและหลอดเลือดมากกว่า 10 ปี

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 61-80 ปี (ร้อยละ 66.7) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ มีดัชนีมวลกายปกติทั้งหมด เคยมีประวัติการผ่าตัดในอดีต (ร้อยละ 66.7) ทุกคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค ไม่มี ความวิตกกังวลในการผ่าตัด ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ โดยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหรือซ่อมลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 66.7) มีขนาดของแผลกลางหน้าอกยาวอยู่ระหว่าง 16-20 เซนติเมตร (ร้อยละ 66.7) และทุกคนได้รับการใส่สายระบายทรวงอกหลังผ่าตัดจำนวน 2 สาย

**ส่วนที่ 2 สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

หมวดที่	รายละเอียด
หมวดที่ 1 การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผู้ป่วยทุกรายก่อนผ่าตัด 1 วัน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Level 5a, Grade A)</li> <li>2. ให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย (Level 5a, Grade A)</li> <li>3. พยาบาลบันทึกเป้าหมายในการจัดการความปวด คือ ผู้ป่วยมีความปวดไม่เกินกว่าระดับเล็กน้อย (NRS/CPOT &lt; 4) และสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับทราบถึงเป้าหมายในการจัดการความปวด (Level 5b, Grade A)</li> </ol>
หมวดที่ 2 การประเมินความปวด สาเหตุ ความปวด และการจัดการความปวด หลังผ่าตัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียู ทุก 2-4 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Level 3b, Grade A)</li> <li>2. ใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผ่านการทดสอบเรียบร้อยแล้ว (Level 5b, Grade A)</li> <li>3. จัดการความปวดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในไอซียูโดยใช้วิธีการจัดการความปวดแบบผสมผสาน ได้แก่ ให้การจัดการความปวดโดยการให้ยา และการไม่ใช้ยา ร่วมกันในการควบคุมความปวด (Level 5b, Grade A)</li> </ol>

**ตารางที่ 1** แสดงสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (ต่อ)

หมวดที่	รายละเอียด
หมวดที่ 3 การประเมินผลหลังการจัดการความปวด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลหลังจากให้การจัดการความปวดแบบผสมผสาน (Level 5b, Grade A)</li> <li>2. ประเมินความปวดซ้ำหลังการจัดการความปวด (Level 4d, Grade A)</li> </ol>
หมวดที่ 4 การปรับขนาดยาตามแผนการรักษาหรือเปลี่ยนวิธีการระงับปวดตามระดับความปวด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับขนาดยาระงับปวดเพิ่มขึ้นตามแผนการรักษา (Level 5b, Grade A)</li> <li>2. ปรับเปลี่ยนวิธีการระงับปวดตามระดับความปวด โดยรายงานแพทย์ผ่าตัดหรือวิสัญญีแพทย์ หากปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นจนถึงระดับสูงสุดตามแผนการรักษาแล้ว (Level 5b, Grade A)</li> </ol>
หมวดที่ 5 การจัดการกับผลข้างเคียงจากยาระงับปวด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลข้างเคียงจากยาระงับปวด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (Sedation score) การหายใจ (Respiration) และอาการที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Level 5b, Grade A)</li> <li>2. จัดการกับผลข้างเคียงจากยาระงับปวด โดยให้การรักษาดังแต่เริ่มมีอาการและควรรักษาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่างกันมาเสริมฤทธิ์ (Level 5b, Grade A)</li> </ol>
หมวดที่ 6 การติดตามผลการจัดการความปวดและบันทึกคะแนนความปวด	<p>ติดตามผลการจัดการความปวดและบันทึกคะแนนความปวด โดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (NRS) หรือคะแนนปวดโดยใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (CPOT) ให้เป็นสัญญาณชีพที่ 5 (Level 5a, Grade A)</p>

**ส่วนที่ 3** ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

จากการสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 3 คนพบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนมีความเห็นด้วยในระดับ "มาก" (ร้อยละ 100.0) ต่อด้านความง่ายและ

ความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ ด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ด้านความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ด้านประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ และด้านความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำมาใช้ต่อไปในหน่วยงาน ส่วนด้านความประหยัด พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยในระดับ "มาก" (ร้อยละ 66.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติฯ (n=3)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย	ปานกลาง (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	$\bar{X}$	S.D.
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	0	0	3 (100.0)	3.00	0.00
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจตรงกัน )	0	0	3 (100.0)	3.00	0.00
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	0	0	3 (100.0)	3.00	0.00
4. ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้ จะช่วยให้หน่วยงานสามารถประหยัด ลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคนและเวลา)	0	1 (33.3)	2 (66.7)	2.67	0.58
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้ใช้บริการ)	0	0	3 (100.0)	3.00	0.00
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำมาใช้ต่อไปในหน่วยงาน	0	0	3 (100.0)	3.00	0.00

**ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพของการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**

ประสิทธิภาพของการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย ความปวดที่แผลหน้าอก ได้แก่ มิติความรุนแรงของความปวด และมีผลการรบกวนจากความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

**ความปวดที่แผลหน้าอก**

ความปวดที่แผลหน้าอกในมิติความรุนแรงของความปวด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกคนมีความรุนแรงของความปวดที่แผลหน้าอกในระดับ "เล็กน้อย" (ร้อยละ 100.0) ได้แก่ ความปวดที่มากที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ความปวดที่น้อยที่สุดในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ความปวดโดยเฉลี่ยในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา และความปวดในขณะประเมิน

ความปวดที่แผลหน้าอกในมิติการรบกวนจากความปวด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ทุกคนมีการรบกวนจากความปวดในระดับ "เล็กน้อย" (ร้อยละ 100.0) ได้แก่ ด้านกิจกรรมทั่ว ๆ ไป ด้านการนอนหลับ ด้านอารมณ์ ด้านความสามารถในการเดิน ด้านการหายใจเข้าออกลึกๆ และการไอ และด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

**ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วย**

ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีความพึงพอใจในระดับ "มาก" ในทุก ๆ ด้าน (ร้อยละ 100.0) ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลความรู้เรื่องความปวดและการจัดการความปวดก่อนผ่าตัด ด้านการสอบถามและประเมินระดับความปวด ด้านการให้การช่วยเหลือเพื่อลดปวดของพยาบาล ด้านการบรรเทาปวดด้วยวิธีการใช้ยาแก้ปวด ด้านการให้การบรรเทาปวดด้วยวิธีการไม่ใช้ยาแก้ปวด และด้านการให้การดูแลของพยาบาลต่อการจัดการความปวดในภาพรวม

## การอภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แบ่งออกเป็น 6 หมวด ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ความรู้เรื่องการจัดการความปวด 2) การประเมินความปวด สาเหตุความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 3) การประเมินผลหลังการจัดการความปวด 4) การปรับขนาดยาตามแผนการรักษาหรือเปลี่ยนวิธีการระงับปวดตามความรุนแรงของความปวด 5) การจัดการกับผลข้างเคียงจากยาระงับปวด และ 6) การติดตามผลการจัดการความปวดและบันทึกคะแนนความปวด การวิจัยในครั้งนี้พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ทั้งนี้แนวปฏิบัติฯ ได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยใช้ขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ทำให้ลักษณะของแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ มีมาตรฐาน มีความทันสมัย และเหมาะสมแก่การนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา คำมะতিชัย (Khammathit, 2021) ที่ให้ความหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีต้องมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และความรู้ที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติจะต้องได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความยืดหยุ่นเพื่อช่วยการตัดสินใจแก่บุคลากรสุขภาพในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติฯ ยังเกิดประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วย ทั้งนี้หลังจากนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความรุนแรงของความปวดที่แสดงน้าอกและมีการรบกวนจากความปวดในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ แก้วนันทวัฒน์ และคณะ (Keawnantawat et al., 2018) พบว่า ผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของความปวดและการรบกวนของความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และการศึกษาของสิรฉัตร จันทร์ชุม, วิชา แซ่เซี่ย, และประณีต ส่งวัฒนา (Janchum, Sae-Sia, & Songwathana, 2022) พบว่า ความรุนแรงของความปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับปานกลาง (Median = 5.00, IQR = 2.00) และลดลงเป็นระดับเล็กน้อยในระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง (Median = 3.00, IQR = 1.00) และการรบกวนจากอาการปวดในระยะหลังผ่าตัด 24 ถึง 72 ชั่วโมงอยู่ในระดับเล็กน้อยเมื่อผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติดำเนินการตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติฯ ทำให้การทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ เกิดประสิทธิผลที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลท์ และคณะ (Villte, Strlke, Rutka, & Leibuss, 2019) ที่ศึกษาความพึงพอใจหลังการจัดการความปวดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีความพึงพอใจระดับสูงร้อยละ 94.2 และการศึกษาของซัดจูด และคณะ (Sudjud et al., 2020) ที่ศึกษาระดับความพึงพอใจในการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ หลังเอาท่อช่วยหายใจออกภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด จำนวน 51 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีความพึงพอใจระดับสูง ร้อยละ 90.2

นอกจากนี้จากการสอบถามพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 คน เกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า พยาบาลเห็นด้วยในระดับมากในทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องจากการเก็บข้อมูลความปวดและการจัดการความปวดมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และวัฒนธรรมของหน่วยงานที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ ทำให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำมาใช้ต่อไปในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี จักร์สาน, สุภรัตน์ หมั่นไธสง และแสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ (Jaksan, Muenhong, & Jaiwongpab, 2020) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

ในภาคเหนือ พบว่า พยาบาลเห็นด้วยร้อยละ 81.5 ถึง 87.5 ต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นใหม่

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเตรียมศักยภาพของผู้ที่จะใช้แนวปฏิบัติ โดยมีการจัดอบรมเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ จัดเตรียมยา ระงับปวด และผ้ารัดหน้าอกให้พร้อม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และควรพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ทั้งด้านบุคลากร ผู้ป่วย แหล่งทรัพยากร และนโยบายของโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะยาว เพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

2. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

Abbas, A., Chen, J. M., & Khonsari, S. (2017). *Khonsari's cardiac surgery: Safeguards and pitfalls in operative technique* (5th ed): Wolters Kluwer Health.

Bowdish, M. E., D'Agostino, R. S., Thourani, V. H., Schwann, T. A., Krohn, C., Desai, N., ... Badhwar, V. (2021). STS adult cardiac surgery database: 2021 update on outcomes, quality, and research. *The Annals of Thoracic Surgery*, 111(6), 1770-1780.

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4<sup>th</sup> ed.): SAGE Publications.

Jaksan, A., Muenhong, S., & Jaiwongpab, S. (2020). Development of clinical nursing practice guideline for pain management of postoperative patients at male surgical ward, Surgical Nursing Group in Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 20(1), 121-134. [In Thai].

Janchum, S., Sae-Sia, W., & Songwathana, P. (2022). Pain management and outcomes among patients after thoracic or abdominal surgery. *Nursing Journal Chaing Mai University*, 49(3), 188-202. [In Thai]

Keawnantawat, P., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2018). Effectiveness of cold therapy in reducing acute pain among persons with cardiac surgery: A randomized control trial. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 40(6). 1378-1385. [In Thai]

Khammathit, A. (2021). The evidence-based approach in health care management, Applied to nursing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 315-328. [In Thai].

Medical Record and Statistics Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital (2019). *Annual Statistics Report 2015-2019. Chiang Mai: Medical Statistics Unit Medical Record and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.* [In Thai]

Muenrangsri, J., Thongchai, C., & Somramyart, M. (2013). Efficiency of clinical practice guidelines for pain-management in heart surgery patients in the thoracic and cardiovascular stepdown unit. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 30-43. [In Thai]

- Nantachaipan, P. (2007). *Assessing the quality of implementation of clinical practice guidelines, Training lecture document on evidence-based practice*. Nursing service center, Faculty of Nursing Chiang Mai University. [In Thai]
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (1999). *A guide to the development, evaluation and implementation of clinical practice guidelines*. Retrieved from [https://www.nhmrc.gov.au/\\_files\\_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf](https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf)
- Seki, H., & Une, D. (2019). Surgical incisions. In F. W. Sellke, & M. Ruel (Eds.), *Atlas of cardiac surgical techniques* (2<sup>nd</sup> ed. , pp. 3-13). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Sudjud, R. W., Hartanto, A. F., Sitanggang, R. H., Prihartono, M. A., Aditya, R., Kss, N. D., & Suwarman. (2020). Patient satisfaction on pain management post open cardiac surgery at the first 24 hours after extubation in Hasan Sadikin Hospital Bandung, *Indonesia. Journal of Health and Medical Sciences*, 3(2), 170-176.
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition*. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved from <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>.
- The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. (2022). *Number of heart operation in Thailand in 2021*. Retrieved from <https://www.thaists.or.th/download-category/statistics-on-heart-surgery-in-thailand/>. [In Thai]
- Villte, B., Strlke, E., Rutka, K., & Leibuss, R. (2019). Pain management in intensive care unit patients after cardiac surgery with sternotomy approach. *Acta Medica Lituanica*, 26(1), 51-63.
- Wathanatanyakarn, D., Sumdaengrit, B., & Kanoksuntornrut, N. (2018). The evaluation of pain management guideline inpatients with orthopedic surgery. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(4), 100-109. [In Thai]
- Zhang, Z., Tang, W., Shi, C., & Huang, J. (2018). Pain management in cardiac surgery. *Journal of Anesthesia and Perioperative Medicine*, 5(6), 346-354.
- Zubrzycki, M., Liebold, A., Skrabal, C., Reinelt, H., Ziegler M., Perdass, E., & Zubrzycka, M. (2018). Assessment and pathophysiology of pain in cardiac surgery. *Journal of Pain Research*, 11,1599-1611.

## บทความวิจัย

### การพัฒนาแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน Development of the Hybrid Evaluation Model to Evaluate Comprehensive Knowledge and Skill in Pediatric Nursing

วรรณศิริ นิลเนตร (Wansiri Nilnate)\*

ปิ่นศุดา สังฆะ โณ (Pinsuda Sangkano)\*

พิสมัย วัฒนสิทธิ์ (Pissamai Wattanasit)\*\*

Received: December 19, 2023

Revised: January 19, 2024

Accepted: May 15, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 55 คน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 9 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ชุดคู่มือการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน แบบสอบถามความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการการสนทนากลุ่มตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การสอบวัดความรู้ทางการพยาบาลเด็กแบบออนไลน์ และ 2) การสอบทักษะทางการพยาบาลเด็กแบบเผชิญหน้า โดยมีผู้เรียนและผู้สอนอยู่ในห้องรวมกันไม่เกินห้องละ 15 คน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 4.23, S.D. = .59) และจากการสนทนากลุ่มพบว่าแบบการประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ทดแทนการประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกแบบดั้งเดิมที่เป็นการสอบแบบเผชิญหน้าในกรณีที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรง หรือมีเหตุพิเศษอื่น ๆ จนไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในคลินิกและจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าเป็นกลุ่มใหญ่ได้

**คำสำคัญ:** การประเมินความรู้และทักษะรพชดทางการพยาบาลเด็ก การประเมินผล การประเมินแบบผสมผสาน การพยาบาลเด็ก

## Abstract

This research and development study aimed to develop the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing during COVID-19 pandemic. The sample consisted of 55 senior nursing students and 9 nursing lecturers. The research instruments comprised the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing, the manual set of the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing, the satisfaction questionnaire, and semi-structured interview form. The content validity index of the questionnaire was 1 and Cronbach's alpha coefficient was .96. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results indicated that the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing during COVID-19 pandemic consisted of 1) Online pediatric nursing knowledge test and 2) Face-to-face pediatric nursing skills exam with no more than 15 students and lecturers in room together. Student satisfaction with the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing revealed that the sample was overall satisfied at a high level ( $\bar{x} = 4.23$ , S.D. = .59) and the focus group activity found that the hybrid evaluation model to evaluate comprehensive knowledge and skill in pediatric nursing was feasible to replace traditional face-to-face clinical practice assessments in the event of an outbreak of COVID-19 is severe, or there are other special circumstances such as unable to organize clinical teaching and face-to-face learning in large groups.

**Keyword:** Comprehensive knowledge and skill evaluation, Evaluation, Hybrid learning evaluation, Pediatric nursing

---

\*Corresponding author: Pinsuda Sangkano; e-mail: pinsuda.s@psu.ac.th

\*อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Lecturers, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสงขลาถูกจัดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีประกาศให้จัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ (Prince of Songkla University, 2021) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ดำเนินการปรับการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติให้อยู่ในรูปแบบต่างๆ เพื่อทดแทนการขึ้นฝึกปฏิบัติที่แหล่งฝึกต่างๆ ในปีการศึกษา 2564 ดังนั้น รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended or hybrid learning) ที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า (Face to face) ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ จึงจำเป็นสำหรับการเรียนการสอนในยุคความปกติใหม่เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแบบผสมผสาน รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้และบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย (Canadian Association of School of Nursing, 2020)

การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเตรียมนักศึกษาพยาบาลเข้าสู่วิชาชีพ สามารถประเมินได้ทั้งในระหว่างการศึกษาปฏิบัติและหลังการฝึกปฏิบัติสิ้นสุดลงโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing conference) การเขียนรายงานการวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การสอบทักษะทางคลินิกตามสถานการณ์หรือโจทย์ที่กำหนด และการประเมินจากข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) จากอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยง (Kooariyakul, 2017) การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการประเมินผลในระหว่างการศึกษาปฏิบัติในคลินิกเนื่องจากการประเมินผลแบบรวบยอดที่จะทำให้อาจารย์ผู้สอนมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับรายวิชานั้น ๆ มากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินผลในระบายนี้นี้มีทั้งการประเมินความรู้และการประเมินทักษะโดยสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีวิธีการและรูปแบบการประเมินไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบัน นอกจากนี้การประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกหลังสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติมีทั้งแบบ

นำคะแนนมาคิดระดับขั้นและแบบไม่นำคะแนนมาคิดระดับขั้นขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบัน

รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีจำนวน 4 หน่วยกิต มีจำนวนชั่วโมงในการฝึกปฏิบัติรวมทั้ง 180 ชั่วโมง ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ปกติมีการจัดการเรียนการสอนโดยจัดตารางหมุนเวียนให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีภาวะสุขภาพดี สุขภาพเบี่ยงเบนเล็กน้อย เจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยเรื้อรัง ซ้ำซ้อนหรือวิกฤต ในแหล่งฝึกต่างๆ ได้แก่ ฝ่ายพัฒนาเด็กปฐมวัยของคณะพยาบาลศาสตร์ หอผู้ป่วยเด็ก หออภิบาลทารกแรกเกิด และหออภิบาลเด็กของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละประมาณ 6-8 คน ซึ่งในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ผู้เรียนเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 กลุ่มที่ 1 จำนวน 60 คน ไม่สามารถฝึกปฏิบัติในคลินิกได้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะอาจารย์ของกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนการแบบผสมผสานเพื่อทดแทนการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจำนวน 8 สัปดาห์ โดยมีการจัดการเรียนรู้ทั้งแบบออนไลน์และแบบเผชิญหน้าในห้องเรียนหรือห้องฝึกปฏิบัติการทางการพยาบาล ภายใต้งานใจให้มีกิจกรรมร่วมกันของกลุ่มบุคคลไม่เกินห้องละ 5 คน และมีการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กในสัปดาห์สุดท้ายของการฝึกปฏิบัติ

การประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในอดีตที่ผ่านมาเป็นการประเมินผลในห้องเรียนหรือในห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลของศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล โดยผู้สอนและผู้คุมสอบหรือผู้ให้คะแนนอยู่ในห้องเดียวกันโดยไม่มี การจำกัดจำนวน แต่เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กดังกล่าว ไม่สามารถนำมาใช้ได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และ

ทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานเพื่อใช้ในการประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิกหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทดแทนการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบเผชิญหน้าที่มีการปฏิบัติมาเป็นเวลายาวนานซึ่งจะส่งผลให้การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กเสร็จสิ้นไปตามแผนการเรียนที่กำหนด

ผู้วิจัยคาดหวังว่ารูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กที่เกิดจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้น นำจะนำมาทดแทนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกได้ในกรณีที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงหรือมีเหตุพิเศษอื่น ๆ จนไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในคลินิกได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานตามการรับรู้ของผู้สอนและผู้เรียน

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and development) (Kanjanawasee, 2016) โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) สำรวจวิเคราะห์ปัญหา และประเมินความต้องการในการพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก 2) การสังเคราะห์องค์ความรู้และพัฒนา (ออกแบบ) รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก 3) ทดลองใช้รูปแบบการประเมิน

ความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก และ 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก ร่วมกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) ของเกรแฮม (Graham, 2004) โดยพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานที่มีทั้งการประเมินความรู้แบบออนไลน์ผ่านทางระบบ e-testing และการประเมินทักษะในการทำหัตถการทางการพยาบาลแบบเผชิญหน้าในห้องฝึกปฏิบัติการทางการพยาบาลภายใต้ข้อจำกัดของจำนวนผู้เรียนและผู้ประเมินห้องละไม่เกิน 15 คน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาทางการจัดการเรียนการสอน (Research and development) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจ วิเคราะห์สถานการณ์/ค้นหาปัญหาความต้องการในการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

เป็นการศึกษาเอกสารเพื่อค้นหาข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ในปัจจุบัน รวมทั้งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวัดและประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก โดยการศึกษารายละเอียดของวิชา (Course specification) ความต้องการของรายวิชาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียนภายหลังสิ้นสุดรายวิชาและวิธีการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก รวมทั้งประชุมคณะกรรมการกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ซึ่งมีคณาจารย์ของกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นคณะกรรมการ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 10 คน ที่ร่วมพัฒนาและให้ข้อคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนและวิธีการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสถานการณ์พบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าว นักศึกษาไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยและแหล่งฝึกต่างๆ ได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีนโยบายให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติแบบผสมผสาน (Hybrid learning) โดยสามารถจัดการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า (Facetoface) ที่มีผู้สอนและผู้เรียนรวมกันไม่เกินห้องละ 5 คน ที่ห้องเรียนและศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาลร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ สำหรับรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่ผ่านมานั้นพบว่าเป็นการประเมินแบบเผชิญหน้าในห้องเรียนหรือห้องฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลมาตลอด ยังไม่เคยมีการประเมินในรูปแบบผสมผสานหรือแม้กระทั่งการประเมินความรู้และทักษะแบบออนไลน์มาก่อน โดยมีการสอบวัดความรู้โดยใช้ข้อสอบแบบอัตนัยและข้อสอบแบบเลือกตอบ (Multiple choice question, MCQ) ร่วมกับการสอบทักษะในการทำหัตถการทางการพยาบาล ซึ่งในปีการศึกษา 2563 มีการสอบวัดความรู้โดยใช้ข้อสอบแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก และมีการสอบทักษะ (Objective structured practical examination; OSPE) ซึ่งใช้หุ่นแทนผู้ป่วยจำลอง คณาจารย์ของกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กทุกคนมีความคุ้นเคยกับการสอบทักษะแบบเผชิญหน้าที่ไม่จำกัดจำนวนคนในห้อง แต่ไม่มีประสบการณ์ในการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ นอกจากนี้ความต้องการของรายวิชาที่กำหนดให้ผู้เรียนต้องมีทักษะในการทำหัตถการทางการพยาบาลเด็กที่ประกอบด้วย การใส่สายยางให้อาหารผ่านทางจมูกหรือปาก การพ่นยาแบบฝอยละอองในเด็ก และการดูแลเสมหะในเด็ก ดังนั้นการประเมินทักษะรวบยอดจะต้องจัด

ให้ผู้เรียนสอบทักษะเหล่านี้ และต้องได้คะแนนรวมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 จึงจะถือว่า สอบผ่าน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

เป็นการประชุมคณะกรรมการกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ซึ่งทีมผู้วิจัยนำเสนอ "ร่าง" รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กที่จะนำไปใช้สอบในวันสุดท้ายของสัปดาห์สุดท้ายของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ซึ่ง "ร่าง" ดังกล่าวได้ดัดแปลงมาจากรูปแบบการประเมินการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กที่จัดขึ้นในปีการศึกษา 2563 ให้อยู่ในรูปแบบการประเมินผลแบบผสมผสาน กล่าวคือ การสอบวัดความรู้โดยใช้ข้อสอบแบบเลือกตอบแบบออนไลน์และการสอบทักษะแบบเผชิญหน้าในห้อง โดยมีผู้ประเมินและผู้สอบ รวมกันห้องละ 5 คน นอกจากนี้ยังมีการกำหนดสัดส่วนการประเมินผลจากการวัดความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนเพื่อนำไปรวมกับคะแนนจากส่วนอื่นๆ เพื่อใช้ในการคิดระดับขั้นของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 10 คน กลุ่มตัวอย่างคือ คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 10 คน

ผลการศึกษา

ผลการประชุมคณะกรรมการกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก มีมติให้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กภายหลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน

รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กอยู่ในรูปแบบผสมผสาน กล่าวคือ มีการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์และสอบ OSPE เพื่อวัดความรู้และทักษะในการทำหัตถการทางการพยาบาล เด็กตามที่กำหนดแบบเผชิญหน้าในห้องที่มีผู้สอบและผู้คุมสอบไม่เกินห้องละ 5 คน และมีการทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและฝึกทักษะก่อนสอบวัดความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ เป็นการสอบผ่านระบบ e-Testing ของมหาวิทยาลัย ใช้ข้อสอบแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 75 ข้อ ครอบคลุมครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยเรื้อรัง และเจ็บป่วยวิกฤต โดยผู้สอนทุกคนได้รับมอบหมายให้คัดเลือกข้อสอบที่มีคุณภาพดีจากคลังข้อสอบและออกข้อสอบเพิ่มตามหัวข้อที่แต่ละคนมีความเชี่ยวชาญ มีการวิพากษ์ข้อสอบทุกข้อก่อนนำไปใช้เพื่อดูความเหมาะสมด้านเนื้อหา ภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด ข้อสอบทั้งหมดที่ผ่านการวิพากษ์ถูกส่งให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบด้านการจัดทำข้อสอบในระบบ e-Testing เพื่อนำข้อสอบเข้าสู่ระบบและเตรียมพร้อมสำหรับการสอบ

2. การประเมินทักษะทางคลินิกโดยใช้หุ่นแทนผู้ป่วยจำลอง (objective structured practical examination [OSPE]) เป็นการสอบทักษะทางคลินิกตามสถานการณ์หรือโจทย์ที่กำหนดซึ่งประยุกต์มาจากการประเมินทักษะทางคลินิกโดยใช้ผู้ป่วยจำลอง (Objective structured clinical examination; OSCE) เนื่องจากหัตถการทางการพยาบาลที่สอบไม่สามารถใช้ผู้ป่วยจำลองได้ โดยนักศึกษาทุกคนอยู่ในห้องสอบในสถานการณ์ที่เหมือนกัน หุ่นตัวเดียวกัน ทักษะที่ต้องการวัดเหมือนกัน อาจารย์ที่ทำหน้าที่ให้คะแนนคนเดียวกัน การสอบ OSPE ครั้งนี้มีการกำหนดรายการทักษะที่ต้องการประเมินออกเป็น 10 สถานี (Stations) โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) สถานีปฏิบัติการ (Practical station) จำนวน 3 สถานี ซึ่งเป็นเป็นสถานีที่ให้นักศึกษา ทำหัตถการทางการพยาบาลกับหุ่นเด็กโดยตรง ได้แก่ การใส่สายยางให้อาหารลงสู่กระเพาะอาหารโดยผ่านทางจมูก การพ่นยาเป็นฝอยละออง และการดูดเสมหะ

ทางปากและจมูก และ 2) สถานีข้อคำถาม (Static/response station) จำนวน 7 สถานี เป็นสถานีที่ให้นักศึกษาเขียนตอบ เช่น การแปลผลเสียงหายใจที่ได้ยินจากไฟล์เสียงในคอมพิวเตอร์ การคำนวณยา การคำนวณความต้องการพลังงานและการระบุชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับเด็กในสถานการณ์ที่กำหนดเป็นต้น แต่ละสถานีถูกจัดขึ้นเป็นสถานีสั้นๆ สถานีละ 1 ทักษะ ใช้เวลาสถานีละ 7 นาที นักศึกษาแต่ละคนต้องหมุนเวียนผ่านแต่ละสถานีเพื่อแสดงทักษะนั้นๆ ให้อาจารย์หรือผู้คุมสอบประจำสถานีดูหรือเขียนคำตอบลงในกระดาษคำถามที่จัดไว้ให้ โดยนักศึกษาต้องลงมือทำทักษะหรือเขียนคำตอบภายในระยะเวลาที่กำหนด ผู้คุมสอบจะให้สัญญาณเมื่อครบระยะเวลาดังกล่าว นักศึกษาต้องหมุนเวียนไปสถานีถัดไป อาจารย์ผู้คุมสอบใช้รายการตรวจสอบตามลำดับขั้นตอนของการทำตามทักษะนั้นๆ ในการวัดทักษะและให้คะแนนเพื่อจะสรุปว่า นักศึกษามีทักษะนั้นๆ หรือไม่โดยคณาจารย์ของกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กร่วมกันออกข้อสอบ กำหนดคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนรวมทั้งสร้างแบบประเมินทักษะที่มีรายการตรวจสอบตามลำดับขั้นตอนของการทำตามทักษะที่กำหนด ซึ่งการสอบ OSPE ครั้งนี้เป็นการสอบแบบเผชิญหน้าในห้องที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล ที่มีผู้เรียนและผู้คุมสอบไม่เกินห้องละ 5 คน อย่างไรก็ตามเมื่อใกล้ถึงวันที่จะนำรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานไปใช้ ปรากฏว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดความรุนแรงลง รัฐบาลประกาศผ่อนปรนให้พื้นที่จังหวัดสงขลามีการรวมตัวกันได้ไม่เกินห้องละ 15 คน ทีมผู้วิจัยจึงเสนอปรับรูปแบบการจัดห้องสอบ OSPE ใหม่ โดยจัดห้องสอบให้มีห้องละ 5 สถานี จากเดิมห้องละ 3 สถานี แต่ยังคงจำนวนสถานีโดยรวมและข้อคำถามหรือโจทย์คำถามเดิมเอาไว้ โดยที่ประชุมคณะกรรมการกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กเห็นชอบกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

3. การทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและฝึกทักษะก่อนสอบวัดความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก โดยการทบทวนเนื้อหาผ่านทางออนไลน์และจัดให้นักศึกษาฝึกทักษะที่จำเป็น

ทางการพยาบาลเด็กที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (NLRC) โดยมีอาจารย์ผู้สอนให้คำแนะนำในขณะฝึก โดยจัดให้มีคนรวมกันไม่เกิน 15 คน/ห้อง ร่วมกับการฝึกทักษะแบบออนไลน์โดยการถ่ายทอดสดหรือให้นักศึกษามันติกเป็นคลิปวิดีโอการฝึกทักษะส่งอาจารย์ประจำกลุ่มเพื่อรับข้อเสนอแนะ (Feedback) โดยช่วงท้ายของวันนี้มีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการสอบทั้งการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์และการประเมินทักษะทางคลินิกโดยใช้หุ่นแทนผู้ป่วยจำลอง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน

เป็นระยะที่มีการกำหนดวิธีการและขั้นตอนที่จะใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็ก ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ ผู้สอบ และอาจารย์ผู้คุมสอบ จนกระทั่งสิ้นสุดการสอบเพื่อประเมินความรู้และทักษะรวมยอดของผู้เรียนตามรูปแบบที่กำหนดไว้

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 กลุ่ม 01 จำนวน 60 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 9 คนอีก 1 คน ไม่ได้มีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานในสัปดาห์สุดท้ายของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 กลุ่ม 01 จำนวน 60 คน และอาจารย์พยาบาลจำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ชุดข้อสอบแบบออนไลน์ที่อยู่ในระบบ e-Testing เป็นข้อสอบแบบเลือกตอบชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 75 ข้อ ที่ผ่านการวิพากษ์ของคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก โดยส่วนหนึ่งเป็นข้อสอบเก่าที่มีค่าความยาก-ง่ายของข้อสอบ (p) อยู่ระหว่าง .2-.8 และค่าอำนาจการจำแนก (d) อยู่ระหว่าง .2-.8 และอีกส่วนหนึ่งเป็นข้อสอบที่ออกใหม่ อย่างไรก็ดีตามผู้วิจัย

ไม่สามารถนำข้อสอบชุดนี้ไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยงก่อนใช้ข้อสอบได้เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการรั่วไหลของข้อสอบ และหลังจากใช้ข้อสอบชุดดังกล่าวนี้แล้วผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของข้อสอบทั้งชุด เนื่องจากเป็นการจัดสอบใน e-Testing ที่ไม่สามารถดึงข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ได้ 2) แท็บเล็ตหรือเครื่องคอมพิวเตอร์ที่นักศึกษาแต่ละคนใช้ในการสอบแบบออนไลน์ 3) โปรแกรม ZOOM ที่ใช้สำหรับกำกับติดตามพฤติกรรมผู้สอบให้เป็นไปตามระเบียบการจัดสอบแบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 4) ระบบอินเทอร์เน็ตแบบไร้สาย 5) โจทย์คำถามหรือ โจทย์สถานการณ์สำหรับการสอบ OSPE ที่ผ่านการวิพากษ์ของคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 3 โจทย์คำถาม 6) หุ่นเด็ก วัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการทำหัตถการทางการพยาบาลทั้ง 3 ทักษะ และ 7) มือถือแบบสมาร์ตโฟน ใช้สำหรับจับเวลาและส่งเสียงเตือนเมื่อหมดเวลาในแต่ละสถานี

ผลการศึกษา

การพัฒนา รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานที่กล่าวไว้ในระยะที่ 2 เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนดให้มีการรวมตัวกันไม่เกินห้องละ 15 คน ทีมผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ดำเนินกิจกรรมการประเมินผลความรู้และทักษะรวมยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ประกอบด้วย กิจกรรมดังนี้

1. เตรียมความพร้อมอาจารย์ผู้คุมสอบและจัดการสอบ จำนวน 9 คน และนักศึกษาที่จะเข้าสอบจำนวน 60 คน โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาชี้แจงขั้นตอนวิธีการสอบนัดหมายวันเวลาสถานที่สอบและข้อปฏิบัติในการสอบ ดังนี้

1.1 การสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ ซึ่งเป็นการสอบผ่านระบบ e-Testing ของมหาวิทยาลัย โดยให้นักศึกษาสอบผ่านออนไลน์ในห้องพักของตนเอง โดยเข้าระบบ ZOOM และเปิดกล้องเพื่อให้เห็นหน้าและสภาพแวดล้อมของโต๊ะที่ใช้สอบ ไม่อนุญาตให้เปิดหนังสือหรือเอกสารใด ๆ รวมทั้งการเปิด website อื่น ๆ ในขณะที่สอบ ผู้สอบที่มีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางทุจริตการสอบจะถูกลงโทษตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

1.2 การสอบ OSPE มีทั้งหมด 10 สถานี โดยเป็น สถานีปฏิบัติการที่ผู้สอบต้องแสดงการทำหัตถการกับหุ่นเด็ก ตามโจทย์สถานการณ์เป็นลำดับขั้นตอน โดยมีอาจารย์ผู้คุม สอบประจำสถานีเป็นผู้ให้คะแนนตามรายการที่กำหนด จำนวน 3 สถานี ได้แก่ การใส่สายยางให้อาหารลงสู่ กระเพาะอาหาร โดยผ่านทางจมูก การพ่นยาเป็นฝอยละออง และการดูดเสมหะทางปากและจมูก และสถานีข้อคำถามที่ ผู้สอบเขียนคำตอบลงในกระดาษคำตอบ จำนวน 7 สถานี แต่ละสถานีใช้เวลา 7 นาทีในการทำหัตถการหรือเขียน คำตอบ เมื่อครบเวลาอาจารย์ผู้คุมสอบในแต่ละห้องจะเปิด ลัญญาณเตือนให้ผู้สอบย้ายสถานีโดยให้เขียนไปทางด้าน ซ้ายหรือขวาในทิศทางเดียวกัน และเริ่มทำหัตถการหรือ เขียนคำตอบในสถานีต่อไปได้เลย เมื่อผู้สอบเวียนครบ ทุกสถานีให้นั่งประจำที่จนกว่าอาจารย์ผู้คุมสอบจะ อนุญาตให้ย้ายห้องสอบ การสอบ OSPE ครั้งนี้มีห้องสอบ ที่จัดไว้ทั้งหมด 4 ห้อง เพื่อให้สอบได้รอบละ 20 คน นักศึกษา แต่ละคนจะต้องเข้าสอบครบ 2 ห้อง เมื่อการสอบเสร็จสิ้น แล้วให้อยู่ประจำสถานีสุดท้ายของตนเองและรอจนกว่า อาจารย์ผู้คุมสอบจะอนุญาตให้ไปอยู่ที่ในบริเวณกักตัว

2. จัดสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ผ่านระบบ e-Testing โดยผู้สอบทั้งหมดสอบพร้อมกัน กำหนดเวลาในการสอบ ทั้งหมด 90 นาที โดยนักศึกษาแต่ละคนทำข้อสอบจาก ห้องตนเองที่อยู่ในหอพักนักศึกษาพยาบาล โดยมีอาจารย์ ผู้คุมสอบกำกับและติดตามความเคลื่อนไหวของผู้สอบผ่าน ทางระบบ ZOOM รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาดัง ๆ ที่อาจเกิด ขึ้นในระหว่างสอบ เช่น ผู้สอบหลุดออกจากระบบ ZOOM หรือผู้สอบปิดกล้อง เป็นต้น

3. จัดสอบ OSPE ที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 20 คน จัดห้องสอบ พร้อมกัน 4 ห้อง โดยมีห้องละ 5 สถานี รวมทั้งหมด 10 สถานี ประกอบด้วย สถานีปฏิบัติการ 3 สถานี สถานี ข้อคำถาม 7 สถานี แต่ละห้องมีอาจารย์คุมสอบประจำ สถานีปฏิบัติการสถานีละ 1 คน โดยนักศึกษา 1 คน ต้อง เข้าห้องสอบรวม 2 ห้อง ให้ครบทั้ง 10 สถานี ใช้เวลาสอบ สถานีละ 7 นาที รวมเวลาสอบ 70 นาที เมื่อนักศึกษา กลุ่มที่ 1 สอบเสร็จจะถูกกักตัวไม่ให้พบกับนักศึกษากลุ่มที่ 2 และ 3 จากนั้น จัดนักศึกษากลุ่มที่ 2 และ 3 เข้าสอบทักษะ

โดยปฏิบัติตามวิธีการเดิมตามลำดับ ทั้งนี้การสอบทักษะ จะอยู่ภายใต้เงื่อนไขมีผู้เรียนและผู้สอนอยู่ในห้องรวมกัน ไม่เกินห้องละ 15 คน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมิน ความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสม ผสาน เป็นระยะที่ประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมิน ความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสม ผสานทั้งจากนักศึกษาและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการสอบ วัดความรู้และสอบวัดทักษะตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา โดยการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาค การศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 กลุ่ม 01 จำนวน 60 คน และอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 9 คน ซึ่งเป็น ผู้ที่ใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอด ทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานในระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียน เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 กลุ่ม 01 ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยการ ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมิน ความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสม ผสาน จำนวน 55 คน (อีก 5 คน ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย) และนักศึกษาจำนวน 6 คน ที่ยินดีเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ที่ยินดีร่วมในการ สนทนากลุ่ม จำนวน 9 คน อีก 1 คน ไม่ได้มีส่วนร่วม ในการใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอด ทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานในสัปดาห์สุดท้ายของ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เรียน จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) เกรดเฉลี่ยสะสม 4) เกรดในรายวิชาการพยาบาลเด็ก 5) ประสบการณ์ในการ เรียนรู้แบบออนไลน์ในรายวิชาปฏิบัติ 6) ความพึงพอใจ ต่อการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์ในรายวิชาปฏิบัติก่อน เรียนรายวิชานี้ 7) ประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบ

ผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติ8) ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติก่อนเรียนวิชานี้

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สอน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ประสบการณ์การสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 4) ประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสาน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน เป็นแบบสอบถามที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการจัดสอบวัดความรู้ ทางการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 6 ข้อ และ ด้านการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) จำนวน 9 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อเป็นแบบวัดแบบมาตรา (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความพึงพอใจในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความพึงพอใจในระดับน้อย และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

2.4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานตามการรับรู้ของผู้สอนและผู้เรียน ซึ่งทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 6 ข้อ เช่น "ท่านรู้สึกอย่างไร (คิดอย่างไร/เข้าใจอย่างไร) ต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก" "ท่านพบปัญหาหรืออุปสรรคอะไรบ้างในการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็ก" "ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กไปใช้" และ "ท่านคิดว่าถ้าจะใช้รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กให้ได้ผลดียิ่งขึ้น ควรต้องมีการปรับหรือจัดอะไรเพิ่มเติมจากที่ทำอยู่อย่างไร"

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะ

รวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน และแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลเด็กและมีประสบการณ์ในการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน จำนวน 5 ท่านคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 ส่วนแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยผู้วิจัยปรับแก้ไขแบบสอบถามตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคได้ค่าโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .96 ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวเกิดหลังจากการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการคำนวณค่าจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 55 คน เนื่องจากยังไม่เคยมีการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในคณะพยาบาลศาสตร์มาก่อนจึงไม่สามารถทดลองใช้เครื่องมือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน โดยผู้ประสานงานหลักสูตรปริญญาตรี ส่งแบบสอบถามผ่านนักศึกษาที่เป็นตัวแทนชั้นปีเพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง และหลังจากตอบแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนที่ตัวแทนชั้นปี ซึ่งตัวแทนชั้นปีเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามทั้งใส่ซองปิดผนึก และนำมาส่งที่ผู้ประสานงานหลักสูตรปริญญาตรี และนำส่งทีมผู้วิจัยต่อไป

2. การสนทนากลุ่ม ทำโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำสนทนากลุ่ม การจัดการเรียนการสอน

และไม่อยู่ในกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน จัดสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา 1 ครั้ง และจัดสนทนากลุ่มสำหรับอาจารย์ 1 ครั้ง โดยใช้ห้องประชุม ที่มีไมโครโฟนสำหรับผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคน ใช้เวลาประมาณ 1.5 ชั่วโมงต่อครั้ง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้อยู่ภายใต้ชุดโครงการวิจัยการพัฒนารูปแบบ การจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กแบบ ผสมผสานเพื่อทดแทนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของศูนย์จริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรองเลขที่ PSU IRB 2021-LL-Nur 032 (Internal) ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน ตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยอย่างอิสระ และมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลจะถูกเก็บเป็น ความลับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการ ประเมินผลความรู้และทักษะรบบยอดทางการพยาบาลเด็ก แบบผสมผสาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนา กลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหาที่มุ่งเน้นการค้นหาข้อสรุป จากเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 55 คน อายุระหว่าง 21-23 ปี อายุเฉลี่ย 21.82 ปี (S.D. = .47) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.9) มีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ระหว่าง 3.05-3.83 และมีเกรดรายวิชาการพยาบาลเด็ก

อยู่ในช่วง B+ มากที่สุด (ร้อยละ 54.5) รองลงมาคือ เกรด B (ร้อยละ 25.5) และเกรด A (ร้อยละ 20.0) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติ ออนไลน์ (ร้อยละ 96.4) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.9 มีระดับ ความพึงพอใจในการเรียนออนไลน์ในรายวิชาที่ผ่านมาอยู่ใน ระดับมาก รองลงมาคือ รู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 29.1 และกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการเรียนการสอน แบบผสมผสาน (ร้อยละ 85.5) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.6 มีความพึงพอใจการเรียนการสอนแบบผสมผสานจาก ในอดีตอยู่ในระดับมากและนักศึกษาที่เข้าร่วมการสนทนา กลุ่มจำนวน 6 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด

อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ที่เข้าร่วมการ สนทนากลุ่มจำนวน 9 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุ ระหว่าง 29-60 ปี ( $\bar{x} = 42.00$ , S.D. = 13.95) มีประสบการณ์ การสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กอยู่ระหว่าง 2-20 ปี และทุกคนไม่มีประสบการณ์การจัดการเรียน การสอนในรูปแบบผสมผสาน

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการ ประเมินความรู้และทักษะรบบยอดทางการพยาบาลเด็ก แบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความ พึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.23$ , S.D. = .59) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดของด้านการ จัดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก คือ ผู้สอน อธิบายวิธีการสอบและการเตรียมตัวสอบแก่ผู้เรียนชัดเจน ( $\bar{x} = 4.33$ , S.D. = .51) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความ เหมาะสมของระยะเวลาสอบ ( $\bar{x} = 4.18$ , S.D. = .69) สำหรับความพึงพอใจในด้านการสอบทักษะทางการ พยาบาลเด็ก พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเหมาะสม ของสถานที่สอบและการอำนวยความสะดวกของทีม ผู้สอน ( $\bar{x} = 4.27$ , S.D. = .56 และ  $\bar{x} = 4.27$ , S.D. = .52 ตามลำดับ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจ ต่อความเหมาะสมของระยะเวลาในการสอบแต่ละสถานี ( $\bar{x} = 4.15$ , S.D. = .73) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน (n = 55)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
<b>ด้านการจัดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็ก</b>			
1. ผู้สอนอธิบายวิธีการสอบและการเตรียมตัวสอบแก่ผู้เรียนชัดเจน	4.33	.51	มาก
2. ข้อสอบวัดความรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก	4.31	.54	มาก
3. ข้อสอบวัดความรู้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก	4.22	.53	มาก
4. ความเหมาะสมของวิธีการสอบ	4.24	.54	มาก
5. ความเหมาะสมของจำนวนข้อสอบ	4.27	.52	มาก
6. ความเหมาะสมของระยะเวลาสอบ	4.18	.69	มาก
<b>ด้านการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE)</b>			
1. ผู้สอนอธิบายวิธีการสอบและการเตรียมตัวสอบแก่ผู้เรียนชัดเจน	4.18	.64	มาก
2. โจทย์ในสถานีสอบสอดคล้องกับทักษะทางการพยาบาลของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก	4.25	.58	มาก
3. ความเหมาะสมของวิธีการสอบ	4.24	.66	มาก
4. ความเหมาะสมของจำนวนสถานีสอบ	4.18	.66	มาก
5. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการสอบแต่ละสถานี	4.15	.73	มาก
6. ความเหมาะสมของสถานที่สอบ	4.27	.56	มาก
7. ความพร้อมของวัสดุและอุปกรณ์ประจำสถานีสอบ	4.16	.66	มาก
8. การอำนวยความสะดวกของทีมผู้สอน	4.27	.52	มาก
9. การสอบช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการเรียนของผู้เรียน	4.22	.56	มาก
<b>ความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ย</b>	<b>4.23</b>	<b>.59</b>	<b>มาก</b>

ส่วนที่ 3 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานจากการสนทนากลุ่มของนักศึกษาพยาบาลจำนวน 6 ราย ที่สัมภาษณ์ในการเข้าร่วมการให้ข้อมูลผลการสนทนากลุ่ม พบว่า

1) การทบทวนการฝึกทักษะที่จำเป็นทางการพยาบาลเด็กที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (NLRC) ไม่เกิน 5 คน/กลุ่ม ร่วมกับการฝึกทักษะแบบออนไลน์ โดยการถ่ายทอดสด หรือบันทึกเป็นคลิปวิดีโอการฝึกทักษะ ส่งอาจารย์

ประจำกลุ่มเพื่อรับข้อเสนอแนะ (Feedback) นักศึกษาทุกคนเห็นว่า มีประโยชน์อย่างมากในการเตรียมความพร้อมก่อนสอบ และเป็นการทบทวนตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์และขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลเด็กที่จะใช้สอบ ทั้ง 3 ทักษะ ได้แก่ การใส่สายยางให้อาหาร ลงสู่กระเพาะอาหาร โดยผ่านทางปากและจมูก การพันยาเป็นฝอยละออง และการดูดเสมหะทางปากและจมูก โดยนักศึกษาทุกคนให้ข้อมูลตรงกันว่า "การทบทวนทำให้มั่นใจในการสอบมากขึ้น"

2) การสอบวัดความรู้ทางการปฏิบัติการพยาบาลเด็กแบบออนไลน์ (e-Testing) เป็นข้อสอบปรนัย จำนวน 75 ข้อ นักศึกษาบางส่วนให้ข้อมูลว่า "ข้อสอบยากมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคค่อนข้างมาก" และ "ทำข้อสอบไม่ทัน"

3) การสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) รวม 10 สถานี นักศึกษาทุกคนเข้าใจถึงเหตุการณ์เข้าสู่สอบทักษะห้องละ 15 คน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตลอดจนการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็กจะช่วยสะท้อนให้นักศึกษาทราบถึงความสามารถและทักษะทางการพยาบาลเด็กของตนเองหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติรายวิชาโดยนักศึกษาสะท้อนว่า "เข้าใจว่าต้องสอบครั้งละ 15 คน เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโควิด 19" และ "ผลการสอบทำให้รู้ว่าตัวเองมีความรู้มากน้อยแค่ไหนและปฏิบัติทักษะได้ดีหรือไม่ เพื่อนำไปพัฒนาตัวเองต่อไป"

4) ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนั้น นักศึกษาทุกคนไม่พบปัญหาหรืออุปสรรคขณะร่วมกิจกรรม แต่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาสอบ "การสอบ OSPE ออกมาให้เพิ่มเวลาสอบในแต่ละสถานี เนื่องจากปฏิบัติบางทักษะไม่ทัน"

5) นักศึกษาผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่ารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนี้ สามารถนำมาใช้ทดแทนการสอบวัดความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบเผชิญหน้าได้เนื่องจากมีทั้งการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ (e-Testing) และการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) ในรูปแบบเผชิญหน้า (Face to face) โดยนักศึกษาให้ข้อมูลว่า "การสอบแบบผสมผสานที่ผ่านมาใช้ทดแทนการสอบแบบเดิมได้ กรณีมีโควิด เนื่องจากมีการสอบหลากหลาย"

ส่วนที่ 4 ความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน จากการสนทนากลุ่มของอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 9 ราย ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า

1) ขั้นตอนการเตรียมและพัฒนาข้อสอบวัดความรู้ทางการปฏิบัติการพยาบาล แบบปรนัย จำนวน 75 ข้อ และ

การสร้างโจทย์สถานี OSPE เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทีมผู้สอนได้ร่วมกันกำหนดหัวข้อหรือประเด็นที่จะนำมาสร้างโจทย์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาและผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง จากนั้นผู้รับผิดชอบแต่ละหัวข้อรับผิดชอบสร้างข้อสอบให้ครอบคลุมเนื้อหาที่กำหนดและนำมาวิพากษ์โดยทีมผู้สอน

2) การเตรียมทีมผู้สอนการจัดทำคู่มือบริหารการสอบ ตลอดจนการเตรียมสถานที่สอบ หน้าที่ผู้ช่วยเด็ก วัสดุและอุปกรณ์ประจำสถานีสอบและการชี้แจงข้อมูลนักศึกษา ก่อนการสอบ จะช่วยให้การดำเนินการสอบเป็นไปด้วยดี ลดการเกิดปัญหาและอุปสรรคระหว่างการสอบ

3) รูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนี้ สามารถนำมาใช้ทดแทนการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนการฝึกภาคปฏิบัติแบบเผชิญหน้าได้เนื่องจากทีมผู้สอนได้ร่วมกันออกแบบรูปแบบการประเมินแบบผสมผสาน ทั้งการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ (e-Testing) และการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) ในรูปแบบเผชิญหน้า (Face to face) ซึ่งครอบคลุมความรู้และทักษะที่ใช้ในการประเมินความรู้และทักษะแบบเผชิญหน้าที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล (NLRC) และดำเนินการสอบอยู่ภายใต้เงื่อนไขมีผู้เรียนและผู้สอนอยู่ในห้องรวมกันไม่เกินห้องละ 15 คน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### การอภิปรายผล

1. รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของการสอบประเมินหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติ ประกอบด้วย การสอบวัดความรู้แบบออนไลน์ โดยใช้ข้อสอบแบบเลือกตอบและการสอบ OSPE แบบเผชิญหน้า จุดมุ่งหมายของสอบประเมินหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติโดยการใช้รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานครั้งนี้เป็นการประเมินเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า นักศึกษาที่ผ่านการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลเด็กมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และผู้รับ

บริการเกิดความปลอดภัยซึ่งรูปแบบการสอบประเมินหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัตินี้แตกต่างจากการสอบแบบเผชิญหน้าซึ่งเป็นแบบดั้งเดิมที่ถือปฏิบัติกันมายาวนาน แต่จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถจัดสอบแบบเผชิญหน้าได้อย่างเต็มรูปแบบเหมือนในอดีต สะท้อนได้ว่า การสอบวัดความรู้แบบออนไลน์โดยใช้ข้อสอบแบบเลือกตอบยังคงสามารถประเมินความรู้ของผู้เรียนได้เช่นเดียวกับการสอบแบบเผชิญหน้า ซึ่งการสอบออนไลน์ในรูปแบบ e-Testing เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานำรูปแบบการสอบแบบ e-Exams มาใช้กับนักศึกษาาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอังกษามัน ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Eltahir, Alsalthi, & Al-Qatawneh, 2022)

สำหรับการสอบ OSPE ในครั้งนี้ประยุกต์มาจากการสอบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) โดยแตกต่างกันที่การสอบ OSPE ไม่มีการใช้ผู้ป่วยจำลอง ในขณะที่การสอบ OSCE จะมีการใช้ผู้ป่วยจำลอง (Ronald, Harden & Robert, 1980) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสอบ OSCE ทางพยาบาลศาสตรศึกษา ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ใช้ผู้ป่วยจำลอง ซึ่งแตกต่างจากการสอบ OSCE ทางแพทยศาสตรศึกษา ดังนั้นการสอบ OSPE กับการสอบ OSCE จึงแทบจะไม่มี ความแตกต่างกัน ทั้งนี้ การสอบทั้ง OSPE และ OSCE ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการประเมินที่มีมาตรฐานและครอบคลุมการวัดทั้งระดับความรู้ ทักษะ เจตคติ และการตัดสินใจ ซึ่งถือเป็นการประเมินตามสภาพจริงจากการปฏิบัติ (Direct observation) โดยมี โจทย์สถานการณ์หรือผู้ป่วยจำลองแต่ละสถานี ให้นักศึกษา หมุนเวียนและเป็นเงื่อนไขให้นักศึกษาแสดงสมรรถนะ หรือทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การสื่อสาร การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (Limratana, 2008) จึงเทียบเคียงได้ว่ารูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบรวมอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนี้ สอดคล้องกับวิธีการประเมินผลการเรียนรู้ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติในคลินิกที่เหมาะสมสำหรับด้านพยาบาล ศาสตรศึกษาและหลายสถาบันนิยมใช้ (Noyarach,

Wattakiecharoen, Prewnim, Kunthakhu, & Chatkaew, 2021; Pipatsombat, Kienwong, Kwhanyuen, Chobarunsitti, Tejangkura, & Satsin, 2020; Ekthamasuth, Taweasuk, & Chojjoho, 2017; Inkaew & Pakanta, 2017; Jonglertmontree, 2017; Kooariyakul, 2017)

2. ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบรวมอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.23$ , S.D. = .59) จากการ สทนทนากลุ่มผู้เรียนให้เหตุผลว่ารูปแบบการประเมินผลนี้ มีความหลากหลาย ทั้งการสอบวัดความรู้แบบออนไลน์และการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) แบบเผชิญหน้า ซึ่งผู้สอนอธิบายวิธีการสอบและการเตรียมตัวสอบ แก่ผู้เรียนชัดเจน และมีการทบทวนความรู้และฝึกซ้อม ทักษะทางการพยาบาลเด็กก่อนการประเมินผลจริง จากการ ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสอบ ประเมินหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติในรูปแบบ ผสมผสาน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากก่อนหน้านี้ไม่มีการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่มีข้อจำกัด ในการสอบแบบเผชิญหน้า รวมทั้งการจัดการเรียนรู้อยู่ แบบออนไลน์ยังไม่ได้รับความนิยมอย่างไรก็ตามงานวิจัย ส่วนใหญ่พบว่าผู้เรียนพึงพอใจกับการสอบ OSCE (Chongloi, Thomas, Hansaram, Ara, & Deepak, 2016; Ekthamasuth, et al. 2017; Soivong, Lasuka, Chaiard, Khampolsiri, Phothikun, & Kiatwattanacharoen, 2014) การสอบ OSPE มีประโยชน์ เป็นการสอบที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้าน ความรู้และทักษะ และมีความตื่นเต้นและน่าสนใจ (Chongloi et al., 2016) การศึกษาของประทุม สร้อยวงค์ และคณะ (Soivong et al., 2014) ประเมินผลความเป็นไปได้ ของรูปแบบการประเมินผลสัมฤทธิ์การฝึกปฏิบัติการ พยาบาลรวบรวมอดทางอายุรศาสตร์ โดยใช้แบบประเมิน ความพึงพอใจและการสนทนากลุ่มของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 7 คน เกี่ยวกับการประเมินผลด้วยวิธี OSCE ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 คนประเมินความ พึงพอใจอยู่ในระดับร้อยละ 70 ส่วนอีก 4 คน มีความ พึงพอใจระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป

เมื่อพิจารณารายด้านการจัดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับ การพยาบาลเด็ก และด้านการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ โดยเฉพาะด้านความพึงพอใจต่อข้อสอบที่วัดความรู้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ( $\bar{x}=4.31$ , S.D. = .54 และ  $\bar{x}=4.22$ , S.D. = .53 ตามลำดับ) และโจทย์ในสถานีสอบสอดคล้อง กับทักษะทางการพยาบาลของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ( $\bar{x}=4.25$ , S.D. = .58) สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ การสอบประเมินทักษะทางคลินิก ในรายวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ 2 ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลได้ระบุว่า โจทย์ในสถานการณ์ที่ใช้สอบครอบคลุมเนื้อหาหารายวิชา ที่ซับซ้อนและพบบ่อย (Noyarach et al., 2021)

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อความเหมาะสม ของระยะเวลาสอบ ทั้งด้านการจัดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับ การพยาบาลเด็ก และด้านการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก แม้ว่าระดับความพึงพอใจจะอยู่ในระดับมากทั้งสองข้อ ( $\bar{x}=4.18$ , S.D. = .69 และ  $\bar{x}=4.15$ , S.D. = .73 ตามลำดับ) แต่เป็นข้อที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ ข้ออื่นๆ และจากการสนทนากลุ่มของผู้เรียนได้ข้อมูลว่า ทำข้อสอบไม่ทัน ทั้งในข้อสอบวัดความรู้เกี่ยวกับการ พยาบาลเด็ก และการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก ดังนั้น การเตรียมตัวและฝึกซ้อมทักษะทางการพยาบาลเด็กก่อน การสอบจะช่วยให้การสอบเสร็จสิ้นในระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ทีมผู้สอนได้จัดกิจกรรมการทบทวนการฝึกทักษะ ที่จำเป็นทางการพยาบาลเด็กที่ศูนย์การเรียนรู้ทางการ พยาบาล (NLRC) ก่อนการสอบไว้ให้แล้ว ซึ่งอาจต้องเพิ่ม จำนวนวันและเวลาที่ให้นักศึกษาเข้ามาฝึกซ้อมทักษะทาง การพยาบาลมากขึ้น และให้ยืมหุ่นผู้ป่วยเด็ก วัสดุอุปกรณ์ ให้นักศึกษาไปฝึกซ้อมทักษะทางการพยาบาลเด็กนอกเวลา ที่หอพักต่อไป

3. ศึกษาความเป็นไปได้ ปัญหาและอุปสรรคของการใช้ รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการ พยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทาง การพยาบาลเด็กแบบผสมผสานนี้ ประกอบด้วย การสอบ

วัดความรู้ทางการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก แบบออนไลน์ (e-Testing) และการสอบทักษะทางการพยาบาลเด็ก (OSPE) ในรูปแบบเผชิญหน้า (Face to face) ที่ศูนย์การเรียนรู้ ทางการพยาบาล (NLRC) ซึ่งข้อสอบวัดความรู้ทางการ ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก โจทย์สถานี และแบบประเมินผล ทางคลินิก ผ่านขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ คาดหวังของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก รวมถึงการออก แบบให้ใกล้เคียงการประเมินผลการจัดการเรียนการสอน การฝึกภาคปฏิบัติในคลินิก และดำเนินการสอบอยู่ภายใต้ เงื่อนไขมีผู้เรียนและผู้สอนอยู่ในห้องรวมกันไม่เกิน ห้องละ 5 คน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความเป็น ไปได้และรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบ ยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ทั้งนี้อาจจะเนื่อง มาจากก่อนหน้านี้ไม่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอด ทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ในการศึกษาครั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง ในเรื่องของข้อจำกัดของหุ่นผู้ป่วย เด็กที่ไม่สามารถแสดงอาการและอาการแสดงได้เหมือน ผู้ป่วยจริง เช่น การร้องไห้ อาการหอบเหนื่อย การมีเสมหะ ในปากและจมูก ในส่วนนี้จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดของ ผู้เรียนและผู้เรียนสะท้อนปัญหาเรื่องระยะเวลาแต่ละฐาน น้อยเกินไปซึ่งการจัดระยะเวลาในแต่ละฐานเป็นไปตาม ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดสอบ OSPE และค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจด้านความเหมาะสมของระยะเวลาในการ สอบแต่ละสถานีอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า มีนักศึกษาบางส่วนทำข้อสอบหรือปฏิบัติทักษะไม่ทัน แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สอนและผู้เรียน ทุกคนสะท้อนว่า สามารถทดแทนการประเมินผลการฝึก ภาคปฏิบัติในคลินิกได้

ดังนั้นผลการศึกษารูปแบบการประเมินผลความรู้และ ทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานครั้งนี้ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถประเมินผู้เรียนได้ทั้งด้านความรู้ และทักษะทางการพยาบาล และความพึงพอใจต่อรูปแบบ

การประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ใกล้เคียงกับการประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิก ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ทดแทนการประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิก ในกรณีที่สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงหรือมีเหตุพิเศษอื่น ๆ จนไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในคลินิกและจัดการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าเป็นกลุ่มใหญ่ได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ไปประยุกต์ใช้ในการสอบประเมินหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่น ๆ โดยเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์ที่มีการจำกัดการรวมตัวกันของคนจำนวนมาก

2. นำรูปแบบการประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน ไปประยุกต์ใช้กับการประเมินความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิก

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการประเมินความรู้และทักษะทางการพยาบาลแบบผสมผสาน เพื่อประเมินความพร้อมของนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิก

2. ควรมีการวัดและประเมินผลความพึงพอใจของผู้สอนต่อรูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสาน และกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กต่อไป

### แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ 2564

### เอกสารอ้างอิง

- Canadian Association of School of Nursing. (2020). *Nursing education during the COVID-19 pandemic*. Retrieved 22 July 2021 from <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-POSITION-STATEMENT.pdf>.
- Chongloi, N., Thomas, P., Hansaram, A., Ara, M., & Deepak, K, K. (2016). Attitudes of undergraduate nursing students toward Objective Structure Practical Examination: An Exploratory study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 68-72.
- Eltahir, M. E., Alsalhi, N. R., & Al-Qatawneh, S. S. (2022). *Implementation of E-exams during the COVID-19 pandemic: A quantitative study in higher education*. Retrieved 10 May 2024 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9122221/pdf/pone.0266940.pdf>.
- Ekthamasuth, C., Taweasuk, P., & Chojjoho, R. (2017). The development of objective-structured clinical examination instrument in maternal and newborn nursing and midwifery practicum II. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 27-37. [In Thai].
- Graham, C.R. (2004). Blended learning systems: definition, current trends, and future directions. In: Bonk CJ, Graham CR, editors. *Handbook of blended learning: global perspectives, local design*. San Francisco: Pfeiffer Publishing.
- Inkaew, T., & Pakanta, I. (2017). Objective structured clinical examination (OSCE): Application in nursing practicum. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(3), 1-7. [In Thai].

- Jonglertmontree, W. (2017). Nursing skill assessment in nursing laboratory based on the concept of assessment for learning. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 147-159. [In Thai].
- Kanjanawasee S. (2017). Research and development for Thai education. *Statistics Education Research Journal*, 8(2), 1-18. [In Thai].
- Kooariyakul, A. (2017). Clinical learning assessment of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(2), 179-187. [In Thai].
- Limratana, N. (2008). *Objective structured clinical examination*. Retrieved 22 July 2021 from <http://teachingresources.psu.ac.th/document/2551/limrat/8Objective%20Structured%20Clinical%20Examination.pdf>. [In Thai].
- Noyarach, I., Wattakiecharoen, J., Prewnim, A., Kunthakhu, S., & Chatkaew, K. (2021). Experience of objective structured clinical examination (OSCE) in adult nursing 2 course among nursing students in Bangkokthonburi University. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 37-46. [In Thai].
- Pipatsombat, P., Kienwong, T., Kwhanyuen, R., Chobarunsitti, C., Tejangkura, L., & Satsin, T. (2020). The effectiveness among nursing students of the comprehensive OSCE clinical skills in the achievement of adult and elderly nursing practicum2. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 12(1), 59-75. [In Thai].
- Prince of Songkla University. (2021). *Announcement subject: Guidelines for teaching, learning and exam management during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic situation academic year 2021. The semester 1/2564*. retrieved 22 July 2021 from [https://hatyai.psu.ac.th/sites/files/n9434\\_pseudoc210564.pdf](https://hatyai.psu.ac.th/sites/files/n9434_pseudoc210564.pdf). [In Thai].
- Soivong, P., Lasuka, D., Chaiard, J., Khampolsiri, T., Phothikun, R., & Kiatwattanacharoen, S. (2014). Development and feasibility of the OSCE-based medical nursing comprehensive practice achievement test for senior nursing students. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 79-91. [In Thai].
- Ronald, M. H., & Robert, G. (1980). Assessment of practical skills: The objective structured practical examination (OSPE), *Studies in Higher Education*, 5(2), 187-196.

## บทความวิจัย

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุรูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรมการตัดสินใจ  
ต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว  
ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

The Causal Relationship Model among Leadership Styles, Decision Making Behaviors on  
Performance in Long Term Care Management of the Elderly of First-line Nurse Managers in  
Community Hospitals

ปานิสรา เกษมสุข (Panisara Kasemsuk)\*

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (Phechnoy Singchungchai)\*\*

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (Kannikar Chatdokmaiprai)\*\*\*

Received: December 26, 2023

Revised: January 29, 2024

Accepted: April 3, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบการเป็นผู้นำ และพฤติกรรมการตัดสินใจต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 312 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือวิจัยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย รูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงาน คุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.89 และ 1.00 ตามลำดับ และได้ค่าความเชื่อมั่นเป็นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.90 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน (SEM) ด้วยโปรแกรม LISREL

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลเชิงโครงสร้างของผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (CMIN/DF = 0.66, GFI = .98, AGFI = .96, CFI = 1, RMR = .00, RMSEA = .00) ผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.98, S.D. = .34) รูปแบบภาวะผู้นำอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.86, S.D. = .41) และพฤติกรรมการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.92, S.D. = .31) รูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้น มีอิทธิพลทางตรงในระดับต่ำต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ( $\beta$  = .032,  $p$  < .01) และมีอิทธิพลทางอ้อมระดับต่ำต่อผลการปฏิบัติงาน โดยผ่านพฤติกรรมการตัดสินใจ ( $\beta$  = .002,  $p$  < .01) รูปแบบภาวะผู้นำสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการตัดสินใจได้ร้อยละ 35.0

และรูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรมการตัดสินใจ สามารถอธิบายร่วมกันทำนายผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ร้อยละ 38.0 ผลการวิจัยเป็นข้อค้นพบใหม่ในด้านบริหารการพยาบาลในบริบทการจัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นการขยายความรู้ในรูปแบบภาวะผู้นำของโรงพยาบาลชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ สามารถนำไปศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในบริบทที่แตกต่างต่อไป

**คำสำคัญ:** ภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล

### Abstract

The purpose of Descriptive Research was to examine the relationship model among leadership style of first-line managers, decisionmaking behaviors and performance in long term care management of the elderly. The samples were 312 first-line nurse managers from community hospitals. The research instruments comprised of leadership style of first-line managers, decisionmaking behaviors and performance questionnaires. The content validity index were 0.93, 0.89 and 1.00. The reliability of research questionnaire with Cronbach's alpha coefficient were 0.83, 0.90 and 0.82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics ( $\bar{x}$ , S.D.) and Structural Equation Model (SEM). The LISREL was used to analyze the linear structural equation model.

The findings of this study revealed that the structural equation model of performance in long term care management of the elderly was congruent with the empirical data (CMIN/DF = 0.66, GFI = .98, AGFI = .96, CFI = 1, RMR = .00, RMSEA = .00). The performance, leadership style, and decisionmaking behaviors had high level ( $\bar{x}$  = 3.98, S.D. = .34;  $\bar{x}$  = 3.86, S.D. = .41;  $\bar{x}$  = 3.92, S.D. = .31), respectively. Leadership style of first-line managers had positive direct effects on performance ( $\beta$  = .032,  $p < .01$ ). Likewise, However, leadership style had an indirect effects on performance through decisionmaking behaviors ( $\beta$  = .002,  $p < .01$ ). Leadership style explained 35.0 percent of the variability in decisionmaking behavior, while the combination of leadership style and decision-making behavior able to jointly predict 38.0 percent of the performance in long term care management of the elderly. The results of this research show a new finding in the context of long-term care management for the elderly. It is to expand the knowledge of community hospital leadership model that affects decision-making behavior and can be further study the causal model in different contexts.

**Keywords:** Leadership, Decision Making Behaviors, Long Term Care Management of the Elderly, First-line Nurse Managers

Corresponding author: Panisara Kasemsuk ; Email : ampanisara@gmail.com

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากเกร็ด (Registered Nurse Professional Level, Pakkred Hospital)

\*\*ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand)

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) (Department of older persons, 2022) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวและแผ่ในวงกว้างไปจนถึงระดับประเทศและระดับโลก (Gajanandana, 2018) ดังนั้น การจัดการด้านสุขภาพจึงมีแนวโน้มเข้าสู่การดูแลสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาการบริหารจัดการภาวะผู้นำให้เกิดผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้ตามเป้าหมายขององค์กรจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการจัดการทางการแพทย์ (Castle & Decker, 2011) ซึ่งผลการปฏิบัติงานเป็นหนึ่งในปัญหาของการบริการสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการทำงานที่ส่งผลต่อผลผลิตทางการแพทย์ และความปลอดภัยของผู้ป่วย (Battisto, Pak, Vander, Wood, & Pilcher, 2009; Westbrook, Duffield, Li, & Creswick, 2011) การประเมินบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิพบว่าพยาบาลวิชาชีพจำนวนมากให้ความสำคัญกับการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาล ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุยังมีการดำเนินการไม่เหมาะสม สิ่งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพขาดความสามารถในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาที่ไม่ได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งภาระงานที่มีจำนวนมาก (Depkes, 2007)

ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่หลักในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ และการให้บริการในชุมชน (Depkes, 2006) การจัดการพยาบาลในหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีโครงสร้างเชิงบริบทของวัฒนธรรมไทย รูปแบบภาวะผู้นำในองค์กรพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ (West, Amit, Loewenthal, Eckert, West, & Lee, 2015; Lyons, Frampton, Naqvi, Donohoe, Adams, & Glynn, 2020) ผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งผู้บริหารระดับต้นทางการแพทย์ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก (Whaley &

Gillis, 2018) เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของบุคคลและองค์กร (Walker & Smither, 1999; Cleary, Visentin, West, Lopez, & Kornhaber, 2018) และเพิ่มผลการปฏิบัติงานทางการแพทย์ (Cleary, Toit, Scott, Gilson, 2018; Heulwen, & Stacey-Emile, 2019) ดังนั้น การขยายความรู้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบภาวะผู้นำในกลุ่มผู้บริหารระดับต้นทางการแพทย์ จะส่งผลต่อคุณภาพของบริการทางการแพทย์และผลการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว พบว่าผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวต้องอาศัยความร่วมมือของหลายหน่วยงาน ซึ่งจะสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับรูปแบบภาวะผู้นำ (West et al., 2015; Chen, Yang, Xiao, Zhou, & Wang, 2021; Phillips & Byrne, 2013; Vroom & Yetton, 2010) และพฤติกรรมการตัดสินใจ (Jayarathna & Weerakkody, 2016; Ojokuku & Roseline, 2014; George, George, & Caren, 2016; Vroom & Yetton, 2010) ของผู้บริหารระดับต้นจากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยยังมีจำนวนไม่มาก อีกทั้งประเด็นปัญหาการวิจัยยังไม่ชัดเจนในบริบทของผู้บริหารทางการแพทย์ชุมชน ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาวิจัยโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรม การตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน ที่เน้นในการจัดการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงการขยายความรู้ที่เน้นบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ในประเทศไทยที่ยังไม่มีการศึกษาการทดสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรม การตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้นทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตามแนวคิดรูปแบบภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับบริบทไทยและมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลในทางบวกต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น อีกด้วย ความสำคัญของงานวิจัยนี้จะได้ผลของการวิจัยไป ขยายความรู้เกี่ยวกับลักษณะผู้นำในบริบทไทยที่ส่งผลต่อ ผลการปฏิบัติงาน โดยส่งผ่านพฤติกรรมการตัดสินใจของ ผู้นำในโรงพยาบาลชุมชน

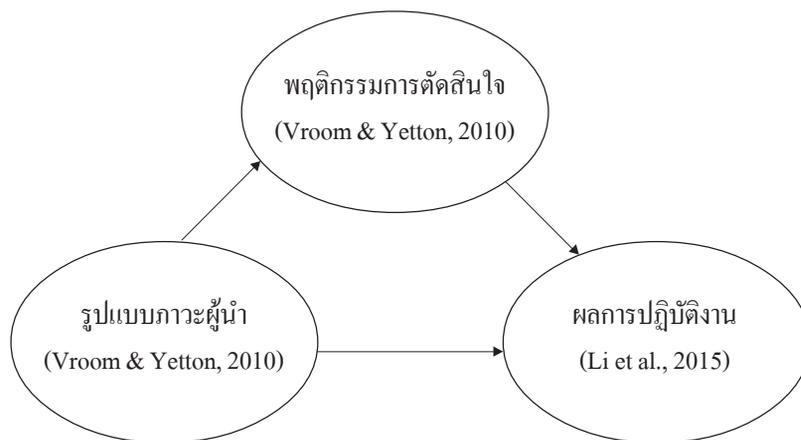
**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการ ตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับ ต้นทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และอิทธิพลทางอ้อม ของรูปแบบภาวะผู้นำ ที่มีต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยผ่าน พฤติกรรมการ ตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลในโรงพยาบาล ชุมชน

3. เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบ ภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงาน ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลใน โรงพยาบาลชุมชน กับข้อมูลเชิงประจักษ์

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

กรอบทฤษฎีการวิจัยครั้งนี้สังเคราะห์ขึ้นจากงานวิจัย และทฤษฎีบรรทัดฐานการตัดสินใจ (Normative decision model หรือ Normative decision theory) ของวรูมและ เยตตัน (Vroom & Yetton, 2010) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรที่ประกอบ ด้วยรูปแบบภาวะผู้นำ (Leadership styles) (Vroom & Yetton, 2010) พฤติกรรมการตัดสินใจ (Jayarathna & Weerakkody, 2016; Ojokuku & Roseline, 2014; George et al., 2016; Vroom & Yetton, 2010) และผลการปฏิบัติงาน ในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (West et al., 2015; Chen et al., 2021; Phillips & Byrne, 2013; Vroom & Yetton, 2010) ดังภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในลักษณะการศึกษาวិเคราะห์ (Analytical study) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1-3 ทั่วประเทศ จำนวน 549 คน (Nursing Division Ministry of Public, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1-3 จำนวน 312 คน ได้รับการสุ่มตัวอย่างโดยการเลือกโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยมีการแบ่งจำนวนโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1-3 ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 6 ภูมิภาค จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบที่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Probability sample) ด้วย วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อโรงพยาบาลทุกแห่งในแต่ละภูมิภาค สุ่มโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) เลือกโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาค ซึ่งทำการจับฉลากทีละภูมิภาคจนครบทั้ง 6 ภูมิภาค ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ การคำนวณหาตัวอย่างของหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โดยหลังจากได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนแล้วคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล คำนวณโดยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คูณด้วยจำนวนหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมของแต่ละภูมิภาค แล้วหารด้วยจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับการสุ่มทั้งหมด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม เรื่อง โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ

เป็นแบบเลือกตอบและการเขียนคำตอบสั้นๆ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ดำรงตำแหน่ง การจัดบริการ การอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และระยะเวลาที่อบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

### ส่วนที่ 2 แบบสอบถามรูปแบบภาวะผู้นำ ประเมิน

โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับขึ้นจากแนวคิดของ วูม และเยทตัน (Vroom & Yetton, 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยมีค่าวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.93 มีการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และมีการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.83

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการตัดสินใจ

ประเมินโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามโมเดลการตัดสินใจที่เป็นแบบอย่าง (Normative decision model) (Vroom & Yetton, 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยมีค่าวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.93 มีการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และมีการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.92 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเดียวกันกับส่วนที่ 2

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลการปฏิบัติงาน ประเมิน

โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของ หลี่ หวง ก้าว และสูง (Li, Huang, Kuo, & Hung, 2015) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 51 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert rating scales) 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยมีค่าวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.93 มีการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง และมีการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.82 โดยในส่วนที่ 2-4 มีเกณฑ์การให้คะแนน (Srisa-ard, 2013) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามที่มหาวิทยาลัยคริสเตียนรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้แล้ว

2. เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยจึงติดต่อประสานงานกับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับเขตสุขภาพทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการสุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 422 โรงพยาบาล โดยได้รับกลับคืนมาและผ่านการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแล้วรวมจำนวน 312 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 73.93 ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 เดือนในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม 2564

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ค่าระดับความ

คิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามรูปแบบภาวะผู้นำพฤติกรรมการตัดสินใจและผลการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทำการทดสอบสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิเคราะห์เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์ในด้านลักษณะการแจกแจงของข้อมูลในแต่ละตัวแปร โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง เพื่อพิจารณา ลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรสังเกตได้ว่ามีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Goodness of fit test

2.2 วิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ต้องไม่เกิน 0.85 ตามทฤษฎีของไคลน์ (Kline, 2011) โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.01

2.3 วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันชั้น (Confirmatory Factor analysis: CFA) เพื่อหาความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path analysis) ที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นและการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันชั้นของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยใช้โปรแกรม LISREL

2.4 วิเคราะห์ความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทฤษฎีกับข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Models :SEM) โดยใช้โปรแกรม LISREL ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบและแสดงว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐานการวิจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย  $p\text{-value} > .05$ ,  $2X/df$  3, GFI 0.9, NFI 0.9, CFI 0.9, RMR 0.05, RMSEA 0.05 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.08/2562 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2562 ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา แบบสอบถามถูกจัดเก็บอยู่ในที่ปลอดภัยผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะทำลายแบบสอบถามที่ได้รับกลับมามีทั้งฉบับ รวมถึงข้อมูลในคอมพิวเตอร์เมื่อเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

### ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.0) มีอายุระหว่าง 56-60 ปี มีมากที่สุด (ร้อยละ 29.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.4) กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การบริหาร 1-5 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 75.4) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การฝึกอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 79.0) โดยได้รับการอบรม 1-3 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 58.0)

**ส่วนที่ 2** ศึกษาาระดับรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับคะแนนจำแนกตามลักษณะโดยรวมของรูปแบบการเป็น พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยรวม (n = 312)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
รูปแบบภาวะผู้นำ	3.86	.41	มาก
พฤติกรรมการตัดสินใจ	3.92	.31	มาก
ผลการปฏิบัติงาน	3.98	.34	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.86, S.D. = .41;  $\bar{x}$  = 3.92, S.D. = .31;  $\bar{x}$  = 3.98, S.D. = .34) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.99, S.D. = .32) ประกอบด้วย 8 ด้าน เรียงลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านทักษะทางการพยาบาล ( $\bar{x}$  = 4.10, S.D. = .49) ด้านการให้ประเมินความต้องการ ( $\bar{x}$  = 4.06,

S.D. = .45) ด้านความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ( $\bar{x}$  = 4.03, S.D. = .50) ด้านการช่วยเหลือการใช้ชีวิตประจำวัน ( $\bar{x}$  = 4.01, S.D. = .48) ด้านบริหารจัดการ ( $\bar{x}$  = 4.00, S.D. = .41) ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ( $\bar{x}$  = 3.96, S.D. = .53) ด้านความรู้เกี่ยวกับการโภชนาการ ( $\bar{x}$  = 3.90, S.D. = .52) และด้านการวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการดูแล ( $\bar{x}$  = 3.82, S.D. = .53)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}$  = 3.86, S.D. = .41) ประกอบด้วย 3 รูปแบบ เรียงลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ แบบให้คำปรึกษา ( $\bar{x}$  = 3.99, S.D. = .77) แบบร่วมกันตัดสินใจ

( $\bar{x} = 3.95$ , S.D. = .48) และแบบอัตตาศิปปิไต่ย ( $\bar{x} = 3.88$ , S.D. = .46)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รูปแบบภาวะผู้นำพฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D. = .31) ประกอบด้วย 7 ด้าน เรียงลำดับ ค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านความไว้วางใจ ( $\bar{x} = 4.03$ , S.D. = .44) ด้านความซัดแย้ง ( $\bar{x} = 4.03$ , S.D. = .4) ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ ( $\bar{x} = 4.03$ , S.D. = .44) ด้านปัญหาที่ไร้โครงสร้าง ( $\bar{x} = 3.94$ , S.D. = .45) ด้าน ความสามารถ

ของผู้นำ ( $\bar{x} = 3.91$ , S.D. = .45) ด้านความเป็นธรรม ( $\bar{x} = 3.78$ , S.D. = .51) และด้านข้อมูล ( $\bar{x} = 3.76$ , S.D. = .48)

ส่วนที่ 3 ศึกษาอิทธิพลทางตรงระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำพฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และอิทธิพลทางอ้อมของรูปแบบภาวะผู้นำ ที่มีต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยผ่านพฤติกรรมการตัดสินใจ

ตารางที่ 2 ค่าสถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบเส้นทางการอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง โมเดลสมการ โครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน (n = 312)

ตัวแปร	อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)	อิทธิพลรวม (Total Effect)	ค่าสัมประสิทธิ์ การพยากรณ์ (R <sup>2</sup> )
รูปแบบภาวะผู้นำส่งผลต่อพฤติกรรม การตัดสินใจ (LS → DB)	.01	-	.01	.35
รูปแบบภาวะผู้นำส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน (LS→JP)	.03	-	.03	-
พฤติกรรมตัดสินใจ ส่งผลต่อ ผลการปฏิบัติงาน (DB→JP)	.02	-	.02	-
รูปแบบภาวะผู้นำส่งผลทางอ้อม ต่อผลการปฏิบัติงาน (LS→DB→JP)	.01	.02	.03	.38

จากตารางที่ 2 พบว่า (1) รูปแบบภาวะผู้นำมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางตรงเท่ากับ .01 และเส้นทางอ้อมเท่ากับ .02 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางรวมเท่ากับ .03 (2) รูปแบบภาวะผู้นำยังมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .01 และ (3) พฤติกรรมตัดสินใจ มีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .02

ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) ของรูปแบบภาวะผู้นำที่มีต่อพฤติกรรมการตัดสินใจ มีค่าเท่ากับ 0.35 ซึ่งหมายความว่า รูปแบบภาวะผู้นำสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการตัดสินใจได้ร้อยละ 35 ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) ของรูปแบบภาวะผู้นำที่มีต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยผ่านพฤติกรรมการตัดสินใจ มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R<sup>2</sup>) เท่ากับ 0.38 ซึ่งหมายความว่ารูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรมการตัดสินใจสามารถอธิบายร่วมกันทำนายผลการปฏิบัติงานในการ

จัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้ ร้อยละ 38 จากข้อค้นพบนี้แสดงว่ายังมีตัวแปรอื่นอีกร้อยละ 62 ที่นอกเหนือจากรูปแบบภาวะผู้นำและพฤติกรรม การตัดสินใจ ที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน ได้เช่นกัน

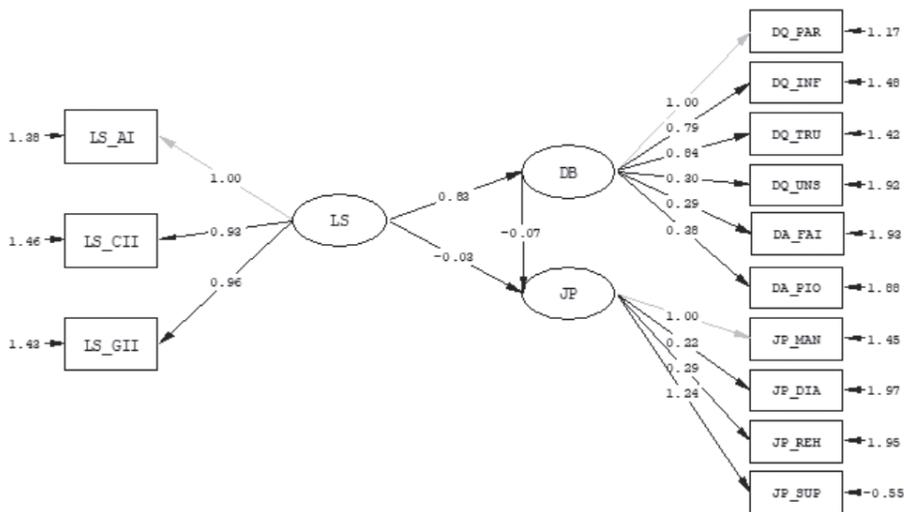
**ส่วนที่ 4** ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำ พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวกับข้อมูลเชิงประจักษ์

**ตารางที่ 3** ผลการตรวจสอบความสอดคล้องและความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจากข้อมูลเชิงประจักษ์ (n = 312)

Chi-Square	df	P	Chi-Square/df	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
161.69	62	0.019	2.61	0.00	1	0.97	0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี โดยพิจารณาจากค่าโดยพิจารณาจาก Chi-Square/df มีค่าเท่ากับ 2.61 ค่า SRMR มีค่าเท่ากับ 0.01 ค่า RMSEA มีค่าเท่ากับ 0.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์โดยค่า SRMR และค่า RMSEA ต้องมีค่าน้อยกว่า 0.08 และในส่วนของค่าดัชนี CFI และ TLI มีค่าเท่ากับ 1 และ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์โดยค่า CFI และ

TLI ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.90-1.00 จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมและกลมกลืนดี ซึ่งบ่งชี้ได้ว่ารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถแสดงค่าสถิติจากรูปแบบที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังภาพที่ 2



Chi-Square = 161.69, df 62, P = 0.019,  $\chi^2$  /df (CMIN/DF) = 2.61, RMSEA = 0.00  
CFI = 1, TLI = 0.97, SRMR = 0.01

**ภาพที่ 2** โมเดลสมการ โครงสร้างของรูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้นและพฤติกรรม การตัดสินใจกับผลการปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ใน โรงพยาบาลชุมชน หลังปรับ โมเดล

หมายเหตุ:

LS = รูปแบบภาวะผู้นำ, LS\_AI = แบบอัตตาธิปไตย, LS\_CII = แบบให้คำปรึกษา, LS\_GII = แบบร่วมกันตัดสินใจ  
 DB = พฤติกรรมการตัดสินใจ, DQ\_PAR = ด้านความสามารถของผู้นำ, DQ\_INF = ด้านข้อมูล, DQ\_TRU = ด้านความไว้วางใจ, DQ\_UNE = ด้านปัญหาที่ไร้โครงสร้าง, DA\_CON = ด้านความขัดแย้ง, DA\_FAI = ด้านความเป็นธรรม,  
 DA\_PIO = ด้านการยอมรับลำดับความสำคัญ JP = ผลการปฏิบัติงาน JP\_MAN = ด้านความสามารถของผู้นำ, JP\_NEE = ด้านการประเมินความต้องการ, JP\_DIA = ด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์และแผนการดูแล, JP\_REH = ด้านความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ, JP\_KNO = ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ, JP\_DRU = ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา, JP\_SUP = ด้านการช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน, JP\_SKI = ด้านทักษะทางการแพทย์

## การอภิปรายผล

จากการวิจัย อภิปราย ดังนี้

### 1. รูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาล รพช.ชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า รูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้น อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.92$ , S.D. = .31) สอดคล้องกับการวิจัยของจอร์จ และคณะ (George et al., 2016) ได้ทำการศึกษานำมาใช้รูปแบบภาวะผู้นำจะทำให้พนักงานมีผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นมากกว่าที่ไม่ได้ใช้รูปแบบภาวะผู้นำสามารถทำนายความมุ่งมั่น และผลการปฏิบัติงานของพนักงานได้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บริษัทที่ชนะรางวัล COYA ระหว่างปี 2010-2013 สํารวจในผู้จัดการอาวุโส จำนวน 69 คน พบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับผลการปฏิบัติงาน ( $R = .482$ ,  $p < .01$ ) และพบว่า ภาวะผู้นำแบบมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน ( $\beta = .269$ ,  $p < .01$ ) โอโจคุคุและโรซาลีน (Ojokuku & Roseline, 2014) ได้ทำการศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อผลการปฏิบัติงานของบริษัทระดับเล็กและระดับกลางในลาโกส ในจีเรีย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ พนักงาน จำนวน 129 คน ผลการศึกษพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ต่อผลการปฏิบัติงาน ( $R = .597$ ,  $p < .01$ ) และพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีอิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน ( $\beta = .597$ ,  $p < .01$ ) เช่นเดียวกัน

### 2. พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาล รพช.ชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าองค์ประกอบของแบบประเมินพฤติกรรมการตัดสินใจในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทาง

การพยาบาล โรงพยาบาล รพช.ชุมชนมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านคุณภาพการตัดสินใจและด้านการยอมรับการตัดสินใจ ซึ่งผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลได้คั้งนี้

1. ด้านคุณภาพการตัดสินใจ สถานการณ์จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการตัดสินใจของผู้นำกับการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ตาม แนวคิดนี้อยู่บนพื้นฐานที่ว่า การมีส่วนร่วม (Participation) ในการตัดสินใจของผู้ตาม จะมีส่วนต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มผู้ตาม ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้คุณภาพการตัดสินใจ (Decision Quality) ดีขึ้น การคำนึงถึงคุณภาพด้านเทคนิคในการตัดสินใจซึ่งอาจจะสำคัญหรือไม่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์การ ถ้าผลลัพธ์เป็นไปได้สำหรับปัญหาเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันในเรื่องความสามารถ จะนำไปสู่ความใกล้ชิดกับเป้าหมาย คุณภาพการตัดสินใจไม่ใช่ปัจจัยในสถานการณ์นั้นๆ อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ได้บังคับบัญชาที่มีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับปัญหาในการตัดสินใจ (Vroom & Yetton, 2010) ผลการศึกษา พบว่า การยอมรับในตัวของผู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดสำหรับการปฏิบัติงานร่วมกันดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบทำให้ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาล รพช.ชุมชน จำเป็นต้องมีภาวะผู้นำในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การจัดการงานดูแลผู้สูงอายุสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

2. ด้านการยอมรับการตัดสินใจ คือ ความน่าจะเป็นซึ่งผู้บังคับบัญชาจะยอมรับการตัดสินใจ และยอมรับ

การปฏิบัติผู้ได้บังคับบัญชาโดยทั่วไปจะยอมรับการตัดสินใจ และการปฏิบัติกรเมื่ออยู่ในสภาพพร้อมที่จะเกี่ยวข้องกับ กระบวนการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมจะทำให้การตัดสินใจ ดีขึ้น หากผู้ได้บังคับบัญชามีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและยินดี ที่จะร่วมมือกับผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลในการ ตัดสินใจที่ดี ความร่วมมือขึ้นอยู่กับขอบเขตที่ผู้ได้บังคับ บัญชาที่จะแบ่งปันวัตถุประสงค์งานของผู้บริหารระดับต้น ทางการพยาบาล และความสัมพันธ์ซึ่งไว้วางใจในตัวผู้นำ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลรูปแบบนี้ถือว่าการปรึกษาหารือและการตัดสินใจร่วมกันมีความเท่าเทียมที่จะส่งผล ต่อคุณภาพการตัดสินใจ เมื่อผู้ได้บังคับบัญชาแบ่งปัน วัตถุประสงค์ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ได้บังคับบัญชามีวัตถุประสงค์ที่ไม่สอดคล้องกัน การปรึกษาหารือมักจะส่งผลให้มีคุณภาพการ ตัดสินใจสูงขึ้น มากกว่าการตัดสินใจร่วมกันเพราะผู้บริหาร ระดับต้นทางการพยาบาล ยังคงควบคุมทางเลือกสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่า การยอมรับในการตัดสินใจของผู้เป็นองค์กรประกอบที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้บริหารระดับต้น ทางการพยาบาล ซึ่งการตัดสินใจที่จะทำให้เกิดการยอมรับ นั้นเกี่ยวข้องกับการยอมรับทั้งจากผู้บังคับบัญชาผู้ได้บังคับ บัญชา และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต่อผู้บริหารระดับต้น ทางการพยาบาล ทำให้เกิดการยอมรับการตัดสินใจและ ปฏิบัติตามแนวทางที่ได้เลือกไว้แล้ว ซึ่งจะส่งผลต่อผลการ ปฏิบัติงานในการจัดการงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลอีกด้วย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการตัดสินใจ ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.92, S.D.=.31$ ) สอดคล้องกับการวิจัยของจายารธา และวีระ โคตี (Jayarathna & Weerakkody, 2016) ศึกษา อิทธิพลของการตัดสินใจ การบริหารรางวัล ต่อผลการ ปฏิบัติงานผ่านความพึงพอใจในงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในธนาคารระดับแนวหน้า 5 แห่ง ของศรีลังกา จำนวน 311 คน พบว่า การตัดสินใจมีความสัมพันธ์ต่อผลการ ปฏิบัติงาน ( $R=.428, p < .01$ ) และพบว่า การตัดสินใจมี อิทธิพลทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน ( $\beta = .265, p < .01$ ) และเซตซีเดเมรูตี ซาร์โตรี และเวลเลอร์ (Ceschi, Demerouti, Sartori, & Weller, 2017) ได้ทำการศึกษาระบวนการ

ตัดสินใจในที่ทำงาน: ความเหนื่อยล้า การขาดแคลน ทรัพยากร และความต้องการงานทำให้พวกเขามีความ บกพร่องและส่งผลต่อผลการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้คือ พนักงานในบริษัทเอกชนในอิตาลี 3 แห่ง จำนวน 208 คน ผลการศึกษาพบว่า การตัดสินใจมีอิทธิพล ทางตรงต่อผลการปฏิบัติงาน ( $\beta = .45, p < .01$ )

3. ผลการปฏิบัติงานการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลการปฏิบัติงานในการ จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของ ผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.24, S.D.=.410$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวรัตน์ รุ่งสว่าง ยูพาวรรณ ทองตะนูนาม จตุพร หนูสวัสดิ์ และศรีัญญา ปานปิ่น (Rungsawang, Thongtanunam, Nusawat, & Pampin, 2020) พบว่า ผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เกิดขึ้นเนื่องจากมีการนำหลักสูตร จัดการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุมาใช้ในการดูแล ผู้สูงอายุ เนื้อหาในการอบรมครอบคลุมความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ เพราะความรู้และความเข้าใจใน ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของ ผู้สูงอายุทำให้ผู้ที่ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกับผู้สูงอายุได้อย่าง เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกวลี เชียรวิชัย (Chianwichai, 2017) กล่าวว่าพยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องม ีความรู้ความเข้าใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนสามารถแยกแยะความผิดปกติและหาแนวทาง แก้ไขได้อย่างทันท่วงที เช่นเดียวกับงานวิจัยของจอห์นสัน (Johnson, 2013) กล่าวว่า การประเมินความก้าวหน้า อย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยวางแผนการดูแลที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมถึงการ ศึกษาของ วรรณลักษณ์ เมียนเกิด (Miankerd, 2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความต้องการ บริการสุขภาพ และสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้รับผิดชอบแบ่ง กลุ่มความต้องการทางสุขภาพ ทำให้สามารถวางแผนการ ดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ลดลงและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้ สอดคล้องกับการวิจัยของลี และคณะ (Li et al., 2015)

ที่ศึกษาผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวในได้วันที่จำนวน 190 ราย พบว่า ( $t = .27, p < .001; t = -4.7, p < .001$ ) และการศึกษาของวรรณุช วงศ์เจริญเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย จันทร์จิวาณย์มทอง และปราณี มีหาญพงษ์ (Wongcharoen, Singchungchai, Wongkhomthong, & Meehanpong, 2018) ที่ศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยในจำนวน 342 ราย ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำมีอิทธิพลโดยตรงเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ( $\beta = .14, P < .05$ )

4. ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของรูปแบบภาวะผู้นำ และพฤติกรรมการตัดสินใจ กับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับโมเดลสมการโครงสร้างของรูปแบบภาวะผู้นำ และพฤติกรรมการตัดสินใจ กับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามโมเดลสมมติฐาน (Hypothesized model) ก่อนการปรับโมเดล ยังเป็นโมเดลที่ไม่เหมาะสม เพราะค่าสถิติไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่า CMIN/DF ที่มีค่ามากกว่า 3 คือ CMIN/DF = 20.23 และค่า RMSEA ต้องน้อยกว่า 0.7 แต่ค่าที่ได้คือ RMSEA = .24 ดังนั้น จึงต้องมีการปรับโมเดลเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ภายหลังจากปรับโมเดลค่าสถิติทั้งหมดผ่านเกณฑ์ระดับความสอดคล้องของแบบจำลอง (CMIN/DF = 0.66, GFI = 0.98, AGFI = .96, CFI = 1, RMR = .01 และ RMSEA = .00) ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า โมเดลสมการ โครงสร้างของรูปแบบภาวะผู้นำ และพฤติกรรมการตัดสินใจกับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน รูปแบบที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์เปรียบเทียบเส้นทางอิทธิพลระหว่างตัวแปร โมเดลสมการ โครงสร้างของปัจจัยที่มีอิทธิพลกับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

ฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า รูปแบบภาวะผู้นำมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางตรงเท่ากับ .01 และเส้นทางอ้อมเท่ากับ .02 ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางรวมเท่ากับ .03 นอกจากนี้รูปแบบภาวะผู้นำ ยังมีอิทธิพลทางตรงกับพฤติกรรมการตัดสินใจ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .01 และพฤติกรรมการตัดสินใจมีอิทธิพลทางตรงกับผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้น มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .02

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะด้านบริหารการพยาบาล

1. การจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาว ผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชนสามารถไปวางแผนพัฒนาบุคลากรในระดับปฏิบัติการให้มีการอบรมแบบเชิงปฏิบัติการ หรือการจัดอบรมแบบรายบุคคล (Individual training) และการทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานอื่นๆ

2. พฤติกรรมการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาลเป็นรายด้านเกี่ยวกับการใช้ข้อมูลประกอบการวางแผนและการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ข้อเสนอแนะวิจัยนี้สามารถนำไปวางแผนพัฒนาบุคลากรในระดับปฏิบัติให้มีการจัดการความรู้ (Knowledge management) การบริหารงานบุคคล เพื่อทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (Best practice) ทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมถึงปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมตัดสินใจทำให้การตัดสินใจของผู้บริหารระดับต้นได้รับการยอมรับ และการนำความคิดลงสู่การปฏิบัติ

3. ผลการปฏิบัติงานในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล เป็นรายด้านเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผน

การดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ผู้บริหารระดับต้นสามารถนำข้อค้นพบงานวิจัยนี้ไปวางแผนพัฒนาบุคลากรในระดับปฏิบัติให้มีกรอบแบบเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพในวินิจฉัยทางการพยาบาลและการจัดทำแผนการดูแล (Care plan) ที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายในชุมชน เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำตามแนวคิดที่หลากหลายของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในรูปแบบของการวิจัยแบบผสมผสาน (Mix method research) เพื่อเพิ่มความเข้าใจในรายละเอียดเชิงลึกว่าทำไมตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันสูงหรือต่ำกว่าการนำเสนอเฉพาะการวิจัยเชิงปริมาณ

2. ควรเพิ่มการศึกษาโมเดลสมการ โครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ถึงแม้จะมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ผลจากการวิเคราะห์ แนะนำให้เพิ่มปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อโมเดลสมการ โครงสร้างของผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มเติมที่สามารถอธิบายความแปรปรวนผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวได้มากขึ้น เช่น บรรยากาศองค์กร (Organization climate) การเสริมพลังอำนาจเชิงจิตวิทยา (Psychological empowerment) และความผูกพันในงาน (Work engagement) เป็นต้น

3. ควรเพิ่มการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล พฤติกรรมการตัดสินใจ และผลการปฏิบัติงานในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเปรียบเทียบกับกรรับรู้ของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล

4. ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยและพัฒนาในเรื่องการวางแผนและการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้นทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

### เอกสารอ้างอิง

- Battisto, D., Pak, R., Vander Wood, M. A., & Pilcher, J. J. (2009). Using a task analysis to describe nursing work in acute care patient environments. *The Journal of nursing administration, 39*(12), 537-547.
- Castle, N. G., & Decker, F. H. (2011) Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. *The Gerontologist, 51*, 630-642. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr064>
- Ceschi, A., Demerouti, E., Sartori, R., & Weller, J. (2017). Decision-making processes in the workplace: How exhaustion, lack of resources and job demands impair them and affect performance. *Frontiers in Psychology, 8*, Article 313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00313>
- Chen, D., Yang, J., Xiao, Z., Zhou, S., Wang, L. (2021). A diet-induced type 2 diabetes model in *Drosophila*. *Sci. China Life Sci, 64*(2), 326-329.
- Department of older persons. (2022). *Elderly statistics*. Retrieved from <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- Depkes, R. I. (2006). *Pharmaceutical Care untuk Pasien Penyakit Jantung Koroner: Fokus Sindrom Koroner Akut (Pharmaceutical Care for Patients of Coronary Heart Disease: Focus on Acute Coronary Syndrome)*. Jakarta: Depkes RI. (2007). *Panduan manajemen laktasi: Dit Gizi Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI.
- Chianwichai, K. (2017). *Roles of nurse care manager in long term care for older persons in community* (Master's Thesis). Chulalongkorn University, Bangkok. 10.58837/CHULA.THE.2017.1051 [In Thai].
- George, W. L., George, O. K., Caren, A. O. (2016). The Effect of Participative Leadership Style on The Performance of COYA Senior Managers in Kenya. *Journal of Management, 4*(5), 1-12.

- Gajanandana, R. (2019). *The aging society and the driving force of the Thai economy*. National Assembly Library of Thailand. Retrieved from <https://library.parliament.go.th/th/radioscript/sangkmsuungwaykabkxethccringthiikhwrruu> [In Thai].
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7<sup>th</sup> ed.). New York: Pearson.
- Jayarathna, D. Y., & Weerakkody, W. (2016). Impact of Decision Making, Reward Management on Job Performance: Mediation of Job Satisfaction: A Case of a Private Banks in Sri Lanka. *European Journal of Business and Management*, 8(32), 65-73.
- Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (2013). The impact of cooperative, competitive, and individualistic learning environments on achievement. In J. Hattie & E. Anderman (Eds.), *International handbook of student achievement* (372-374). New York: Routledge.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press, New York.
- Li, I. C., Huang, H. C., Kuo, H. T., & Hung, C. M. (2015). Development of a performance scale for nurses in community-based long-term care facilities in Taiwan. *The journal of nursing research: JNR*, 23(1), 6-14.
- Lyons, D., Frampton, M., Naqvi, S., Donohoe, D., Adams, G., & Glynn, K. (2020). Fallout from the COVID-19 pandemic-should we prepare for a tsunami of post viral depression?. *Irish Journal of psychological medicine*, 37(4), 295-300.
- Miankerd, W. (2016). The Social Care System for Elderly. *Journal of Social Work*, 24(2), 150-177. [In Thai].
- Mueller, R. O. (1996). *Basic Principles of Structural Equation Modeling. An Introduction to LISREL and EQS*. New York: Springer-Verlag.
- Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (2019). *Community Nursing Academic Conference*. Nonthaburi: Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand.
- Ojokuku, R. M., & Sajuyigbe, A. S. (2014). Effect of Employee Participation in Decision Making On Performance of Selected Small and Medium Scale Enterprises in Lagos, Nigeria. *European Journal of Business and Management*, 6, 93-97.
- Phillips, N., & Byrne, G. (2013). Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. *Journal of clinical nursing*, 22(17-18), 2625-2635. <https://doi.org/10.1111/jocn.12088>
- Rungsawang, Y., Thongtanunam, Y., Nusawat, J., & Panpin, S. (2020). The competency development of elderly care managers in Nontjaturi Province: A monitoring and evaluating research study. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 93-104. [In Thai].
- Srisa-ard, B. (2013). *Introduction of research* (9<sup>th</sup> ed.). Bangkok: Suviriyasarn.
- Vroom, V. H., & Yetton, P. W. (2010). *Leadership and decision making*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- West, M., Kirsten Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T., Lee, A. (2015). *Leadership and leadership development in health care: the evidence base. Faculty of Medical Leadership and Management*. The King's Fund and Lancaster University Management School. Retrieved from [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf)

Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L., & Creswick, N. J.

(2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC health services research*, *11*, 319.

Wongcharoen, W., Singchungchai, P., Wongkhomthong,

J., & Meehanpong, P. (2018). The Structural Equation Model of Leadership of In-Patient Unit Head Nurses as Perceived by Professional Nurses, Nurses' Work Engagement, and Job Performance of Professional Nurses in Community Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *19*(3), 97-106.

## บทความวิจัย

### สภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

#### Problem Condition and Needs for Patient Triage at the Emergency Department in the New Normal Age, Tertiary Care Center, Health Region 2

ศุภาพร ชานุวัตร (Supaporn Chanuwat)\*

จิรรัตน์ หรือตระกูล (Jirarat Ruetrakul)\*\*

รุ่งนภา ชัยรัตน์ (Rongnapa Chairat)\*\*\*

Received: January 26, 2024

Revised: February 28, 2024

Accepted: March 29, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติด้านการคัดกรองปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 12 คน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหา ประกอบด้วย 4 ด้าน 9 ประเด็นย่อยดังนี้ 1.ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการของผู้ป่วย 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ให้ข้อมูล 2.ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก 2) อัตรากำลังของทีมหมุนเวียนไม่ตอบสนองความต้องการ 3) ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ 3.ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) เครื่องมือในการคัดกรองยากต่อการใช้งาน 2) เทคโนโลยีสารสนเทศซับซ้อน และ 4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง 2) อุปกรณ์การคัดกรองไม่เพียงพอ ส่วนข้อค้นพบความต้องการ ประกอบด้วย 3 ด้าน 7 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1. ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็น คือ 1) เพิ่มพูนประสบการณ์พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน 3) เพิ่มอัตรากำลังทีมหมุนเวียน 2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มี 1 ประเด็นย่อย คือ 1) ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูลและ 3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ มี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรอง 2) ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจน 3) อุปกรณ์การคัดกรองเพียงพอ

**คำสำคัญ:** การคัดกรอง ปัญหาและความต้องการด้านงานการคัดกรอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## Abstract

The purpose of this qualitative research was to study problem condition and needs of Triage at the emergency department of a tertiary care center in Health Region 2. Informer 12 professional nurses who had ability to triage patients and worked in the emergency department for at least 6 months. The in-depth interview was used for data gathering. Data were analyzed by descriptive and content analysis.

The research found problems in 4 areas divided into 9 issues as follows. 1. Area of patients and information givers had 2 issues 1) complexity of the symptoms and signs of patients 2) readiness of relatives or caregivers to provide information. 2. Area of the screeners had 3 issues 1) lack of triage nurses during late night shifts 2) lack of additional support team and 3) insufficient competency of triage nurses 3. Area of screening tools and information technology had 2 issues 1) complexity to use the screening tools 2) complexity of technology usage 4. Area of location and equipment had 2 issues 1) unclear of access and room signs 2) inadequate equipment at certain times. The research found that the needs for patient triage in the Emergency Department consisted of 3 areas divided into 7 issues as follows. 1. Area of screener had 3 issues 1) regularly increase nurses' patient triage competency 2) increase the number of nurses appropriate for each shift 3) increase support team according to work demand. 2. Area of tool and technology had the demand to ease data entry both in data complexity and data entry process. 3. Area of triage had 3 issues 1) specific place for triage which is convenient for access 2) appropriate furniture and equipment for triage 3) proper and clear signs for patients and relatives.

**Keywords:** Triage, Problems condition and need of triage, Emergency department

---

\*\*Corresponding author: Jirarat Ruetrakul; E-mail: Jiraratr@nu.ac.th

\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Naresuan University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*\*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) เริ่มขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม 2562 จากการระบาดระลอกแรก มีการแพร่ระบาดเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยของก็การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-19) ทั่วโลกจำนวน 113,094,441 ราย และมีผู้เสียชีวิต 2,508,811 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 2.2 (Department of Disease Control, 2021)

งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญในโรงพยาบาล เป็นด่านแรกที่ให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการฉับพลัน และอยู่ในภาวะฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยอย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วนรวดเร็ว ถูกต้องทันเวลาและปลอดภัย (Wijitraphant, 2022) หัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินคือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย (Sukswang, 2018) ห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER Safety) เป็นหนึ่งในจุดเน้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบ Emergency Care System (ECS) โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน 3 เรื่องคือ 1) ลดความแออัดห้องฉุกเฉิน (ER Crowding) 2) จัดมาตรฐานคุณภาพและการบริการห้องฉุกเฉินและ 3) พัฒนาบุคลากร ซึ่งแนวทางการจัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคือการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง (Triage) (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018a)

สถิติการบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่ามีผู้มารับบริการ 35 ล้านครั้ง/ปี ในปีพ.ศ. 2559 และพบว่าเกือบ 60% ผู้มารับบริการเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน สัดส่วนการใช้บริการห้องฉุกเฉินอยู่ที่ 458:1000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาออสเตรเลียและอังกฤษ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018a) อีกทั้งสถิติจากการเจ็บป่วยของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2559-2563 เท่ากับ 12,000 ต่อประชากรแสนคน โดยมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปี 2562 และลดลงในปี 2563 (National Institute of Emergency Medicine, 2021). และจากสถิติ

ผู้เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2562-2565 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ (RN) : ผู้ป่วย(Patients) คือ 1 :11 ตามมาตรฐานกำหนดอัตรากำลังพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ-ตติยภูมิ ควรเป็นไปตามภาระงานในการดูแลผู้ป่วย ตามระดับความหนัก-เบาของผู้ป่วย (Acuity level) โดยมีสัดส่วนการผสมผสาน ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ (RN) และ บุคลากรช่วยงานการพยาบาล(Non RN) อย่างเหมาะสม (Bureau of Nursing, Department of Medical Services. (2008) และมีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพ (RN) : ผู้ป่วย (Patients) เป็น 1 : 10 (Nursing Council, 2005) จากสัดส่วนการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาจากการคัดกรอง อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจ จนกระทั่งเกิดการเสียชีวิต อีกทั้งภาระงานของหน่วยงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า ค่าผลิตภาพทางการพยาบาล (Productivity) มากกว่า 110 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 90-110 (Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2008) อีกทั้งคุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยประจำปี 2562 ยังพบว่าผลการคัดกรองไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Emergency department, Tertiary Care Center, Health Region 2. 2019) ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในตัวชี้วัดงานคุณภาพคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) น้อยกว่าร้อยละ 5 และคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) คือมากกว่าร้อยละ 15 (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018b) รวมถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ทำให้ประชากรทั่วโลกต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพสังคมยุคปัจจุบันและรวมถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นทีมหนึ่งในในการรักษาพยาบาล เป็นงานด้านหน้าที่ต้องมีความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ ถึงแม้จะเกิดโรคระบาด ยังต้องบริหารจัดการให้หน่วยงานสามารถให้บริการได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยเร่งด่วนจึงต้องมีการปรับระบบบริการสู่วิถีชีวิตใหม่ ดังตัวอย่างของ

(Laepuang, 2020) กล่าวว่ามาตรการการคัดกรองที่เข้มข้นจะทำให้คัดกรองผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงได้รวดเร็ว อีกทั้งหน่วยงานมีการตอบสนองนโยบายของรัฐบาล ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการกักตัวคัดกรอง จัดพยาบาลบางส่วนไปช่วยเป็นพยาบาลสนาม เกิดภาวะขาดแคลนอัตราากำลังทั้งจตุรศึกษและจุดคัดกรอง รวมทั้งมีการเปลี่ยนเครื่องมือการคัดกรองจาก Emergency Severity Index (ESI triage) เป็น Ministry Of Public Health Emergency Department Triage (MOPH ED.Triage) เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่องาน โดยเฉพาะจุดคัดกรอง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการคัดกรองผู้ป่วย คัดกรองล่าช้า ไม่ถูกต้อง เกิดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินและผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018b)

ปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage ไปใช้ในโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งพัฒนามาจาก ESI มีการจัดทำ "MOPH" ED. Triage Guideline เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของประเทศไทยไปในทิศทางเดียวกันและเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลในแต่ละระดับให้ประหนึ่งเป็นระบบเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านงานคัดกรองตามกรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำไปพัฒนาระบบการคัดกรองให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ในยุควิถีชีวิตใหม่ต่อไป

#### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาลตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 2

2. เพื่อศึกษาความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage มาเป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วย โดยนำมาเป็นประเด็นแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด นำมาจัดระดับความเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็ว ได้รับการตรวจรักษาที่ได้มาตรฐาน เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะในด้านต่าง ๆ และเกิดประสบการณ์ในการคัดกรอง ท้นต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง มีการบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองโคโรนาไวรัส (Covid-19) ซึ่งตัวชี้วัดคุณภาพวัดได้จากความถูกต้องของการคัดกรอง โดยนำไปปรับใช้ในยุควิถีชีวิตใหม่ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2

#### วิธีดำเนินการวิจัย

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานจริง ในสถานการณ์ที่เป็นจริง จำนวน 12 คน คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย 2) ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรพื้นฐาน ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉิน เช่น หลักสูตรการกู้ชีพขั้นสูง หลักสูตรการกู้ชีพผู้ป่วยเด็กขั้นสูง 4) ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 5) ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล และให้บันทึกเสียงขณะให้การสัมภาษณ์

ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564-พฤศจิกายน 2565

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย มีการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัยจากการเรียนในรายวิชาวิจัยและเข้ารับการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพทางระบบออนไลน์ ส่วนเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร) เตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาโดยศึกษากรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED, Triage และผู้วิจัยมีประสบการณ์โดยตรงในการทำงานเป็นพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นระยะเวลา 13 ปี

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แบบสอบถามปลายปิดแบบเลือกตอบ 10 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งสถานที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาอายุงานในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในงานคัดกรองผู้ป่วย จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร ประวัติการอบรมในงานคัดกรองและการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติ ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสภาพปัญหาจำนวน 4 ข้อและคำถามเกี่ยวกับความต้องการจำนวน 3 ข้อ

3. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนามจากการทบทวนวรรณกรรม บันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมตัวอย่างผู้วิจัยได้ทำการสังเกตต่อกิจกรรมของผู้ให้ข้อมูล พบว่าสีหน้ามีความกังวลเมื่อพูดถึงผลการ Audit การคัดกรองของแพทย์ที่ให้ความเห็นขัดแย้งกันกับพยาบาลคัดกรอง

4. วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง และคอมพิวเตอร์

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED, Triage มาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นอย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแนวคำถามนี้ไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 ราย ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อเป็นการศึกษานำร่อง ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) ระยะเวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ 33 นาที และกลับไปสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้งในบางรายเมื่อพบประเด็นที่ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จัดบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note) จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวจำนวน 12 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard, 1989) อ้างใน Wongsaree, 2020) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ถอดเทปเรียงถ้อยคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ 2) เขียนความสัมพันธ์ของข้อมูล แยกแยะประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเท่าที่อธิบายได้ไว้เป็นส่วนๆ 3) จัดหมวดหมู่ความสัมพันธ์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผนวกประเด็น (Theme) ที่เป็นเรื่องเดียวกันเข้าด้วยกัน 4) อธิบายคำที่เป็นจุดสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและให้ความหมายเชื่อมโยงเหตุการณ์สะท้อนความรู้สึกรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลต่อความหมายประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจนในแต่ละประเด็น และ 5) เขียนสรุปสาระสำคัญ (Theme) ทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่มีความสัมพันธ์กันตามความหมายหรือตามพฤติกรรม ให้เข้าใจให้ชัดเจนตามขอบเขตของความหมายหรือธำมณนั้นๆ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ P30137/2564 วันที่รับรอง 10 กันยายน 2564 โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก เลขที่ 090/2564 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2564 และโรงพยาบาลอุดรดิตต์เลขที่ 44/2564 วันที่รับรอง 19 สิงหาคม 2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ขอความยินยอมด้วยความสมัครใจ โดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล มีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และการจดบันทึกข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่องานวิชาการเท่านั้น จะมีการทำลายเพิ่มข้อมูลบันทึกเสียงและรายงานบันทึกภาคสนามภายใน 1 ปีหลังการวิจัยสิ้นสุด

## ผลการวิจัย

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.70 ช่วงอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุงานในการปฏิบัติงานและมีประสบการณ์ในการคัดกรองผู้ป่วยช่วงที่พบมากที่สุดเท่ากันคือ 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.34 จำนวนครั้งต่อการคัดกรองผู้ป่วย/เวร จำนวน 1-30 ราย และ 31-60 ราย เท่ากัน ร้อยละ 41.67 มีประวัติการอบรมเกี่ยวกับงานคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ร้อยละ 66.67

**ตอนที่ 2** ข้อมูลสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในยุควิดีชีวิดใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 4 ด้าน 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

**1. สภาพปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล** จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาเกิดจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีความซับซ้อน ทำให้เกิดความล่าช้าในการซักประวัติ เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูล ซึ่งปัญหาด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยและ 2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความซับซ้อนทางอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ดังนี้

"ผู้ป่วยแต่ละรายที่มาตรวจมีรายละเอียดเรื่องอาการแตกต่างกัน การซักประวัติแต่ละรายใช้เวลาาน ทำให้การคัดกรองล่าช้าในผู้ป่วยรายอื่นๆ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"สถานการณ์การระบาดของ covid-19 ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเยอะๆ การซักประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลก็จะยากขึ้น เพราะต้องมีรายละเอียดในการซักประวัติที่เฉพาะมากขึ้น ใช้เวลานาน สิ่งที่ต้องการแพร่กระจายเชื้อเกิด under over triage ส่งผลต่อการรักษา" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

1.2 ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"ในผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ พุด ไม่ได้ ชิม ญาติที่มาส่งไป จอดรถยังไม่ได้มาให้ข้อมูล บางคนไม่ทราบประวัติผู้ป่วย คนที่ทราบประวัติไม่มาการ ได้ข้อมูลก็จะยาก ต้องใช้เวลา" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

"คนไข้มากับรถกู้ภัย บางคนมาด้วยระบบ EMS บ้างก็ไม่ค่อยรู้สึกตัว ไม่มีญาติ Bedridden บ้าง บางครั้งคนที่เห็นเหตุการณ์ไม่ได้มากับผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ก็จะยาก" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

2. สภาพปัญหาด้านผู้คัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการในภาวะวิกฤตฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งภาวะปกติและสถานการณ์ฉุกเฉินที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ผู้มารับบริการมีความหลากหลาย เกิดภาวะแออัดในบางช่วงเวลา ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญ เพื่อให้เกิดผลการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐาน จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหาด้านผู้คัดกรอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อย คือ

1) ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก 2) อัตรากำลังของทีมหุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการรับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วยและ 3) ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ขาดพยาบาลคัดกรองช่วงเวรดึก ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"โดยทั่วไปพยาบาลคัดกรองจะมีในเวรเช้าและบ่าย ซึ่งทำการคัดกรองผู้ป่วยที่จุดคัดกรองแต่ในเวรดึก จะไม่มีพยาบาลคัดกรองที่จุดคัดกรอง ทำให้คนไข้มาคั่งรอที่โซนรักษา" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

"ในเวรดิกลเปลกี้จะเข็นคนไข้เข้าไปเลย ไม่ได้มีพยาบาลออกไปคัดกรองที่จุดคัดกรองคะ คนไข้จะถูกเข็นเข้าไปซักประวัติที่จุดข้างในเลย ไม่ได้มีการแยกคนไข้ฝั่งติดเชื้อ ไม่ได้เชื้อก็จะปนกัน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.2 อัตรากำลังของทีมหนุนเสริมไม่ตอบสนองความต้องการรับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"พยาบาลคัดกรองมีคนเดียว จะถูก assign ไปทำหน้าที่ ที่หน่วยงานหนุนช่วยเหลือเป็นน้อง NA บางครั้งตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายมาช่วยจุดคัดกรองมีภารกิจก็จะขาดคน ยิ่งไม่มีคนช่วยก็จะวุ่นวาย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.3 ประสบการณ์ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"การที่ไปอยู่จุดคัดกรอง พยาบาลต้องมีความรู้ ยิ่งช่วงแรกๆ โควิดระบาดด้วย ก็ทำให้คิดว่าจะส่งไปตรวจ opd หรือ ARI ดี ถ้าไม่มีประสบการณ์ด้วยก็จะยากในการประเมินระดับสีคนไข้ว่าจะให้ความเร่งด่วนระดับไหน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"ผลการคัดกรองของพยาบาลจากจุดซักประวัติกับจุกรักษาไม่ตรงกัน สังเกตจากบางครั้งถ้าเป็นน้องพยาบาลคัดกรองที่ไปอยู่ใหม่ๆ ระดับการคัดกรองก็จะมีความแตกต่าง มี under over อยู่บ้าง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

3. ด้านเครื่องมือคัดกรองและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการนำเครื่องมือการคัดกรอง MOPHED, triage มาใช้ เป็นเกณฑ์ในการคัดกรอง จากการสัมภาษณ์พบว่า ปัญหา ด้านเครื่องมือคัดกรองมี 2 ประเด็นย่อย มีรายละเอียดดังนี้

3.1 เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยยากต่อการใช้งาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"Covid มา มีการปรับเกณฑ์การคัดกรองเพิ่มเติม ...คนไข้หายใจเท่านั้น มีโรคประจำตัวนี้ ควรส่งไป opd ARI หรือมา ER ก็สับสนหลายขั้นตอนอยู่ยังใช้ยากคะ ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

"...ช่วงไม่นานมานี้ทางหน่วยงานได้นำเครื่องมือการคัดกรองแบบใหม่มาใช้คือ MOPH ED, triage ก็ยังมีความผิดพลาด ถ้าเข้าเพราะจำรายละเอียดของเกณฑ์ไม่ได้ เกณฑ์ยังเข้าใจยากคะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3.2 เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"โรงพยาบาลมีการปรับระบบการบันทึกข้อมูลทั้งโรงพยาบาล เพิ่งเข้ามา ขั้นตอนยุ่งยาก เป็นเรื่องใหม่ด้วยยังไม่เข้าใจ ใช้ยากคะ แต่เป็นนโยบาย ก็ต้องพยายามทำความเข้าใจฝึกใช้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

"ระบบของโรงพยาบาลยังใช้ระบบ SSB อยู่ ระบบเอกสารใช้การเขียน ปัญหาที่พบคือลายมือที่เขียนจะอ่านไม่ออก ยากต่อการใช้ แบบบันทึกก็แตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนกับหน่วยงานของเราที่ใช้ระบบการบันทึกที่แตกต่างกันอยู่" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง และ 2) อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"ป้ายแสดงจุดคัดกรองไม่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเห็นได้ชัดเจน ตัวหนังสือเล็กไปหน่อย ผู้ป่วยหรือญาติมักจะเข้ามาถามหลายๆ อย่างเหมือนเป็นจุดประชาสัมพันธ์เลยคะ เขาน่าจะมองไม่เห็นว่าเป็นจุดคัดกรอง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

"ด้วยจุดคัดกรองแคบ ไม่เป็นสัดส่วน ช่วงสถานการณ์การระบาดของ Covid-19 เมื่อผู้ป่วยซักประวัติแล้ว ไม่มีป้ายชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจุดรอตรวจตรงไหนบ้าง ที่นั่งก็ไม่มีพอ ยิ่งเวรดิกลผู้ป่วยไม่ได้คัดกรองข้างนอก จะเข้ามาคัดกรองข้างในห้องตรวจ ไม่ได้คัดกรองผู้ป่วยตั้งแต่แรกกว่าแยกไปตรวจในโซนไหนที่เหมาะสม เลยไม่รู้ว่าจะคนไข้คนไหนติดเชื้อ ไม่ได้เชื้อด้วย ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

4.2 อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"จะมีปัญหาช่วงเวลาราชการ กรณีผู้ป่วยเยอะๆ มีคนไข้มาตรวจ opd จำนวนมาก รอตรวจที่ opd ก็นานอยู่แล้ว ทำให้ปรอทเครื่องวัดความดันโลหิตไม่พอใช้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

"บางครั้งมีผู้ป่วยมาจำนวนมาก รตอนอนไม่มีก็ทำให้ลำบากอยู่แล้วอุปกรณ์อย่างอื่นก็ไม่เพียงพอ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตแบบสอดแขน แบบ mobile O2 sat" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

**ตอนที่ 3** ความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 3 ด้าน 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. ด้านผู้คัดกรอง ความต้องการด้านผู้คัดกรองแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยคือ 1) เพิ่มพูนประสิทธิภาพและความรู้อย่างสม่ำเสมอ 2) เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงานและ 3) มีอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 เพิ่มพูนประสิทธิภาพและความรู้อย่างสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"เมื่อก่อนมีการอบรมการคัดกรองให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานอยู่นะคะ แต่ในช่วงมีการระบาดของ Covid-19 ทำให้ไม่ได้รับการอบรม อยากให้มีการอบรมการคัดกรองนำเสนามาบทบทนั้นก็ได้อะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"อยากให้พัฒนาพยาบาลด้านความรู้ในการใช้เครื่องมือค่ะ กระตุ้นให้มีการอบรม ทำแบบฝึกหัดการคัดกรอง นำมาทดสอบทุกเดือน หรือเป็นช่วงๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน ให้ต่อเนื่องจะได้ไม่ลืม แล้วก็ตัวเราเองก็ต้องศึกษาค้นคว้าความรู้เพิ่มด้วยค่ะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2,3)

1.2 เพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"ด้วยภาระงานที่เยอะขึ้น คนไข้ฉุกเฉินไม่ฉุกเฉินก็มากขึ้น ช่วงนี้ covid-19 ระบาดอีก คนไข้บางคนมาไม่ได้เลือกเวลา ก็อยากให้เพิ่มคนคัดกรองเพียงพอ ตอนนี้มีทุกเวรเช้าและบ่าย ถ้าได้อยากให้จัดเพิ่มในเวรดึก" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1,2)

"ถ้ามีคนเพิ่ม ในเวรบ่ายก็อาจจะเพิ่มเป็นน้อง NA ไม่มีก็พยาบาลมาเพิ่มจะดีเลยคะ ถ้าได้พยาบาลเพิ่ม การให้ข้อมูลต่าง ๆ โดยพยาบาลที่จุดคัดกรอง ก็จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจระบบ ว่าคนนี้รออะไร ถึงขั้นตอนไหน จะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจด้วยคะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

1.3 เพิ่มอัตรากำลังทีมหนุนเสริมตอบสนองความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัดของผู้ป่วย

ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"ที่อยากให้มีทีมมาช่วยนะคะ ก็จะเน้นเป็นเวรบ่ายคะ ช่วงนั้นคนไข้เยอะ เพราะข้อจำกัดพยาบาลมีจำนวนน้อยอยากได้ NA มาช่วยเสริมอยู่คู่พยาบาลก็ได้คะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

"ช่วงคนไข้เยอะๆ ทุกคนก็ทำงานหนัก ช่วงผลัดเปลี่ยนกันลงพักทานข้าว บางครั้งเหลือพยาบาลคัดกรองคนเดียว NA ที่อยู่ด้วย จึงหว่าที่ลงพักพอดีด้วย ช่วงนั้นนะคะก็จะวุ่นวาย..... ถ้าเป็นไปได้ อยากให้มีพยาบาลเพิ่มเฉพาะคัดกรองเลยอีกหนึ่งคน ส่วน NA ให้มาช่วยตอนพยาบาลเหลือคนเดียว จะดีมากคะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง

จากการสัมภาษณ์พบว่ามี 1 ประเด็นย่อย คือ เครื่องมือระบบการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูล รายละเอียดดังนี้

2.1 ลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูลดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"เครื่องมือการคัดกรองมีการปรับจากของเดิม ESI มาเป็น MOPH ED. triage ยังไม่เข้าใจเกณฑ์การใช้จำยาก เช่น มาตรวจด้วยไข้ pulse 100/min แพทย์บางท่าน audit เป็น emergency ตัดจาก pulse บางท่าน audit เป็น non-urgency เพราะคิดว่าไม่มีเหตุการณ์ แลให้ยากก็กลับบ้าน อยากให้ทางหน่วยงานมีการสอนเรื่องเครื่องมือการคัดกรองให้เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อนไม่ต้องจำเยอะ ปรับใช้ให้เหมาะกับโรงพยาบาลเรา จะได้ไปในทางเดียวกัน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

"มีการปรับระบบการบันทึกข้อมูล การซักประวัติต่างๆ เป็นระบบใหม่ ระบบการใช้ยังยาก ขึ้นตอนเยอะอยากให้โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ในระบบที่ขึ้นตอนง่ายกว่านี้ เมื่อเกิดปัญหาการใช้ก็อยากมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องรับสายตลอด คอยให้คำปรึกษาแนะนำ เพราะบางครั้งเสียเวลาในการบันทึกมาก ทำให้ล่าช้าในการคัดกรองผู้ป่วยรายอื่น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4-7)

3. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรองพบว่า มี 3 ประเด็นย่อย คือ 1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรอง และ 3) ป้ายแสดงจุดคัดกรอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังตัวอย่างทำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"อยากให้แยกจุดคัดกรองให้โซนเป็นสัดส่วน แยกจากหน่วยงานอื่น ให้เป็นเฉพาะจุดคัดกรอง er เลยค่ะ เพราะเจ้าหน้าที่ er จะได้ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วยได้ รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากกว่านี้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

"มีผู้คัดกรองให้ผู้ป่วยสงสัย covid คัดกรองอยู่ค่ะ หน้า er แต่คัดกรองได้ทีละคนแต่ถ้าเยอะจุดคัดกรองไม่พอ ต้องให้ไปรอนอกอาคาร.. ทีฝนตกแดดออกก็ลำบาก ก็อยากให้มีจุดรอซักประวัติให้ดีกว่านี้หน่อย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3.2 อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรอง เพียงพอ ดังตัวอย่างทำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"BP ไม่พอใช้ อยากได้แบบสอดแขน ที่ไว้ให้ผู้ป่วย วัดก่อนที่จะนำมานั่งที่พยาบาลซักประวัติ ในคนไข้ที่ เดินได้ อาการไม่คว่นค่ะ " (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"อยากได้ส่วนของ monitor BP ที่สามารถเคลื่อนที่ได้ มีเพียงพอ cuff BP หลายๆ ขนาด ปรอทด้วย จะได้คัดกรองผู้ป่วยได้เร็ว" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

3.3 ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วย และญาติดังตัวอย่างทำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"อยากให้มีการ identify ในส่วนของ er เช่นมีป้าย ว่านี่คือส่วนซักประวัติของ er นี้คือ จุดซักประวัติของคนไข้ โรคติดเชื้อหรือ covid และจัดโซนแบ่งพื้นที่ให้เรามองเห็น คนไข้ด้วย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

"น่าจะปรับด้านป้ายสื่อสารถึงขั้นตอนในการรับ บริการการตรวจ ป้ายบอกตั้งแต่ทางเข้าอัตโนมัติอยากให้ มีป้ายแผนผังขั้นตอนการบริการให้ชัดเจน หรือทำเป็น QR code ก็ได้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

**อภิปรายผลการวิจัย**

ศึกษาสภาพปัญหาด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่ โรงพยาบาลศัลยกรรม เขตสุขภาพที่ 2 ได้ข้อค้นพบสภาพปัญหาด้านงาน คัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4 ด้านและ 9 ประเด็นย่อย ดังนี้

**1. ด้านผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล** มี 2 ประเด็นย่อยผลการ ศึกษาสภาพปัญหาเกิดจาก 1.1) ความซับซ้อนทางอาการ และอาการแสดง 1.2) ความพร้อมของญาติหรือผู้ดูแล ในการให้ข้อมูล ลักษณะงานของหน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินเป็นงานด่านแรกเป็นการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติที่มีความรุนแรงแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมตามเครื่องมือกระบวนการ คัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018b) ทุกโรงพยาบาลต้องสามารถทำการคัดแยกและจัดลำดับ การบริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตามระดับความเร่งด่วน 5 ระดับ อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ สามารถติดต่อและเชื้อ สามารถกระจายได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรง ซึ่งความรุนแรงขึ้นอยู่กับอาการที่นำมาและปัจจัยเสี่ยงคือ โรคประจำตัว (Ministry of Public Health, 2020) จากผล การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัญหาความซับซ้อนทางอาการและ อาการแสดงเกิดจากรายละเอียดความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ช่วงระบาดของโรค Covid 19 มีผู้มารับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเด็ก ซึ่งมีข้อจำกัดใน การซักประวัติ อีกทั้งผู้ป่วยไม่มีญาติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถ สื่อสารให้ข้อมูลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Puihuaton & Kanokwijit, 2021; Threechornwaree, 2022) พบว่า สาเหตุของการคัดกรองล่าช้าและผิดพลาดเกิดจาก ผู้ป่วยเอง เช่น มีปัญหาด้านการสื่อสาร หลงลืม อีกทั้งพบว่า ปัญหาเกิดจากญาติหรือผู้ดูแลในการให้ข้อมูลไม่ทราบรายละเอียดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ไม่พร้อมในการให้ข้อมูล จึงทำให้ได้ข้อมูลความเจ็บป่วยที่ไม่เป็นตามจริง มีผลต่อ ความถูกต้อง การจัดลำดับความเร่งด่วนการคัดกรองที่ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน

**2. ด้านผู้คัดกรอง** มี 3 ประเด็นย่อยผลการ ศึกษาสภาพปัญหาเกิดจาก 2.1) ขาดพยาบาลคัดกรองในช่วง เวรคึก 2.2) อัตรากำลังของทีมนุชนเสริมไม่ตอบสนอง ความต้องการผู้รับบริการเมื่อเกิดความแออัด 2.3) ประสิทธิภาพ ของพยาบาลคัดกรองไม่เพียงพอ จากผลการศึกษานี้ พบว่าปัญหาเกิดจากกำลังคนและอัตรากำลังไม่เพียงพอ เมื่อมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความแออัด

ที่ห้องฉุกเฉิน ไม่มีทีมเสริมทั้งพยาบาลคัดกรองและบุคลากรช่วยงานการพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่ติดอบรมหรือประชุม มีภารกิจอื่น ไม่สามารถคัดกรองได้ตลอด 24 ชั่วโมง ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา (Covid-19) พยาบาลขาดความเข้าใจในแนวปฏิบัติการคัดกรอง ขาดประสบการณ์และแนวทางการซักประวัติที่ชัดเจน จำเกณฑ์ไม่ได้และทักษะที่ไม่เพียงพอ ทำให้ได้ผลการคัดกรองที่ไม่ได้มาตรฐาน มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยในล่าช้าและการรอดชีวิต อีกทั้งช่วงเวรคึกไม่ได้รับการคัดกรองที่จุดคัดกรอง ทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น สอดคล้องกับ (Bureau of Nursing, Department of Medical Services, 2008) ได้กำหนดอัตรากำลังพยาบาลที่เหมาะสมกับงาน มีการกำหนดสัดส่วนการกระจายอัตรากำลังในแต่ละเวรตามภาระงาน และสัดส่วนที่เหมาะสมพยาบาล: ผู้ป่วยควรเป็น 1: 10 (Nursing Council, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Yurkova & Wolf, 2011) พบว่าการคัดกรองประเภทผู้ป่วยที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อโอกาสในการรอดชีวิตและการคัดกรองประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่สูงกว่าเกณฑ์ส่งผลให้เกิดความสูญเสีย สิ้นเปลืองทรัพยากรและการศึกษาของ (Intarawichien, 2019) พบว่าปัญหาการคัดแยกเกิดจากอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น บางโรงพยาบาลไม่มีการคัดกรองได้ตลอดเวลา และปัญหาเกิดจากบุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน

**3. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรอง** มี 2 ประเด็นย่อยผลการศึกษาสภาพปัญหาเกิดจาก 3.1) เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วยขาดการใช้งาน 3.2) เทคโนโลยีสารสนเทศในการคัดกรองซับซ้อน จากผลการศึกษารึ้นพบว่า เครื่องมือการคัดแยกมีความละเอียดมาก มีความซับซ้อน พยาบาลจำรายละเอียดของเกณฑ์ไม่ได้ ไม่เข้าใจในแนวทางการคัดกรองเกณฑ์การแยกประเภทเข้าใจไม่ตรงกัน ไม่ชัดเจนขาดการ Orientation สถานการณ์การระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) มีการปรับเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ทำให้เข้าใจยาก อีกทั้งมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกัน ทั้งระบบคอมพิวเตอร์และแบบการ

เขียนบันทึก เกิดความผิดพลาดด้านเอกสารที่เขียนมีการปรับเปลี่ยนจากการใช้ระบบคอมพิวเตอร์แบบเดิมเป็นแบบใหม่ ยังไม่คุ้นเคย มีความซับซ้อน ขั้นตอนมาก ส่งผลให้การคัดกรองผู้ป่วยและการรักษามีความล่าช้า ปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทยได้มีการนำเครื่องมือกระบวนการคัดกรองผู้ป่วย MOPH ED. Triage ไปใช้เพื่อเป็นการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ไปในทิศทางเดียวกันและเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการของโรงพยาบาลในแต่ละระดับให้ประหนึ่งเป็นระบบเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Department of Medical Services, Ministry of Public Health 2018b) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Intarawichien, 2019; Puihuaton & Kanokwijit, 2021) พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการคัดกรองล่าช้าและผิดประเภทเกิดจากพยาบาลคัดกรองไม่เข้าใจในแนวทางและเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ไม่เข้าใจเครื่องมือการคัดกรอง ระบบคัดแยกในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันและ (Pilaikul, 2023) พบว่าการคัดกรองยังมีความล่าช้าเนื่องจากขาดความเข้าใจในการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยโรคโคโรนาไวรัส (Covid-19) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Ritintarangoon, Khowtong, Kongsomboon, & Kheaw, 2018) พบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยคือ ปัญหาการบันทึกข้อมูลการคัดแยกที่ไม่เข้าใจตรงกัน

**4. ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง** มี 2 ประเด็นย่อยผลการศึกษาสภาพปัญหาเกิดจาก 4.1) ความไม่ชัดเจนในการเข้าถึงการคัดกรอง 4.2) อุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอในบางช่วงเวลาผลการศึกษารึ้นนี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ป้ายห้องตรวจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ชัดเจน จุดคัดกรองอยู่รวมกับการปฏิบัติงานอื่นสถานที่ไม่เป็นสัดส่วน มีความคับแคบ ไม่มีป้ายแผนผังขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน ทำให้การเข้าถึงสถานที่การคัดกรองล่าช้า อีกทั้ง ยังพบปัญหาว่าอุปกรณ์สำหรับการคัดกรองไม่เพียงพอ ได้แก่ อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตปรอท ตลอดจนรถเข็นผู้ป่วย ซึ่งการศึกษาของ (Thonsao et al., 2020) พบว่าปัญหาเรื่องสถานที่ในการคัดแยกเกิดจากจุดคัดแยกคับแคบ ไม่เป็นสัดส่วนและบางโรงพยาบาลไม่มีจุดคัดแยก

ส่งผลให้การเข้าถึงการคัดกรองและการนำส่งผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน

**ศึกษาความต้องการด้านงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในยุควิถีชีวิตใหม่โรงพยาบาลตติยภูมิเขตสุขภาพที่ 2** ได้ข้อค้นพบความต้องการในงานคัดกรองผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3 ด้าน 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

**1.ด้านผู้คัดกรองมี 3 ประเด็นย่อย** ผลการศึกษาพบว่ามีความต้องการ 1) ต้องการเพิ่มพูนประสบการณ์และความรู้พยาบาลคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ในการใช้แนวทางและเครื่องมือการคัดกรอง ต้องการผ่านการอบรมการคัดกรองและต่อเนื่อง มีการนำอุบัติการณ์จากการคัดกรองมาพบทวน 2) ต้องการเพิ่มอัตรากำลังเพิ่มอัตรากำลังใน 3 รอบการปฏิบัติงาน ต้องการให้มีพยาบาลคัดกรองในทุกๆ เวร โดยเฉพาะเวรดึก และ 3) ความต้องการเพิ่มอัตรากำลังทีมหมุนเสริมเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยเมื่อเกิดความแออัด ทีมหมุนเสริมทั้งพยาบาลคัดกรองและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งพยาบาลคัดกรองนับเป็นบุคลากรด่านแรกที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อมารับบริการ พยาบาลคัดกรองนั้นสำคัญในการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติต่อทั้งแผนกฉุกเฉินและต่อภาพรวมโรงพยาบาล (Bureau of Nursing, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2008) กล่าวว่ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกให้มีคุณภาพซึ่งหัวใจสำคัญของระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน คือพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วย ต้องเข้าใจกระบวนการหลักในการคัดกรองผู้ป่วย มีองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็น (Sukswang, 2018; Thonsao et al., 2020) ได้ศึกษาถึงความถูกต้องและคุณภาพในการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินจะมีมากขึ้น พยาบาลต้องพัฒนาองค์ความรู้ผ่านการอบรมเรื่องการคัดกรอง สอดคล้องกับ (Suamchaiyaphum, Chanruangvanich, Thosingha, & Momsomboon, 2019) พบว่าการคัดแยกที่ได้มาตรฐานขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงาน ตลอดจนการศึกษาของ (Koomsuphan, Chitpakdee, & Abhichartibutra, 2022) ได้ศึกษาถึงกรอบสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ว่าพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีสมรรถนะด้านทักษะการประเมินและ

การคัดกรอง อีกทั้งการศึกษาของ (Ritintarangoon et al., 2018) ได้มีการศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยกำหนดให้มีพยาบาลประจำจุดคัดแยก ณ จุดคัดแยกผู้ป่วยด้านหน้าและมีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในช่วงเวรเช้าและเวรบ่าย เวรละหนึ่งคน เพื่อทำหน้าที่เป็นพยาบาลคัดแยก ส่วนเวรดึกมอบหมายหน้าที่พยาบาลคัดแยกให้กับพยาบาลในเวรด้านในคัดกรอง ดังนั้นอัตรากำลังบุคลากรพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งถ้ามีการบริหารอัตรากำลังอย่างเพียงพอและเหมาะสมพยาบาลมีความรู้ มีสมรรถนะที่เพียงพอและมีทีมสนับสนุนเมื่อเกิดความแออัดจะทำให้การดำเนินการคัดกรองที่ถูกต้องตามมาตรฐานและผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือรักษาตามระดับความเร่งด่วน

**2. ด้านเครื่องมือและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านการคัดกรอง** มี 1 ประเด็นย่อย ผลการศึกษาพบว่ามีความต้องการลดความซับซ้อนของเครื่องมือการคัดกรองและระบบบันทึกข้อมูลนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีความต้องการให้โรงพยาบาลใช้โปรแกรมระบบการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ ใช้ให้เหมือนกันทั้งจังหวัด ใช้แนวทาง / เกณฑ์เครื่องมือการคัดกรองเดียวกัน ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบท สอดคล้องกับ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018a) กล่าวว่าการคัดกรองในทุกจุดควรใช้แนวทางในการคัดกรองเดียวกัน ประเมินได้ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมาตรฐานการให้บริการ และการศึกษาของ (Ritintarangoon et al., 2018) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินว่าควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลการคัดแยกให้ชัดเจน สะดวก สามารถบันทึกข้อมูลการคัดแยกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการคัดแยกใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

**3.ด้านสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการคัดกรอง** มี 3 ประเด็นย่อยผลการศึกษาพบว่ามีความต้องการ 3.1) แยกพื้นที่เฉพาะในการคัดกรองสำหรับหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3.2) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการคัดกรองเพียงพอ 3.3) ป้ายแสดงจุดคัดกรองที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยและญาติจากผลการศึกษาพบว่า ต้องการแยกพื้นที่เฉพาะ

ในการคัดกรองให้มีความปลอดภัย แยกโซนเป็นสัดส่วน ทุกคนเข้าถึงได้ง่ายและมองเห็นอย่างเด่นชัด อุปกรณ์คัดกรองที่เพียงพอ เช่น มอร์นิเตอร์ โปรทมิเตอร์ แผ่นผังขั้นตอน ในการรับบริการให้ชัดเจน มีป้ายและสัญลักษณ์บอกทิศทางที่ชัดเจน เพื่อสื่อสารและเพื่อให้มีการเข้าถึงการคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็วรวมถึงการศึกษาของ (Laepuang, 2020) กล่าวว่า การบริหารจัดการภายใต้มาตรการการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา-19 ควรมีการปรับโครงสร้าง ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นจุดคัดกรองหลัก และมีการจัดสรรงบประมาณด้านอุปกรณ์การคัดกรองให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้และสอดคล้องกับ (Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization), 2020) ได้กำหนดแนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพตามมาตรฐาน กล่าวว่า สถานที่ที่จะทำการคัดกรอง ควรกำหนดไว้เป็นจุดแรกมีป้ายและสัญลักษณ์บ่งชี้/บอกทางที่สังเกตเห็นและเข้าใจได้ง่ายตามมาตรฐาน จุดที่ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงได้ง่าย อยู่ไม่ห่างจากห้องฉุกเฉินมากนัก เพื่อสะดวกในการเข้าถึงการบริการคัดกรองที่รวดเร็ว และนำส่งผู้ป่วยเข้าไปตรวจรักษา การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลามีพื้นที่สำหรับส่งผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เหมาะกับผู้พิการและผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ลดการแออัดกับหน่วยงานอื่นและสร้างความพึงพอใจ มีความเพียงพอและพร้อมใช้ทั้งเครื่องมือแพทย์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการรักษาตลอดเวลา 24 ชั่วโมง (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2018a) ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ (Ritintaragoon et al., 2018) กล่าวว่า ควรมีจุดรองรับผู้ป่วยที่รอรับบริการและควรมีการเตรียมพร้อมทั้งอุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนได้ทันที

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านนโยบายของโรงพยาบาล 1) ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรสนับสนุนด้านอัตรากำลังในหน่วยงานอย่างเพียงพอ สนับสนุนด้านสถานที่ จัดสรรอุปกรณ์ในการคัดกรอง

ผู้ป่วยให้มีความเหมาะสม เพียงพอและพร้อมใช้ ตลอดจนระบบบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลให้มีความเหมาะสม 2) จากนโยบาย ER คุณภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการคัดกรองให้มีความพร้อมตามสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางด้านเครื่องมือการคัดกรองและระบบการบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ตลอดจนมีการพัฒนาความรู้ จัดอบรมสมรรถนะพยาบาลคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอและขยายผลการศึกษาวิจัยไปในหน่วยงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้รับการคัดกรองที่ไปในแนวทางเดียวกันและมีความถูกต้อง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการคัดกรองที่เหมาะสมในแต่ละบริบท
2. ควรทำการศึกษาในมุมมองที่หลากหลาย ในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ได้มุมมองที่ชัดเจนและได้ประเด็นที่ครบถ้วนมากขึ้น เพื่อทราบปัญหาและความต้องการในการคัดกรองผู้ป่วย เพื่อนำมาซึ่งการพัฒนาและบริหารจัดการที่ครอบคลุมทุกด้านอย่างมีคุณภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Nursing, Department of Medical Services. (2008). *Nursing standards in hospitals*. (3<sup>rd</sup> ed). War Veterans Organization Printing House. 135-153. [In Thai]
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Situation of COVID-19 infection in Thailand*. Retrieved 27 March 2021 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>. [In Thai].
- Department of Medical Services Ministry of Public Health. (2018a). *Guideline for ER service delivery*. (2<sup>nd</sup> edition). Nonthaburi: Samchai 2017. [In Thai].
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2018b). *MOPH.ED triage*. (2<sup>nd</sup> ed). office Medical Studies, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. [In Thai].

- Emergency department, Tertiary Care Center, Health Region 2. (2019). *Annual report 2019 Triage of quality*. [In Thai].
- Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). (2020). *Self-evaluation criteria according to system-specific certification standards for the care system in the emergency room of the hospital. Pilot edition*. Retrieved 9 April 2021 from <http://49.231.15.21/deptw1/upload/files/haF256304221150285009.pdf>. [In Thai].
- Intarawichien, N. (2019). A study of quality of emergency patient triage in Phonphisai Hospital, Nongkhai. *Nursing, Health, and Education Journal*, 2(2), 51. [In Thai].
- Koomsuphan, W., Chitpakdee, B., & Abhichartitubtra, K. (2022). Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, BuddhachinarajPhitsanulok Hospital. *Nursing Journal Chiang Mai University*, 49(1), 143-146. [In Thai].
- Laepuang, S. (2020). *Management during the COVID-19 screening measure for pandemic in Pathum Thani Hospital*. Retrieved 29 December 2022 from <http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/index.php/abstractData/viewindex/316>. [In Thai].
- Ministry of Public Health. (2020). *Guidelines for medical practice, diagnosis, care, and prevention of hospital-based infections. In the case of coronavirus disease 2019*. Retrieved 12 June 2021 from <https://pidst.or.th/A890.html>. [In Thai].
- National Institute of Emergency Medicine. (2021). *Emergency medical statistics report*. Retrieved 20 September 2022 from [https://ws.niems.go.th/ITEMS\\_DWH.://www.niems.go.th/1/upload/attachfile/2023/ebook/417974\\_20230519130048.pdf](https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH.://www.niems.go.th/1/upload/attachfile/2023/ebook/417974_20230519130048.pdf). [In Thai].
- Nursing Council. (2005). *Standards for nursing and midwifery services at the secondary and tertiary levels, B.E. 1985 (2<sup>nd</sup> ed)*. Retrieved 20 October 2019 from <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A444.pdf>. [In Thai].
- Pilaikul, J. (2023). Development of triage system in hospital for the management of severe covid-19 in Mahasarakham province and network, *Research and Development Health System Journal*, 16(1), 204-205. Retrieved 7 March 2023 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/260166>. [In Thai].
- Puihuaton, Y., & Kanokwijit, J. (2021). *Study of emergency patient screening system. Emergency department Chiang Mai Neurological Hospital*. [R2R]. Retrieved 1 April 2021 from <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper>. [In Thai].
- Ritintarangoon, O., Khowtong, W., Kongsomboon, P., & Kheaw-on S. (2018). The Development of triage system at emergency department in Sawanpracharak hospital. *Department of Medical Services Journal*, 43(2), 146-151. [In Thai].
- Suamchaiyaphum, K., Chanruangvanich, W., Thosingha, O., & Momsomboon, A. (2019). Factors Influencing the Accuracy of Emergency Severity Index-Based Emergency Patient Triage. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(4), 34-47. [In Thai].
- Sukswang, S. (2018). Triage Nurse: Beyond Main Process Through Practice. *Journal of Health Sciences Scholarship* 5(2), 1-14. Retrieved 20 May 2021 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/156934>. [In Thai].

- Thronsao, C., Wijakkanalan, W., Chaiprom, K., Hangsatan, P., Chantaphim, P., Saensuk, P., ...Thronsao, M. (2020). A Study of Quality of Emergency Patient Triage at Emergency Department Suddhavej Hospital Faculty of medicine Mahasarakham University. *The 7<sup>th</sup> National Conference Nakhonratchasima College*. 1140-1148. [In Thai].
- Threechornwaree, C. (2022). The Development of an Emergency Room Triage Model On Triage Nurse Frontier point Thawatburi Hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 3(3). Retrieved 20 December 2022 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/259455>. [In Thai].
- Wijitraphant, T. (2022). *Development of screening processes for accident and emergency rooms of Hospitals in the 3<sup>rd</sup> service network, Chiang Mai Province By using a mobile application*. Retrieved 26 August 2022. [In Thai].
- Wongsaree, C. (2020). Qualitative research design and data analysis in phenomenology: Nursing science. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanity*, 10(1), 1-4. [In Thai].
- Yurkova, I., Wolf, L. (2011). Under-triage as a significant factor affecting transfer time between the emergency department and the intensive care unit. *Journal of emergency Nursing*, 37(5), 491-496.

## บทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

#### The Effects of Symptom Management Program on Abdominal Distention in Colorectal Cancer Patients After Abdominal Surgery

ปุลยญาดา มุกดาگانทอง (Pulyada Mookdagarnthong)\*

ธิดารัตน์ คำบุญ (Thidarat Khamboon)\*\*

อินทิรา ปากันทะ (Intira Pakanta)\*\*\*

Received: February 1, 2023

Revised: February 28, 2023

Accepted: March 15, 2023

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและการคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 รายและกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสิทธิภาพอาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565-เดือนสิงหาคม 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินอาการท้องอืด ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่ม และสถิติแมน-วิตนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการอาการมาใช้เพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการอาการ, อาการท้องอืด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, การผ่าตัดช่องท้อง

## Abstract

This study was quasi-experimental research design. The purpose of this research was to investigate the effects of symptom management program on abdominal distention in colorectal cancer patients after abdominal surgery. The participants were patients diagnosed with colorectal cancer and are receiving treatment by abdominal surgery in a hospital in Health Region 2 of Thailand. There were selected by purposive sampling and separated. 52 participants were divided into an experimental group and a control group, 26 for each group. The experimental group received the symptom management program, adapted from symptom management concept of Dodd et al, (2001) comprised of 3 steps: 1) symptom experience of abdominal distention, 2) symptom management strategies for abdominal distention, and 3) symptom outcome of abdominal distention. The control group received routine nursing care. Data were collected between November 2022 and August 2023. The research collection tools were 1) personal information record and 2) abdominal distention form was used to test reliability (Cronbach's alpha coefficient 0.97). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, independent samples t-test, and Mann-Whitney U test.

The results revealed that the experimental group receiving the symptom management program had a lower mean abdominal distention score than the control group receiving routine nursing care statistical significance ( $p < .001$ ). The results of this study suggest that the nurse should apply the symptom management program to help reduce abdominal distention after abdominal surgery.

**Keyword:** Symptom management program, Abdominal distention, Colorectal cancer, Abdominal surgery

---

\*\*Corresponding author: Thidarat Khamboon; E-mail: thidaratk@nu.ac.th

\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั้งหมดทั่วโลกอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ 1,900,000 รายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีก 900,000 รายต่อปี (World Health Organization: WHO, 2020) ส่วนในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในเพศหญิงเป็นอันดับที่ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก (National Cancer Institute, 2021) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นวิธีการรักษาหลัก โดยการผ่าตัดช่องท้องเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรค ก้อนมะเร็ง และต่อมน้ำเหลืองออกเพื่อเพิ่มโอกาสหายขาด ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดการแพร่กระจายไปตำแหน่งอื่น (Chittmittrapap & Navicharoen, 2015) การผ่าตัดช่องท้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ใช้ระยะเวลาความรู้สึกรำคาญ และใช้ระยะเวลานานในการผ่าตัด ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ อาการท้องอืด โดยเกิดขึ้นใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Cargir, 2018) พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 95.5 ของผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง (Tapsuwan, 2016) ซึ่งอาการท้องอืดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ (Ufoaroh et al., 2019) ปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวล (White, Chularee, & Chiaranai, 2020) ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Harnsberger, Maykel, & Alavi, 2019) ส่วนปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนนิ่ง ๆ อยู่กับเตียงไม่กล้าเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ลำไส้หยุดการเคลื่อนไหว และขาดการกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ทำให้มีก๊าซค้างอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืด (Tapsuwan, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษากลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการท้องอืดหลากหลายวิธีที่ใช้ได้ผล แต่กลวิธีเหล่านั้นมีข้อจำกัดในการใช้ ได้แก่ การเคี้ยว

หมากฝรั่ง (Liu, Jiang, Xu, & Jin, 2017) ซึ่งต้องใช้กลวิธีนี้ อย่างระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดการสำลักได้ วิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งผู้ใช้ต้องฝึกทักษะการกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ถูกต้อง และชำนาญ (Pengkaew, 2015) ส่วนกลวิธีที่ได้ผลและน่าสนใจ เนื่องจากทำได้ง่าย ได้แก่ การเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวเป็นลำดับขั้นตอนโดยวิธีต่าง ๆ โดยการพลิกตะแคงตัวบนเตียง (Thamphan, 2015) การบริหารหน้าท้องและการหายใจ (Narasong, 2020) และการลุกเดินหลังผ่าตัด (Sripukde, 2018) ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว ส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนควรเป็นลำดับเริ่มจากการพลิกตะแคงตัว บริหาร และออกกำลังกายบนเตียง ลุกนั่งบนเตียง การนั่งข้างเตียง การยืน และการเดินตามลำดับ จะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารฟื้นตัวเร็วขึ้น (Grass et al., 2018)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดที่นำมาใช้ในการจัดการอาการที่ใช้อย่างแพร่หลายและได้ผลดีคือแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยสามารถนำมาใช้ได้ทั้งในสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้นแต่มีความเสี่ยงในการเกิด และสถานการณ์ที่เกิดอาการขึ้นแล้ว ประกอบด้วย 3 มิโนทัศน์หลัก คือ 1) ประสบการณ์มีอาการ (Symptom experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 2) กลวิธีในการจัดการอาการ (Symptom management strategies) ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะจัดการโดยใคร (Who) ใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (What) จัดการเมื่อใด (When) จัดการที่ไหน (Where) จัดการทำไม (Why) จัดการมากน้อยเพียงใด (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) และจัดการอย่างไร (How) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่ประกอบด้วย การประเมินประสบการณ์อาการ การใช้กลวิธีในการจัดการอาการ และการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการร่วมกับกลวิธีต่างๆ ได้ผลในการจัดการอาการท้องอืดเป็นอย่างดี (Anuvongsinlapachai, 2016; Puntarangsri,

2022; Sila, 2018) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการอาการของคอคอด และคณะ (Dodd et al., 2001) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือตอนล่าง ที่รับการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง จากข้อมูลพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562-2566 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการรักษาเป็นจำนวน 280, 264, 250, 217 และ 241 รายตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดช่องท้อง จำนวน 144, 136, 145, 135 และ 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4, 51.5, 58.0, 62.2 และ 62.7 ตามลำดับ (Uttaradit Hospital Statistics, 2023) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการผ่าตัดช่องท้องจำนวน 67 รายในระยะเวลา 6 เดือน (Medical records of Uttaradit Hospital, 2020) พบว่า อัตราการเกิดภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดยังพบมากถึงร้อยละ 68.7 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดอักเสบ โดยในปีพ.ศ. 2563-2565 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดอักเสบคิดเป็นร้อยละ 3.6 , 4.1, 3.4 ตามลำดับ (Uttaradit Hospital Surgery Unit, 2022) ซึ่งยังเป็นปัญหาของหน่วยงานสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่หมดฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกและยาบรรเทาปวดชนิดโอปิออยด์ (Anuvongsinlapachai, 2016) จึงเป็นช่วงเวลาที่สามารถประเมินความแตกต่างของผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการได้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอคอด และคณะ (Dodd et al., 2001) มาเป็นขั้นตอนในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสิทธิภาพอาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดโดยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด โดยพยาบาลมีหน้าที่เตรียม

ความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยพยาบาลเตรียมประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดอาการท้องอืดหลังผ่าตัดและกลวิธีในการจัดการอาการท้องอืด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของอาการท้องอืดเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดท้องอืดลดลงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดซึ่งทำให้อำนาจวันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

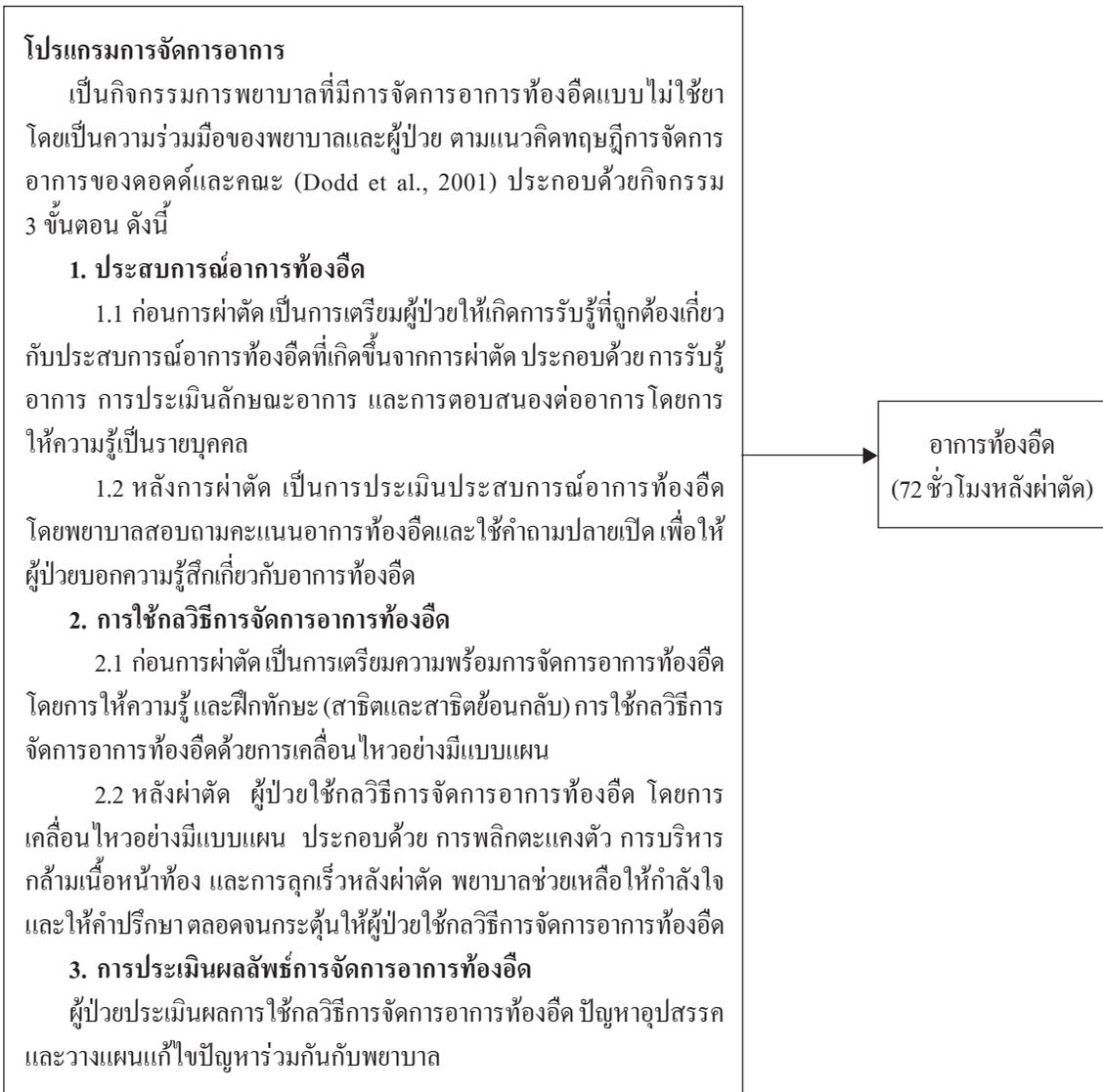
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบจำลองการจัดการอาการของคอคอด และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นพยาบาลอยู่ในโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบวัดหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การวิจัยนี้วัดผล 1 ครั้ง คือ วัดหลังสิ้นสุดโปรแกรม (Post-test) ทันที

สถานที่วิจัย คือ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565-เดือนสิงหาคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ขณะทำการผ่าตัด ซึ่งรับการรักษาโดยการผ่าตัดหน้าท้องเป็นครั้งแรกและพักรักษาตัว

ในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) เป็นครั้งแรก และรักษาตัวในแผนกศัลยกรรมอย่างน้อย 1 วันก่อนการผ่าตัดช่องท้องจนถึงระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พู้อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมอย่างเป็นทางการ และ 6) ได้รับความยินยอมจากแพทย์เจ้าของไข้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคประจำตัวเดิมที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามโปรแกรม เช่น เป็นอัมพาตแขนขาอ่อนแรง มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สื่อสารลำบาก และเกณฑ์การถอดถอน ดังนี้ 1) การผ่าตัดถูกเลื่อนด้วยสาเหตุใดก็ตาม 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่รุนแรงต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เสียเลือดมาก หรือโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงจนไม่สามารถดำเนินตามโปรแกรมได้ เช่น septic shock, deep vein thrombosis, acute pulmonary embolism, acute stroke เป็นต้น และ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล .70 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยขนาดอิทธิพลได้จากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของรัชดาอนุวงศ์ศิลาปะชัย (Anuvongsinlapachai, 2016) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยใช้สถิติในการทดสอบ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการจัดการอาหาร ประยุกต์ใช้แนวคิด

การจัดการอาหารของดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ประสพการณ์อาการท้องอืด 2) การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และ 3) การประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืดโดยโปรแกรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 4 วัน

1.2 สื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Power point) เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับประสพการณ์อาการท้องอืดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินลักษณะอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ใช้เวลา 15 นาที

1.3 สื่อ VDO เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะ (สาธิตและสาธิตย้อนกลับ) การเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืด เกี่ยวกับการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด ใช้เวลา 20 นาที

1.4 คู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การพลิกตะแคงตัวบนเตียง การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และการลุกเร็วหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ และ 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา คือ การวินิจฉัยโรคชนิดการผ่าตัด colostomy, radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึก ยาระงับปวด การได้รับยา metoclopramide ระดับโพแทสเซียมในเลือด และความปวดหลังการผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำตอบ

2.2 แบบประเมินอาการท้องอืด ใช้แบบประเมินอาการท้องอืดของวิริยา ศิลา (Sila, 2018) เป็นลักษณะแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้สึกอึดแน่นท้อง 2) การเรอ

3) การผายลม 4) การเคลื่อนไหวของลำไส้ และ 5) ขนาดเส้นรอบท้อง แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ค่าคะแนนรวมของแบบวัดอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการท้องอืดและมากกว่า 15 คะแนน หมายถึง มีอาการท้องอืดมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบคุณภาพจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ของเครื่องมือในการดำเนินการทดลองเท่ากับ 0.80-1.00 ส่วนเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95

2. ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการท้องอืด ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดช่องท้อง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการท้องอืด ได้หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ IRB No: P3-0035/2565 (วันที่รับรอง: 1 กรกฎาคม 2565) และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ หมายเลขโครงการ REC: 20/2565 (วันที่รับรอง: 19 ตุลาคม 2565) ผู้วิจัยขอความยินยอมจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและการบริการที่ได้รับ และชี้แจงว่าข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น และมีการทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

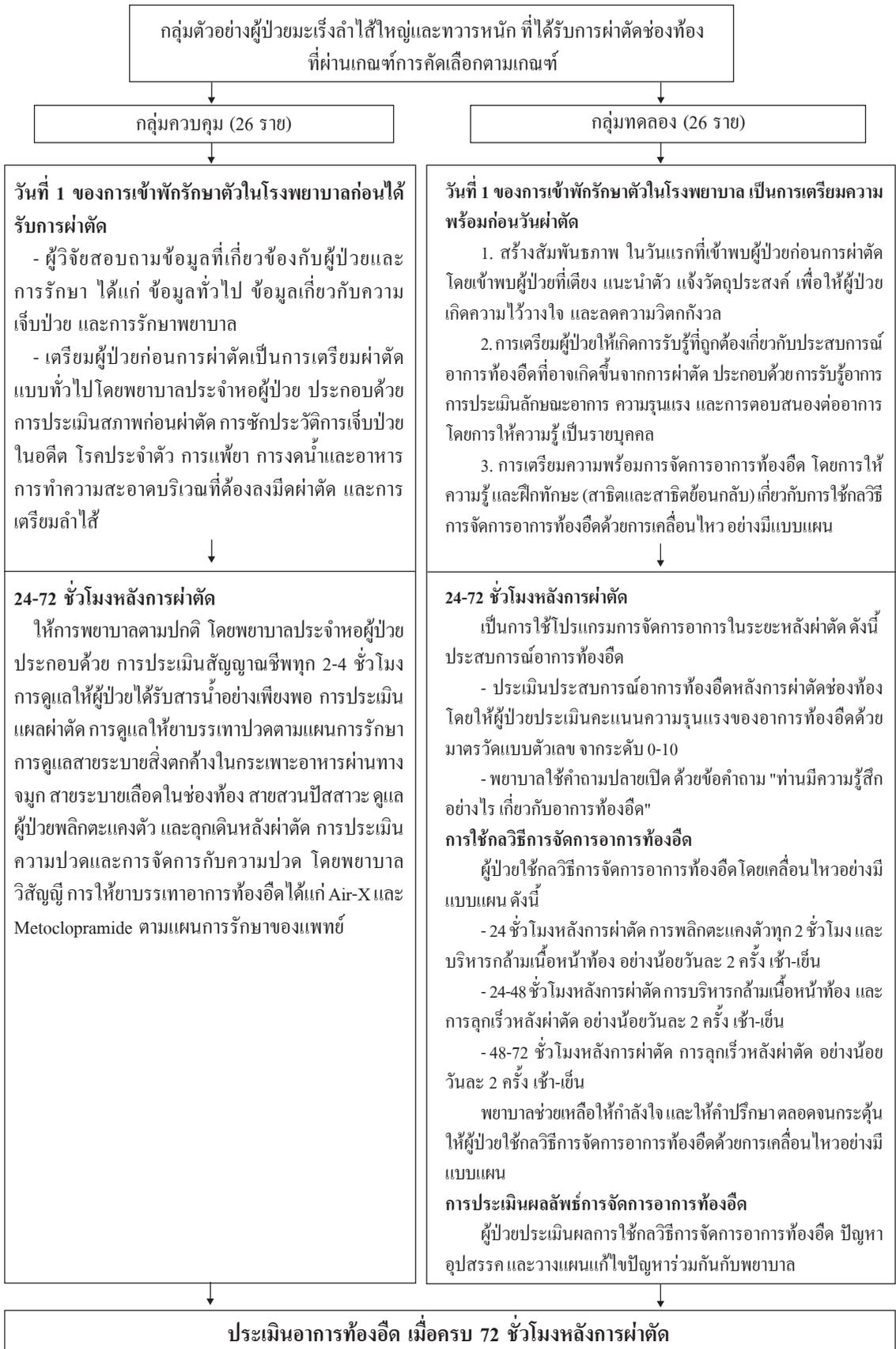
#### ขั้นเตรียมการ

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยดำเนินการขออนุญาตของโรงพยาบาลก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

#### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 ทุกวันโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการอาการไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลการประเมินอาการท้องอืด เมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้



**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษา ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ chi-square test, Fisher's Exact test, independent samples t-test และ Mann-Whitney U test

3. วิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลอาการท้องอืดหลังผ่าตัด โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบคะแนนอาการท้องอืดหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายด้าน ได้แก่ อายุเฉลี่ย 64 ปี (S.D. = 11.02) เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สถานภาพสมรส ประกอบอาชีพ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพด้วยสถิติ chi-square test และเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุ ด้วยสถิติ independent samples t-test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p > .05)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

ผลการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษา พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น CA colon (ร้อยละ 57.7) การผ่าตัด rectum cancer surgery (ร้อยละ 57.7) มี colostomy (ร้อยละ 53.9) มี radivac drain (ร้อยละ 76.9) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 76.9) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ

61.5) ยาระงับความรู้สึกเป็น nimbox (ร้อยละ 100.0) ยาระงับปวดเป็น morphine (ร้อยละ 100.0) และไม่ได้รับยา metoclopramide (ร้อยละ 92.3)ระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 3.98 mEq/L (S.D.= 0.35) ความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.31 คะแนน (S.D. = 1.22) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.65 คะแนน (S.D. = 0.85) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.81 คะแนน (S.D. = 1.10)

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่วินิจฉัยเป็น CA rectum (ร้อยละ 57.7) การผ่าตัด colon and rectum cancer surgery (ร้อยละ 50.0) ไม่มี colostomy (ร้อยละ 65.4) มี radivac drain (ร้อยละ 69.2) ระยะเวลาในการผ่าตัด 60-120 นาที (ร้อยละ 53.9) ปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด 50-100 ml (ร้อยละ 42.3) ยาระงับความรู้สึกเป็น nimbox (ร้อยละ 96.2) ยาระงับปวดเป็น morphine (ร้อยละ 96.2) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยา metoclopramide (ร้อยละ 73.1) ระดับโพแทสเซียมในเลือดเฉลี่ย 4.18 mEq/L (S.D.=0.38) ความปวดหลังการผ่าตัดวันที่ 1 เฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 1.26) วันที่ 2 เฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D. = 1.03) และวันที่ 3 เฉลี่ย 2.50 คะแนน (S.D. = 0.76)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด การมี colostomy และ radivac drain ระยะเวลาในการผ่าตัด และปริมาณเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัด ด้วยสถิติ chi-square test เปรียบเทียบข้อมูล ยาระงับความรู้สึก ชนิดของยาระงับปวด และการได้รับยา metoclopramide ด้วยสถิติ Fisher's exact test เปรียบเทียบข้อมูลระดับโพแทสเซียมในเลือดด้วยสถิติ independent samples t-test และเปรียบเทียบข้อมูลคะแนนความปวดหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p > .05)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ความรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การผายลม การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 26)			กลุ่มทดลอง (n = 26)			Z-test
	$\bar{x}$	S.D.	Mean Rank	$\bar{x}$	S.D.	Mean Rank	
1. ความรู้สึกอึดแน่นท้อง	2.15	0.61	34.63	1.35	0.56	18.37	-4.213***
2. การเรอ	2.31	1.09	34.50	1.19	0.49	18.50	-4.224***
3. การผายลม	2.04	0.82	32.25	1.42	0.76	20.75	-2.976**
4. การเคลื่อนไหวของลำไส้	2.08	0.80	33.94	1.27	0.60	19.06	-3.893***
5. ขนาดเส้นรอบท้อง	1.58	0.58	33.50	1.00	0.00	19.50	-4.320***
คะแนนท้องอืดโดยรวม	10.15	2.80	36.23	6.23	1.63	16.77	-4.703***

\*\* (p < .01), \*\*\* (p < .001)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดหลังผ่าตัดโดยรวม เมื่อ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 10.15 คะแนน (S.D. = 2.80, Mean Rank = 36.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมมีด้านความรู้สึกอึดแน่นท้องเฉลี่ย 2.15 คะแนน (S.D. = 0.61, Mean Rank = 34.63) การเรอเฉลี่ย 2.31 คะแนน (S.D. = 1.09, Mean Rank = 34.50) การผายลมเฉลี่ย 2.04 คะแนน (S.D. = 0.82, Mean Rank = 32.25) การเคลื่อนไหวของลำไส้เฉลี่ย 2.08 คะแนน (S.D. = 0.80, Mean Rank = 33.94) และขนาดเส้นรอบท้องเฉลี่ย 1.58 คะแนน (S.D. = 0.58, Mean Rank = 33.50)

ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดโดยรวม 6.23 คะแนน (S.D. = 1.63, Mean Rank = 16.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีด้านความรู้สึกอึดแน่นท้องเฉลี่ย 1.35 คะแนน (S.D. = 0.56, Mean Rank = 18.37) การเรอเฉลี่ย 1.19 คะแนน (S.D. = 0.49, Mean Rank = 18.50) การผายลมเฉลี่ย 1.42 คะแนน (S.D. = 0.76, Mean Rank = 20.75) การเคลื่อนไหวของลำไส้เฉลี่ย 1.27 คะแนน (S.D. = 0.60, Mean Rank = 19.06) และขนาดเส้นรอบท้องเฉลี่ย 1.00 คะแนน (S.D. = 0.00, Mean Rank = 19.50)

เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test พบว่า คะแนนท้องอืดหลังผ่าตัดโดยรวมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) เมื่อ

พิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนรู้สึกอึดแน่นท้อง การเรอ การเคลื่อนไหวของลำไส้ และขนาดเส้นรอบท้องของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนการผายลมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนท้องอืดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดของท้อง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอริบายได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่มีแนวคิดว่า ประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้ส่วนบุคคล การประเมิน และการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อความผิดปกติหรืออาการที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งหากบุคคลมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็จะบริหารจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และเกิดผลลัพธ์ในการจัดการอาการที่ดี ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการอาการที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีการจัดการอาการท้องอืดแบบไม่ใช้ยาโดยเป็นความร่วมมือของผู้วิจัยและ

กลุ่มทดลอง กิจกรรมครอบครัวตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ ประสพการณ์อาการท้องอืด การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืด และการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ซึ่งขั้นตอนที่ 1 ประสพการณ์อาการท้องอืดเป็นการเตรียมกลุ่มทดลองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของอาการท้องอืดที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดภายใน 24-72 ชั่วโมง การประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืด ตลอดจนการตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากอาการท้องอืดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากอาการท้องอืดรุนแรงขึ้นหรือไม่ได้รับแก้ไข การเตรียมกลุ่มทดลองให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดนี้ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการท้องอืด การประเมินความรุนแรงของอาการ ตลอดจนความสำคัญของการจัดการอาการท้องอืดด้วยกลวิธีที่เหมาะสม ดังนั้น ภายหลังจากผ่าตัดกลุ่มทดลองจึงสามารถรับรู้ถึงการเกิดท้องอืด ประเมินความรุนแรงของอาการท้องอืดที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ตลอดจนเผชิญกับอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัด และนำไปสู่กลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตามแนวคิดการจัดการอาการของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ดังกล่าวข้างต้น

สำหรับขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดเป็นการเตรียมความพร้อมการจัดการอาการท้องอืดตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดเช่นกัน โดยการให้ความรู้ โดยใช้สื่อ VDO และคู่มือการใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดที่ผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนและศึกษาต่อได้ด้วยตนเอง รวมถึงมีการฝึกทักษะโดยผู้วิจัยสาขาและกลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับ การใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนมีลำดับขั้นตอนและมีการกำหนดลักษณะของกลวิธีการจัดการอาการท้องอืดอย่างชัดเจนตามแนวคิดของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวคือ กลุ่มทดลองเป็นผู้ใช้กลวิธีการจัดการอาการท้องอืดด้วยตัวเองโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้น(Who) ใช้กลวิธีจัดการอาการท้องอืดด้วยการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผน (What) ในระยะหลังผ่าตัดช่องท้อง (When) สามารถปฏิบัติได้บนเตียงภายในหอผู้ป่วย (Where) เพื่อลดอาการท้องอืด (Why)

ตามขั้นตอนวิธีการจัดการที่ได้ฝึกทักษะตั้งแต่ก่อนผ่าตัด (How) โดยกำหนดให้ปฏิบัติกิจกรรมวันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและเย็น (How much) เพื่อให้กลุ่มทดลองอาการท้องอืดลดลง (To Whom) ประกอบด้วยวิธีการเคลื่อนไหวตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวและบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและลุกเร็วหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง และการลุกเร็วหลังผ่าตัดใน 48-72 ชั่วโมง (How) กลวิธีการเคลื่อนไหวอย่างมีแบบแผนดังกล่าวช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (Grass et al., 2018) เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย กลุ่มทดลองสามารถทำได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการที่มีผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้กลวิธีการจัดการอาการตามที่ได้ฝึกทักษะไปอย่างเป็นลำดับ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์การจัดการอาการท้องอืด ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา (ขั้นตอนที่ 3) จึงทำให้กลุ่มทดลองใช้กลวิธีดังกล่าวอย่างต่อเนื่องส่งผลในการลดอาการท้องอืดอย่างมีประสิทธิภาพ

ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ได้รับการเตรียมประสบการณ์เพื่อการรับรู้เกี่ยวกับอาการท้องอืดรวมถึงการฝึกทักษะกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มควบคุมเผชิญอาการและจัดการอาการท้องอืดได้อย่างเหมาะสมน้อยกว่ากลุ่มทดลอง ทำให้พบอาการท้องอืดภายหลังการผ่าตัดได้มากกว่ากลุ่มทดลอง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ คำบุญ และคณะ (Khamboon, Pakanta, Jitpewngam, & Wangteeraprasert, 2019) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการกลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของคอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยอธิบายถึงการรับรู้เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจสาเหตุการเกิดกลุ่มอาการ จะไม่สามารถประเมินความรุนแรงของอาการ และใช้กลวิธีการจัดการที่เหมาะสมได้ จึงทำให้การจัดการกลุ่มอาการ ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกลวิธีไม่เหมาะสมซึ่งภายหลังจากการพัฒนาแบบการจัดการกลุ่มอาการในงานวิจัยดังกล่าว พบว่า การที่ผู้ป่วยจะจัดการอาการได้ดีต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง รวมถึงกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการต้องเหมาะสม และเป็นกลวิธีที่สามารถทำได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจะสามารถจัดการอาการได้อย่างต่อเนื่อง

และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิริยา ศิลา (Sila, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการของผู้ป่วยโรคต่ออาการปวดและอาการท้องอืดหลังผ่าตัดหน้าท้องโดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย การประเมินประสิทธิผลการใช้กลวิธีโดยการฟังเพลงและการเคี้ยวหมากฝรั่ง และการประเมินอาการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการมีคะแนนเฉลี่ยอาการท้องอืดหลังผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ กัญฉิธา พันทรังษี (Puntarangsri, 2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่ออาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้ำดีผ่านกล้อง โดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้ำดีผ่านกล้องภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และรัชชา อนุวงศ์ศิลปชัย (Anuvongsinlapachai, 2016) ศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ในผู้ป่วยที่ภายหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องโดยใช้การจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นกรอบแนวคิด พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงแบบเปิดช่องท้องภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของลำไส้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหาร โรงพยาบาล ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานมีการนำโปรแกรมการจัดการอาการ ไปใช้ในการบรรเทาอาการท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพพยาบาล

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดและสื่อในการให้ความรู้ไปใช้สอนนิสิตพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดหลังผ่าตัดช่องท้อง

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เช่น มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่แพร่หลายมากขึ้น

2.2 ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดในผู้ป่วยกลุ่มเดิม โดยวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอาการท้องอืดใน 24, 48, และ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อโปรแกรมการจัดการอาการท้องอืดดังกล่าว เพื่อติดตามความต่อเนื่องและผลลัพธ์ของโปรแกรม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบพระคุณบุคลากรและกลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

- Anuvongsinlapachai, R. (2016). The effect of symptom management program combined with reflexology on bowel function recovery in patients after open colorectal surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18, 84-92. [In Thai].
- Cagir, B. (2018). *Postoperative ileus*. Retrieved 10 July 2019 from <http://medicine.Medscape.com/article/2242141-overview>.
- Chittmitrapap, S., & Navicharoen, P. (2015). Textbook of surgery. Bangkok: Pailin Booknet. [In Thai].
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Grass, F., Pache, B., Martin, D., Addor, V., Hahnloser, D., Demartines, N., & Hubner, M. (2018). Feasibility of early postoperative mobilization after colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 56, 161-166.
- Harnsberger, C. R., Maykel, J. A., & Alavi, K. (2019). Postoperative ileus. *Clin Colon Rectal Surg*, 32(3), 166-170.
- Khamboon, T., Pakanta, I., Jitpewngam, W., & Wangteeraprasert, K. (2019). A development of symptom clusters management model in lung cancer persons receiving chemotherapy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(1), 121-132.
- Liu, Q., Jiang, H., Xu, D., & Jin, J. (2017). Effect of gum chewing on ameliorating ileus following colorectal surgery. *International Journal of Surgery*, 47(1), 107-115. Retrieved 28 January 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867465/>
- Medical records of Uttaradit Hospital. (2020). *Surgical intensive care unit information*. Retrieved 7 April 2021 from <https://www.uttaradit-hosp.go.th/room/roomdetail.php> [In Thai].
- Narasong, P. (2020). Effects of abdominal, shoulder and breathing exercise programs on abdominal distension and shoulder pain in patients with laparoscopic cholecystectomy. *Siriraj Med Bull*, 13(1), 11-20. [In Thai].
- National Cancer Institute. (2021). *Hospital-based cancer registry 2021*. Bangkok: Medical Digital Division, National Cancer Institute. Retrieved 15 April 2021 from [https://www.nci.go.th/e-book/osbased\\_2563/index.html](https://www.nci.go.th/e-book/osbased_2563/index.html) [In Thai].
- Pengkaew, S. (2015). *Effects of foot reflexology on abdominal distention and postoperative recovery in elderly patients with abdominal surgery*. (Master's thesis). Prince of Songkhla University, Thailand. [In Thai].
- Puntarangsri, K. (2022). *The effect of symptom management program combined with foot reflexology on abdominal distention in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy*. Retrieved 7 April 2021 from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6173> [In Thai].
- Sila, W. (2018). The effects of symptom management program of gynecological patients after abdominal surgery on postoperative pain and abdominal distention at a tertiary level hospital. *Christian University of Thailand Journal*, 24(2), 204-215. [In Thai].
- Sripukde, S. (2018). Nursing innovation development to promote early mobilization for patients who are in a critical condition after cholangiocarcinoma surgery. *Journal of Nursing Science & Health*, 41(4), 13-22. [In Thai].
- Tapsuwan, O. (2016). The role of nurses in management with bloating in surgical patients who had abdominal surgery. *Siriraj Med Bull*, 9(3), 189-93. [In Thai].

- Thamphan, N. (2015). *The effects of program improving post postoperative ileus in open appendectomy patients*. (Master's thesis). Mahidol University, Thailand. [In Thai].
- Ufoaroh, C. U., Ele, P. U., Anyabolu, A. E., Enemu, E. H., Emegoakor, C. D., Okoli, C. C., ... Anyabolu, E. N. (2019). *Pre-operative pulmonary assessment and risk factors for post-operative pulmonary complications in elective abdominal surgery in Nigeria*. Retrieved 31 January 2024 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31149005/>
- Uttaradit Hospital Statistics. (2023). *Hospital information systems*. Retrieved 14 April 2020 from <https://www.uttaradit-hosp.go.th/room/roomdetail.php> [In Thai].
- Uttaradit Hospital Surgery Unit. (2022). *Summary of annual report 2022*. Uttaradit: Uttaradit Hospital. (In Thai)
- White, S. J., Chularee, S., & Chiaranai, C. (2020). The role of nurses in caring for patients undergoing abdominal surgery. *Journal Health and Nursing Education, 26*(1), 231-250.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Latest global cancer data*. Retrieved July 10, 2021 from <https://www.who.int/cancer>.

## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมความรู้เพศวิถีศึกษาต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น  
ในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย

Effectiveness of Sexual Education Literacy Program on Life Skills due to Preventive Risk Behaviors  
among Adolescents at Vocational Institutes, Chiang Rai Province

กฤษณา ปิงวงศ์ (Kridsana Pingwong)\*

พัชรารวรรณ แก้วกันทะ (Patcharawan Kaewkanta)\*\*

อุไรวรรณ ชัยมินทร์ (Uraiwan Chaimin)\*\*\*

มัตติกา ปิงเมือง (Muttika Pingmuang)\*\*\*

Received: February 5, 2024

Revised: March 11, 2024

Accepted: April 21, 2024

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้เพศวิถีศึกษาต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาที่มีอายุ 15-19 ปี ในสถานศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงราย 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา และแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองภายหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.698, p < .01$ ) โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตรายด้านพบว่าทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สำหรับทักษะการตัดสินใจ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมทักษะชีวิตในการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านเพศวิถี ทักษะชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่น

### Abstract

This research is a quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design. It was aimed to examine the effects of sexuality education literacy programs on life skills for preventing adolescent risk behaviors of vocational institutes in Chiang Rai province. The sample group consists of students aged 15-19 years in vocational institutes in Chiang Rai province. The total participant 54 people, divided into 27 people for the experimental group and 27 people for the comparison group. The research tools included the sexuality education literacy program and a life skills questionnaire to prevent adolescent sexual risk behavior. The quality of the questionnaire was assessed using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a reliability value of 0.82. Analyzed by descriptive statistics, Chi-square test statistic, independent t-test statistic, and Paired t-test.

The research findings indicate that the experimental group's average life skills scores increased significantly in all aspects compared to before the intervention ( $t = -3.698, p < .01$ ). The mean scores for each aspect of life skills, problem solving skills, creative thinking skills, effective communication skills, self-awareness skills, empathy skills and stress management skills were significantly higher ( $p < .05$ ), compared to before the intervention, as well as decision-making skills, critical thinking skills, interpersonal relationship skills and coping with emotional skill ( $p < .01$ ). These results demonstrate that the program effectively enhances life skills in preventing adolescent sexual risk behavior.

**Keywords:** Sexuality education literacy, Life skills, Risk behaviors, Adolescent

\*Corresponding Author:Kridsana Pingwong ; E-mail: kridsana.pingwong@crc.ac.th

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College)

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangrai College)

\*\*\*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (Senior Public Health Academic, Health Promotion Division, Chiang Rai Provincial Public Health Office)

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมอย่างรวดเร็ว ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งอาจต้องเผชิญกับการถูกคุกคาม การตีตราการปฏิเสธ จากครอบครัว เพื่อนและชุมชน จนอาจทำให้ขาดโอกาสในการศึกษา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต (Yazdi-Feyzabadi, Mehroolhassani, Zolala, Haghdoost, & Oroomiei, 2019) ในปัจจุบันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จากการศึกษาของ ซอลาส เด็งมาซา ปุลญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติ วรเดช (Dengmasa, Chaimay, & Worada, 2019) ในนักเรียนอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) พบว่า นักเรียนประมาณ 1 ใน 2 มีคูรักระหว่างเรียน เคยมีประสบการณ์การเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 52.7 รวมทั้งอายุของการมีเพศสัมพันธ์เริ่มลดลง โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณ 17 ปี และส่วนใหญ่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน รวมทั้งวัยรุ่นยังขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์จึงอาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Bitzer, Abalos, Apter, Martin, & Global CARE, 2016)

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในปัจจุบันที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา จากการสำรวจภูมิภาคที่กำลังพัฒนาทั่วโลกในปี 2019 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้งครรภ์ 21 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยจากสถิติกรมอนามัยพบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยกลุ่มอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2563-2565 เท่ากับ 28.7, 24.4 และ 21.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี หนึ่งในพันคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ในประเทศไทยยังพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงที่สุดใน พ.ศ. 2562 เท่ากับ 178.1 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี แสนคน หลังจากนั้นอัตราป่วยได้ลดลงจนในปัจจุบันเท่ากับ 154.4 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปี แสนคน ในปี พ.ศ. 2565 (Department of Health of Ministry of Public Health, 2023)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นที่มีปัจจัยภายในของวัยรุ่น และปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังการศึกษาของปัญญากรินทร์ หอยรัตน์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (Hoyrat & Wongsawat, 2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ได้แก่ อายุ ผลการเรียนรู้เฉลี่ยเทอมล่าสุด การสูบบุหรี่ การมีแฟน การอยู่กับแฟนตามลำพัง ความอยากรู้ อยากลองต่อการมีเพศสัมพันธ์ การบริโภคสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศและความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายโอกาสเกิดพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนได้ ร้อยละ 52.2 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการศึกษาวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิต เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โดยจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที หลังเลิกเรียนผ่านรูปแบบออนไลน์ พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหาในการป้องกันการตั้งครรภ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Phommin, Wattanaburanon, & Na Ayudaya, 2022) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษา โดยการจัด 4 กิจกรรม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง ในรูปแบบของการทำกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน พบว่าหลังการใช้รูปแบบนักเรียนมีความรู้ เรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Oumpram, Teanchaituth, Wattanakorn, Duangchan, & Sriyask, 2020)

ในปัจจุบันพบว่า มีการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) มาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้นิยามความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริม

และรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ จากการศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสถานศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับพอใช้ ร้อยละ 65.9 ในด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.188, p < 0.05$ ) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.369, p < 0.001$ ) (Pingwong, Keawkanta, Chaimin, & Pingmuang, 2023) ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่อธิบายว่า ความรู้เป็นความรู้ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจของบุคคล เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ประจำวันและตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งเป็นความรู้ขั้นวิจักษณ์ญาณที่ต้องใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ เปรียบเทียบตัดสินใจกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นหากนักเรียนอาชีวศึกษาได้มีความรู้เข้าใจที่ถูกต้องร่วมกับการได้ฝึกฝนการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ จะส่งผลให้สามารถป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดกระทำความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ร่วมกับการจัดกิจกรรมแบบ Active learning ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอน โดยลงมือปฏิบัติ ในกิจกรรมการเรียนรู้ สามารถแก้ไขสถานการณ์ปัญหาอย่างเป็นระบบ และมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนผลของการเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน จนสามารถสร้างองค์ความรู้จากกิจกรรมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง (Yeamsai, 2021) โดยผ่าน

โปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษามีการเรียนรู้ทั้งหมด 4 กิจกรรม ใช้วิธีการระดมสมองคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์จำลอง เพื่อส่งเสริมให้มีการโต้ตอบ ซักถาม และเปลี่ยนความคิดเห็น ส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับเพศวิถีผ่านกิจกรรมต่างๆที่พัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่นร่วมด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

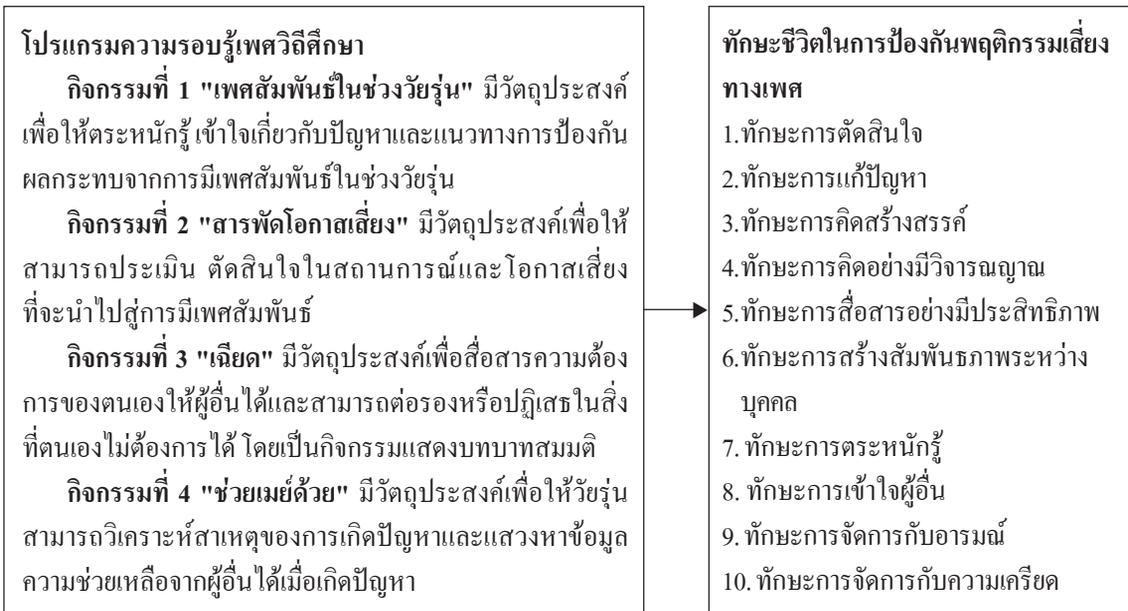
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศร่วมกับการจัดกิจกรรมแบบ Active learning



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีการดำเนินวิจัย**

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมความรอบรู้ด้านเพศวิถี และทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามปกติ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร**

ประชากร คือ นักศึกษาที่มีอายุ 15-19 ปี ในสถานศึกษาอาชีวศึกษา 13 แห่ง จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2566 จำนวน 14,351 คน

**กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น  $\alpha$  ที่ระดับ .01 และคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการศึกษาของกูริภักดิ์ พรหมินทร์และคณะ (Phommin et al., 2022) ที่ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมเรียนรู้เพศวิถีศึกษาได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อยในแต่ละกลุ่ม 22 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คนและได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Hungler, 1999) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 27 คน โดยผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการจับสลากสถานศึกษาอาชีวศึกษา 13 แห่ง ในจังหวัดเชียงราย 2 แห่ง จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างระดับห้องเรียนเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง**

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1. นักศึกษามีอายุ 15-19 ปี
2. กำลังศึกษาอยู่ระดับ ปวส.1 ในสถานศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย ปีการศึกษา 2566
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. มีเอกสารยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมโครงการวิจัยการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. นักศึกษาย้ายโรงเรียน
2. มีประวัติการตั้งครรภ์หรือกำลังอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

3. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80 หรือน้อยกว่า 2 ครั้งขึ้นไป

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถี ประกอบด้วยทั้งหมด 4 กิจกรรม โดยเรียนรู้จากการระดมสมองคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การแสดงบทบาทสมมติและสถานการณ์จำลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ประกอบด้วย ระดับการศึกษา เพศ อายุ ผลการเรียน ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย

2.2 แบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์กรมอนามัย พัฒนาโดยสุภาพร สมบัติ (Sombut, 2023) ประกอบด้วยทักษะ 10 ด้าน ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และทักษะการจัดการกับความเครียด โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 16 ข้อ คือ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 19, 20 และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ คือ 1, 14, 17, 18, 21 โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นจำแนกตามองค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา

ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการตระหนักรู้ในตนเอง ทักษะการเข้าใจผู้อื่น ทักษะการจัดการกับอารมณ์ และ ทักษะการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเต็มทักษะละ 10 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 2-5.99 มีทักษะระดับน้อย 2) คะแนน 6-7.99 มีทักษะระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 8-10 มีทักษะระดับดี

สำหรับทักษะการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 3-8.99 มีทักษะระดับน้อย 2) คะแนน 9-11.99 มีทักษะระดับปานกลาง และ 3) คะแนน 12-15 มีทักษะระดับดี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การหาความเชื่อมั่น**

1. โปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและเพศวิถี พิจารณาความครอบคลุม ถูกต้องด้านเนื้อหาและ การใช้ภาษาด้วยการหาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.91

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยมีเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยหมายเลขรับรอง CRPPHO 57/2566 ลงวันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การควบคุมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลทีมนักวิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กันยายน 2566 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

### ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำเรื่องขอหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จากนั้นขออนุญาตผู้อำนวยการสถานศึกษาอาชีวศึกษาในการจัดกิจกรรมและประสานกับครูฝ่ายวิชาการและครูประจำชั้น เพื่อนัดหมายพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย กลุ่มทดลอง

1. หลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ครูประจำชั้นแจ้งประสานกับผู้วิจัยเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มกิจกรรมผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและให้นักศึกษาทำแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนเริ่มเข้าร่วมโปรแกรม

2. โปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษา สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมกิจกรรมละ 50-60 นาที นาน 4 สัปดาห์ติดต่อกัน กิจกรรมที่ 1 "เพศสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่น" มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ตระหนักรู้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่น โดยกิจกรรมแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน วิเคราะห์ข่าววัยรุ่นกับการมีเพศสัมพันธ์ เกี่ยวกับโอกาสที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันมีมากน้อยเพียงใด และสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ คืออะไรบ้าง จากนั้นให้กลุ่มช่วยกันระดมสมองหากตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับตัวเอง และสิ่งที่ไม่อยากให้เกิดกับตัวเองเลย คืออะไร และวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดผลลบกับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 "สารพัดโอกาสเสี่ยง" มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถประเมินสถานการณ์และโอกาสเสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ โดยกิจกรรมแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5-6 คน เป็นหญิงล้วน และชายล้วน ให้แต่ละกลุ่มระดมโอกาส/สถานการณ์/เหตุการณ์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ของหญิง/ชายมีอะไรบ้าง โดยกลุ่มหญิงคิดถึงโอกาสของ

เพศหญิง และกลุ่มชายคิดถึงโอกาสของผู้ชาย จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ ผู้วิจัยสรุปผลการเรียนรู้จากกิจกรรมโดยชี้ประเด็นการทราบโอกาสหรือสถานการณ์เสี่ยงจะช่วยให้ควบคุม จัดการ และแก้ไขสถานการณ์ได้ดีกว่าการไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งอาจตามมาด้วยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

กิจกรรมที่ 3 "เฉียด" มีวัตถุประสงค์เพื่อสื่อสารความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้และสามารถต่อรองหรือปฏิเสธในสิ่งที่ตนเองไม่ต้องการได้ โดยเป็นกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่ต้องการปฏิเสธหรือต่อรองเพื่อแสดงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับรู้ทั้งหมด 4 สถานการณ์ แบ่งเป็นฝ่ายเชิญชวน และฝ่ายปฏิเสธ การถูกชวน ตัวอย่างสถานการณ์ เช่น มีโอกาสอยู่ด้วยกันสองต่อสองกับแฟนที่คบกันมาปีกว่า และแฟนขอมิเพศสัมพันธ์ด้วย เราจะตัดใจอย่างไร เป็นต้น

กิจกรรมที่ 4 "ช่วยเมย์ด้วย" มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นสามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาและแสวงหาข้อมูล ความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อเกิดปัญหา โดยเป็นกิจกรรมวิเคราะห์สถานการณ์จำลองเรื่อง ช่วยเมย์ด้วยมีเนื้อหาเกี่ยวกับนักศึกษาหญิงทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ 3 เดือน จึงบอกเพื่อนชายแต่เพื่อนชายก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้ จากนั้นให้แบ่งกลุ่มเดิมในกิจกรรมที่ 1 และช่วยกันคิดในประเด็นการช่วยหาวิธีการแก้ไขปัญหากับเมย์คิดว่าใครจะช่วยเหลือเราได้บ้าง หรือจะหาความช่วยเหลือได้จากที่ไหน จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอ

3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยให้ทำแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นทันที

### ขั้นตอนดำเนินการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบ

1. หลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ครูประจำชั้นแจ้งประสานกับผู้วิจัยเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนเริ่มเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ตามหลักสูตรปกติของโรงเรียน

2. หลัง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

3. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 16.4 ปี เพศหญิงร้อยละ 40.7 เพศชายร้อยละ 59.2 มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.2 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย

16.0 ปี เพศหญิงร้อยละ 25.9 เพศชายร้อยละ 74.1 ผลการเรียนเฉลี่ย 3.4 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการจัดการกับอารมณ์กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ทักษะการตัดสินใจ	7.74	.54	6.89	.77	2.330	.024*
2. ทักษะการแก้ปัญหา	8.52	.52	7.59	.13	2.689	.010**
3. ทักษะการคิดสร้างสรรค์	8.44	.76	7.74	.71	1.740	.086
4. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	8.56	.60	7.26	.80	3.338	.002**
5. ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	8.15	.71	7.52	.72	1.604	.115
6. ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	8.59	.61	8.07	.62	1.552	.127
7. ทักษะการตระหนักรู้ในตน	6.74	.70	5.78	.52	2.855	.006**
8. ทักษะการเข้าใจผู้อื่น	8.85	.43	7.96	.63	3.031	.004**
9. ทักษะการจัดการกับอารมณ์	11.19	.40	9.30	.72	3.960	.000**
10. ทักษะการจัดการกับความเครียด	7.81	.82	7.81	1.00	.000	1.00
คะแนนรวม	81.15	7.65	75.93	6.09	2.78	.008**

\*p < .05 \*\*p < .01

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นทุกด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตรายด้านพบว่า ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ทักษะการ

สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการจัดการกับความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) สำหรับทักษะการตัดสินใจ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และทักษะการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ทักษะการตัดสินใจ	6.81	.78	7.74	.55	-2.935	.007**
2. ทักษะการแก้ปัญหา	7.85	.67	8.52	.53	-2.142	.042*
3. ทักษะการคิดสร้างสรรค์	7.93	.78	8.44	.59	-2.264	.032*
4. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	7.63	.80	8.56	.61	-3.119	.004**
5. ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	7.41	.85	8.15	.72	-2.509	.019*
6. ทักษะการสร้างสัมพันธ์ทางบุคลิกภาพ	7.56	.74	8.59	.61	-3.358	.002**
7. ทักษะการตระหนักรู้ในตน	6.00	.65	6.74	.70	-2.595	.015*
8. ทักษะการเข้าใจผู้อื่น	8.30	.69	8.85	.43	-2.110	.045*
9. ทักษะการจัดการกับอารมณ์	9.81	.57	11.19	.40	-4.600	.000**
10. ทักษะการจัดการกับความเครียด	7.18	1.0	7.81	.82	-2.114	.044*
คะแนนรวม	76.48	7.02	81.15	7.65	-3.698	.001**

\*p < .05 \*\*p < .01

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลของโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในสถานศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงราย อภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 4 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการตระหนักรู้ในตน ทักษะการเข้าใจผู้อื่น และทักษะการจัดการกับอารมณ์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แสดงว่าโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีมีผลต่อทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากทั้ง 4 กิจกรรมมีการทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์สถานการณ์ทางเพศในปัจจุบัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มเพื่อน

จึงทำให้วัยรุ่นได้พัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้อธิบายว่าการสื่อสารเป็นความรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive literacy) ที่ต้องใช้ทักษะทางปัญญาร่วมกับทักษะทางสังคมโดยใช้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญกร กนแกม, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉิมพร เกษโกมล (Konkam, Pinchaleaw, & Keskomon, 2021) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม มีความรู้เรื่องเพศศึกษา ทักษะชีวิตและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  และสอดคล้องกับการศึกษาของภูริภักดิ์ พรมมินทร์ และคณะ (Phommin et al., 2022) ที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพศวิถีศึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะชีวิตกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมุติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมมีการจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของกิจกรรม รวมทั้งรูปแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้วัยรุ่นได้มีส่วนร่วม ได้แก่กิจกรรมกลุ่มระดมสมอง การแสดงบทบาทสมมติและการวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง โดยมีวัตถุประสงค์ให้วัยรุ่นตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาและแนวทางการป้องกันผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ สามารถประเมินสถานการณ์และโอกาสเสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ สามารถวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหา แสวงหาข้อมูล และความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้เมื่อเกิดปัญหา รวมทั้งสามารถสื่อสารความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ศรีศิริ (Srisiri, 2023) พบว่ากิจกรรมฝึกทักษะความรู้ด้านสุขภาพเรื่องเพศศึกษาส่งผลให้วัยรุ่นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของภาสิต ศรีเทศ (Sirited, 2019) เรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นตอนต้น พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีทักษะการคิดวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา และทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ศึกษากลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาในสถานอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงราย ดังนั้นการใช้โปรแกรมความรู้เพศวิถีศึกษาอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่นในบริบทสถานศึกษาอื่น เช่น ระดับมัธยมศึกษา อุดมศึกษา หรือในกลุ่มวัยรุ่นเฉพาะเพศหญิง เพศชาย เป็นต้น เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามในระยะเวลายาวขึ้น เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต
2. ควรศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มวัยรุ่นและสถานศึกษาระดับอื่นๆ ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิแพथทูเฮลท์ (Path 2 Health) ที่ช่วยเหลือสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., Black, A., & Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group (2016). Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 21(6), 417-430.
- Dengmasa, S., Chaimay, B., & Woradet, S. (2019). Sexual risk behavior among vocational students in district of the south central region province. *Academic Journal of Community Public Health*, 5(1), 14-28. Retrieved 2 February 2023 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/243174/167907> [In Thai].
- Department of Health of Ministry of Public Health. (2017). *National strategies for the prevention and solution of adolescent pregnancy problems in 2017-2026 according to the prevention and solution of adolescent pregnancy problems act 2016*. Retrieved 2 February 2023 from [https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy\\_2560-2569.pdf](https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy_2560-2569.pdf) [In Thai].

- Department of Health of Ministry of Public Health. (2020). *Situation of reproductive health in adolescents and youth in 2020*. Retrieved 2 February 2023 from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/cms-of-1/207028>. [In Thai].
- Department of Health of Ministry of Public Health. (2023). *Annual report 2023*. Retrieved 2 February 2023 from <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download> [In Thai].
- Hoyrat, P., & Wongsawat, P. (2020). Factors influencing sexual intercourse behaviors among secondary school students. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 149-163. Retrieved 2 February 2023 from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/241962/164615> [In Thai].
- Konkam, B., Pinchaleaw, D., & Keskomon, T. (2021). Effects of participatory promotion program for early adolescents on sex education, life skill, and unplan pregnancy preventing behaviors. *The Southem College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(1), 196-210. [In Thai].
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. Retrieved 2 February 2023 from <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Oumpram, K., Teanchaithut, C., Wattanakorn, K., Duangchan, C., Sriyask, A. (2020). Effect of a teenage pregnancy prevention on secondary school students in Phetchaburi province. *Journal of Health and Nursing Education, 26*(1), 187-201. [In Thai].
- Phommin, P., Wattanaburanon, A., & Na Ayudaya, W. (2022). Effects of learning activities on sexuality education using life skills for preventing premature pregnancy of junior high school students. *Dhammathas Academic Journal, 22*(4), 49-62. [In Thai].
- Pingwong, K., Kaewkanta, P., Chaimin, U., & Pingmuang, M. (2023). Relation between self-esteem, Health literacy and adolescents' pregnancy preventive behaviors of vocation institutes in Chiang Rai Province. *Journal of Nursing and Health Sciences, 17*(1), 1-14. [In Thai].
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Altimore: Lippincott.
- Sirited, P. (2019). Effect of life-skills development program on the prevention of sexual-risk behaviors in early adolescents. *Journal for Public Health Research, Ubon Ratchathani Rajabhat University, 8*(2), 123-132. Retrieved 30 January 2024 from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ubrphjou/article/view/240318> [In Thai].
- Sombut, S. (2023). *Sexuality education literacy and life skills among teenagers aged 10-19 years*. Retrieved 2 February 2023 from <https://rh.anamai.moph.go.th/academic-portfolio/download/?did=214009&id=111097&reload=> [In Thai].
- Srisiri, S. (2023). The development of health literacy skills training activities on sex education to enhance perceived self-efficacy in safe sexual behaviors. *Ratchaphruek Journal, 21*(3), 203-218. Retrieved 30 January 2024 from <https://doi.org/10.14456/rpjnr.2023.44> [In Thai].
- World Health Organization.(WHO) (1998). *Health literacy and health behaviour*. Retrieved 2 February 2023 from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/health-literacy>
- World Health Organization.(WHO) (2022). *Adolescent pregnancy*. Retrieved 2 February 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

- Yazdi-Feyzabadi, V., Mehrolhassani, M., Zolala, F., Haghdoost, A., & Oroomiei. (2019). Determinants of risky sexual practice, drug abuse and alcohol consumption in adolescents in Iran: A systematic literature review. *Reproductive Health, 16*(1), 115. Retrieved 2 February 2023 from <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0779-5>
- Yeamsai, P. (2021). The Application of active learning in English teaching. *Journal of MCU Languages and Cultures, 1*(2), 29-41. [In Thai].

## บทความวิจัย

### อิทธิพลของลักษณะงานและความสุขต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

#### The Influence of Job Characteristic and Happiness on Quality of WorkingLife of Professional Nurses in a University Hospital

นิตยา เนียมหอม (Nittaya Niemhom)\*

จิรัตน์ หรือตระกูล (Jirarat Ruetrakul)\*\*

จรรยา สันตยากร (Chanjar Suntayakorn)\*\*\*

Received: February 6, 2024

Revised: March 13, 2024

Accepted: April 9, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ลักษณะงาน ความสุขและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) อิทธิพลของลักษณะงานและความสุขต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 145 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามลักษณะงาน แบบสอบถามความสุข และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.41$ , S.D. = .46) 2) ความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.32$ , S.D. = .32) และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.42$ , S.D. = .61)4) ความสุขและลักษณะงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 41.8 ( $R^2 = .418$ ,  $p < .01$ )

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้บริการทางการแพทย์ควรมีนโยบายที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการสร้างความสุขของพยาบาลวิชาชีพ การจัดช่วงเวลาให้มีความสมดุลระหว่างงานกับเวลาส่วนตัว รวมทั้งการออกแบบงานและจัดอัตราค่าจ้างให้เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมความมีเอกลักษณ์และความอิสระในวิชาชีพพยาบาล จะช่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

**คำสำคัญ:** ลักษณะงาน, ความสุข, คุณภาพชีวิตการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ

## Abstract

The predictive research aimed to explore the level of job characteristics, happiness, and quality of work life among professional nurses in a university hospital. Additionally, it also attempted to investigate the influence of job characteristics and happiness that affect the quality of work life of professional nurses. This study employed quantitative research design. Questionnaires were used for data collection. Stratified Sampling was applied in selecting the samples. This research recruited 145 professional nurses who had worked at a university hospital and have working experiences at least 6 months. The questionnaire was divided into four sections, which were 1) demographic data 2) the Job Characteristic level of profession nurses 3) the Happiness of profession nurses and 4) the Quality of Working Life. The questionnaire was tested for validity and reliability. The content validity of the questionnaire was 0.50-1.00, respectively. The Cronbach's Alpha reliability coefficients of questionnaires were 0.89, 0.88, and 0.96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation), Pearson's product moment correlation and multiple regression analysis.

The results revealed that the Job Characteristics of the professional nurses in a university hospital was at high level ( $\bar{x} = 4.41$  SD = .46). The Happiness and the Quality of Work Life of professional nurses in the university hospital were at medium level ( $\bar{x} = 3.32$ , S.D. = .32) and ( $\bar{x} = 3.42$ , S.D. = .61), respectively. Resulted in the Happiness and Job Characteristics can predict quality of working life of professional nurses in the university hospital which accounted for 41.8 ( $R^2 = .418$ ,  $p < .01$ )

Recommendation from this study: Nurse organization should have the policy that improved the level of quality in working life among professional nurses such as creating the professional nurses happiness, balanced between a work time and privacy time, planning appropriated workforce and workload, and enhancing the autonomy and freedom in nurses, which helped professional nurses had a good quality of working life.

**Keywords:** Job characteristic, Happiness, Quality of working life, Professional nurses

---

\*Corresponding author: Jirarat Ruetrakul ; E-mail: jiratr@nu.ac.th

\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Naresuan University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*\*รองศาสตราจารย์ (Associate Professor)

## ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยี ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในองค์กร โดยเฉพาะในระบบสุขภาพ ภายหลังจากสถานการณ์โควิด ระบบบริการสุขภาพมีการปรับตัวครั้งใหญ่ (Nursing Council, 2022) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพ ต้องมีปรับรูปแบบในการให้บริการ พัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาลในระบบสุขภาพ การบริหารอัตรากำลัง ขยายขีดความสามารถของการดูแล ผู้รับบริการ (Institute for Population and Social Research, 2022a) และจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2580) มีเป้าหมายดูแลระบบสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรเป็นคนดี มีคุณค่าและความผาสุก คือ มุ่งให้คนไทยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกกลุ่มวัย (Ministry of Public Health Office of Policy and Strategy, 2018)

แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญ หากคนทำงานเกิดความตั้งใจทำงาน มีความสุขในงาน สิ่งที่สำคัญก็คือ คุณภาพชีวิตการทำงาน (Walton, 1973) และเมื่อบุคคลได้ใช้ชีวิตการทำงานที่พึงพอใจแล้ว ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี นำความรู้ความสามารถที่มีอยู่มาพัฒนางานอย่างเต็มความสามารถ (Juangtrakun, 2020) ด้วยเหตุนี้ คุณภาพชีวิตการทำงานนั้น ย่อมเป็นพลังบวกให้มีพลังภายในผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ถือได้ว่าเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้คนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรได้เป็นอย่างดี (Schermerhorn, 1996)

ลักษณะงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงานและผลของการปฏิบัติงานตามมาด้วย (Hackman & Oldham, 1980) หรืออาจกล่าวได้ว่า การทำงานในลักษณะงานที่พึงพอใจ ตอบสนองความต้องการ ย่อมเป็นสิ่งดึงดูดใจให้คนมีแรงทำงาน (Labbamrungwong, 2019) นำไปสู่ประสิทธิภาพเพิ่มผลลัพธ์ที่สูงสุดตามมา งานพยาบาลวิชาชีพ มีความรับผิดชอบหลายด้าน หน้าที่หลักต้องช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย ป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาด ให้บริการที่มีคุณภาพ และปลอดภัย (Siripattarkul & Sngounsiritham, 2020) ดังนั้น

ลักษณะงานที่ดี จึงเป็นแรงผลักดันภายในให้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ (Hackman & Oldham, 1980)

ความสุข (Happiness) นับเป็นเป้าหมายสูงสุดที่ทุกคนปรารถนา เป็นสภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม กล่าวคือ เป็นความพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน เกิดแรงผลักดันภายในอันจะนำไปสู่การทำงานที่ดี เพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาองค์การให้ดียิ่งขึ้น (Institute for Population and Social Research, 2022b) โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพต้องมีการปรับตัวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองพร้อมๆกันหลายด้าน ภายใต้อุปสรรคหลายอย่าง ทั้งงานด้านการพัฒนาคุณภาพและด้านวิชาการควบคู่กันไป ความคาดหวังของผู้รับบริการและญาติที่สูงขึ้น รวมทั้งที่พึงอาศัยและสวัสดิการที่ไม่เหมาะสม (Nursing Council, 2022)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิ เน้นการให้บริการบำบัดรักษา และการดูแลผู้ป่วย โดยมีองค์กรพยาบาลดำเนินการด้านบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูให้หายจากความเจ็บป่วยจากโรคต่าง ๆ จากรายงานข้อมูลสำคัญด้านการพยาบาล ปี 2565 พบว่า ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาล (Target  $\geq 75\%$ ) ปี 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนร้อยละ 74.40, 74.30, 74.66 และ 73.50 ตามลำดับ ส่วนร้อยละของความพึงพอใจในงานของพยาบาล (Target  $\geq 80\%$ ) ปี 2562, 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนร้อยละ 73.00, 72.45, 74.37 และ 75.55 ตามลำดับ ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) จากรายงานประจำปี 2565 พบว่าพยาบาลวิชาชีพเกิดความเครียดและความสุขในชีวิตอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 64.40 (Target  $\geq 80\%$ ) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) นอกจากนี้ จากรายงานประจำปี 2565 ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาอิทธิพลของลักษณะงานและความสุขต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

เพื่อนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และนำไปสู่การได้รับความสุขในชีวิตพยาบาล เพื่อให้เป็นพยาบาลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดประสิทธิภาพการทำงานที่ดีต่อผู้รับบริการตามมาตรฐานต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับลักษณะงาน ความสุขและคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของลักษณะงานและความสุขที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

### ตัวแปรต้น

<p><b>ลักษณะงาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความหลากหลายของทักษะ</li> <li>- ความสำคัญของงาน</li> <li>- การได้รับข้อมูลย้อนกลับ</li> <li>- เอกลักษณะของงาน</li> <li>- ความมีอิสระในงาน</li> </ul>
<p><b>ความสุข</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ด้านร่างกายดี</li> <li>- ด้านจิตวิญญาณดี</li> <li>- ด้านใจดี</li> <li>- ด้านไฟรูจิต</li> <li>- ด้านสุขภาพเงินดี</li> <li>- ด้านชีวิตการทำงานดี</li> <li>- ด้านความผูกพัน</li> <li>- ด้านความสมดุลในชีวิตการทำงาน</li> <li>- ด้านผ่อนคลายดี</li> <li>- ด้านสังคมดี</li> </ul>

### ตัวแปรตาม

<p><b>คุณภาพชีวิตการทำงาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม</li> <li>- สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล</li> <li>- โอกาสความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน</li> <li>- การบูรณาการทางสังคมในองค์กร</li> <li>- ธรรมเนียมในองค์กร</li> <li>- ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตโดยรวม</li> <li>- ลักษณะงานที่สัมพันธ์ต่อสังคม</li> </ul>
---

รูปที่ 1 กรอบแนวคิด

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross sectional study) โดยการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่ P2-0110/2566 วันที่รับรอง 3 พฤษภาคม 2566 โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่วิจัย คือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพทุกแผนกของโรงพยาบาล

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาอิทธิพลของลักษณะงานและความสุขต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยใช้แนวคิดลักษณะงานของแฮ็คแมนและโอลด์แฮม (Hackman & Oldham, 1980) ความสุขของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2565 (Office of the Health Promotion Fund, 2022) และคุณภาพชีวิตการทำงานของวอลตัน (Walton, 1973) โดยตัวแปรต้น คือ ลักษณะงานและความสุข ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตการทำงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

และทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน- กรกฎาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างคืออะไร 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคืออะไร) ผู้ที่ลาศึกษาต่อ/ลาตลอด 2) ผู้ที่กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) ผู้ที่มีตำแหน่งบริหารทางการพยาบาล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) ทั้งหมด 14 งานการพยาบาล 2) วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportional random Sampling) ในสัดส่วน 3 ต่อ 1 คน 3) การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละงานพยาบาลให้ได้จำนวนตามที่ต้องการ โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย G\* Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.15 (Srisatisnarakun, 2020) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 (Srisatisnarakun, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 132 คน และเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน รวมทั้งให้การวิเคราะห์ที่มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 145 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษาและแผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะงาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของแฮ็คแมน และ โอลด์แฮม (Hackman & Oldham, 1980) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความหลากหลายของทักษะ 4 ข้อ 2) ด้านเอกลักษณ์ของงาน 4 ข้อ 3) ด้านความสำคัญของงาน 4 ข้อ 4) ด้านความมีอิสระในงาน 4 ข้อ และ 5) การได้รับข้อมูลย้อนกลับ 4 ข้อ รวม 20 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราการประมาณค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง ลักษณะงาน

ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50 - 4.49 หมายถึง ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสุข ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสุขตามแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ 2565 (Office of the Health Promotion Fund, 2022) ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกายดี 6 ข้อ 2) ด้านผ่อนคลายดี 5 ข้อ 3) ด้านจิตใจดี 5 ข้อ 4) ด้านจิตวิญญาณดี 5 ข้อ 5) ด้านครอบครัวดี 3 ข้อ 6) ด้านสังคมดี 6 ข้อ 7) ด้านใฝ่รู้ดี 3 ข้อ 8) ด้านสุขภาพเงินดี 4 ข้อ 9) ด้านชีวิตการทำงานดี 17 ข้อ 10) ด้านความผูกพัน 9 ข้อ และ 11) ด้านความสมดุลในชีวิตการทำงาน 5 ข้อ รวม 68 ข้อ และข้อที่ 69 เป็นคำถามเกี่ยวกับความสุขในปัจจุบัน แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง ความสุขของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำ 1.00 - 1.49 หมายถึง ความสุขของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของวอลตัน (Walton, 1973) ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 3 ข้อ 2) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3 ข้อ 3) โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล 3 ข้อ 4) โอกาสความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 3 ข้อ 5) การบูรณาการทางสังคมในองค์กร 4 ข้อ 6) ธรรมเนียมในองค์กร 4 ข้อ 7) ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตโดยรวม 3 ข้อ และ 8) ลักษณะงานที่สัมพันธ์ต่อสังคม 4 ข้อ รวม 27 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราการประเมินค่า 1-5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ได้แก่ 4.50-5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด 3.5-4.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับระดับต่ำ 1.00-1.49 หมายถึง คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามลักษณะงาน ความสุข และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ดังนี้ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารทางการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล และมีความรู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาล ที่มีวุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์การบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย และมีความรู้เชี่ยวชาญทางการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีความสอดคล้อง ค่า IOC (Index of concurrence) ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.50-1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามลักษณะงาน ความสุข และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังกล่าว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88, 0.89 และ 0.96 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ขอเก็บข้อมูล มีพยาบาลวิชาชีพครบเกณฑ์ 145 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 1 ครั้ง เมื่อพยาบาลวิชาชีพพร้อม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 40 นาที และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ข้อมูลลักษณะงาน ความสุข และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน ความสุขกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และสมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ย 31.59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.8 สถานภาพโสดร้อยละ 62.8 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล 1-34 ปี ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลเฉลี่ย 8.40 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาท-40,000 บาท ร้อยละ 55.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95.2 และแผนกที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง งานการพยาบาล วิฤติ ร้อยละ 18.6

2. ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.41$ , S.D. = .46) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านเอกลักษณะงาน ( $\bar{x} = 4.58$ , S.D. = .52) รองลงมา คือ ด้านความหลากหลายของทักษะ ( $\bar{x} = 4.46$ , S.D. = .53) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความมีอิสระในงาน ( $\bar{x} = 4.20$ , S.D. = .64) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 145)

ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านความหลากหลายของทักษะ	4.46	.53	มาก
2. ด้านเอกลักษณะของงาน	4.58	.52	มาก
2. ด้านความสำคัญของงาน	4.46	.61	มาก
4. ด้านความมีอิสระในงาน	4.20	.64	มาก
5. ด้านการได้รับข้อมูลย้อนกลับ	4.31	.61	มาก
โดยรวม	4.41	.46	มาก

2. ความสุขของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.32$ , S.D. = .31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านจิตวิญญาณดี ( $\bar{x} = 3.71$ , S.D. = .53) รองลงมาคือ ด้านจิตใจดี ( $\bar{x} = 3.58$ , S.D. = .52) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความสมดุลในชีวิตการทำงาน ( $\bar{x} = 2.50$ , S.D. = .61) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพจำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 145)

ความสุข	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านร่างกายดี	3.2	6.46	ปานกลาง
2. ด้านผ่อนคลายดี	2.98	.59	ปานกลาง
3. ด้านจิตใจดี	3.58	.52	มาก
4. ด้านจิตวิญญาณดี	3.71	.53	มาก
5. ด้านครอบครัวดี	2.95	.78	ปานกลาง
6. ด้านสังคมดี	3.39	.52	ปานกลาง
7. ด้านใฝ่รู้ดี	3.45	.57	ปานกลาง
8. ด้านสุขภาพเงินดี	3.13	.60	ปานกลาง
9. ด้านชีวิตการทำงานดี	3.41	.49	ปานกลาง
10. ด้านความผูกพัน	3.19	.61	ปานกลาง
11. ด้านความสมดุลในชีวิตการทำงาน	2.50	.61	ปานกลาง
โดยรวม	3.32	.31	ปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.42$ , S.D. = .61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านลักษณะงานที่สัมพันธ์ต่อสังคม ( $\bar{x} = 3.84$ , S.D. = .79) รองลงมา คือ ด้านการบูรณาการทางสังคมในองค์กร ( $\bar{x} = 3.77$ , S.D. = .67) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ( $\bar{x} = 2.68$ , S.D. = .91) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกโดยรวม และรายด้าน

คุณภาพชีวิตการทำงาน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	2.68	.91	ปานกลาง
2. ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.41	.70	ปานกลาง
3. ด้านโอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.72	.70	มาก
4. ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	3.49	.75	ปานกลาง
5. ด้านการบูรณาการทางสังคมในองค์กร	3.77	.67	มาก
6. ด้านธรรมเนียมในองค์กร	3.67	.80	มาก
7. ด้านความสมดุลระหว่างงานและชีวิตโดยรวม	2.99	1.03	ปานกลาง
8. ด้านลักษณะงานที่สัมพันธ์ต่อสังคม โดยรวม	3.84 3.42	.79 .61	มาก ปานกลาง

4. ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .346$ ) และความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .623$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานและความสุขกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	การแปลผลระดับความสัมพันธ์
ลักษณะงาน	.346**	.000	ปานกลาง
ความสุข	.623**	.000	ปานกลาง

\*\* < .01

5. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ คือ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความสุขและลักษณะงาน สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 41.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ระหว่างความสุขและลักษณะงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (n = 145)

Model	ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
1	ความสุข	.632	.400	.400	95.326**	.000
2	ความสุขและลักษณะงาน	.646	.418	.018	50.897**	.000

\*\* p < .01

6. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ คือ ความสุขและลักษณะงาน ในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .190 และ -1.064 ตามลำดับ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ .581 และ .142 มีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .646 มีค่าอำนาจในการทำนาย (R<sup>2</sup>) ได้ร้อยละ 41.8

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (F = 50.897) และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ (Constant) ในรูปคะแนนดิบเท่ากับ -1.064 ดังตารางที่ 6 และสามารถเขียนสมการทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

$$\begin{aligned} \text{ในรูปคะแนนดิบ } Y_{\text{(คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ)}} &= -.1.064 + 1.098_{\text{(ความสุข)}} + .190_{\text{(ลักษณะงาน)}} \\ \text{สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน } Z_{\text{(คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ)}} &= .581_{\text{(ความสุข)}} + .142_{\text{(ลักษณะงาน)}} \end{aligned}$$

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานในรูปคะแนนดิบ (มาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร ด้วยวิธี Stepwise Regression (n = 145)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t
ความสุข	1.098	.581	8.446
ลักษณะงาน	.190	.142	2.069
(Constant)	-1.064	-	-2.238

R = .646 R<sup>2</sup> = .418 adjusted R<sup>2</sup> = .409 F = 50.897\*\*

**อภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่า ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพมีความชัดเจน ต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร ในการดูแลผู้รับบริการ ให้ปลอดภัยและพึงพอใจ ทั้งด้านบริการและบริหาร

ทางการพยาบาลควบคู่กันไป (Nursing Council, 2022) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเอกลักษณะงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากงานของพยาบาลมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรภายใต้ขอบเขตหน้าที่เพื่อให้สอดคล้องตามหลักวิชาชีพอย่างชัดเจน (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) อีกทั้ง บทบาทของ

ความรับผิดชอบของพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยและต่องานขององค์กร เช่นเดียวกับแนวคิดของ (Hackman & Oldham, 1980) ที่อธิบายว่า งานที่ปฏิบัติมีการกำหนดลักษณะงานที่ชัดเจน มอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร ปฏิบัติงานตั้งแต่แรกเริ่มจนจบกระบวนการพยาบาลผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ (Chantapreda, Prutipinyo, Kittipichail, Pobkeeree, & Kannika, 2021) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่ง ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าลักษณะงานโดยรวมอยู่ระดับมาก และการศึกษาของ (Muneerat, Suwanpong, Tippayamongkonkun, & Munmee, 2019) ศึกษาคุณลักษณะงาน ความเครียดจากการทำงานและความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าลักษณะงานในภาพรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า ลักษณะงานที่ดี ก่อให้เกิดคุณค่าในงาน ด้วยเหตุนี้ ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยรวมจึงอยู่ในระดับมาก

2. ความสุขของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.32$ , S.D. = .31) อภิปรายได้ว่าความสุข เป็นความพอใจในการใช้ชีวิตหรือสมดุลชีวิต ทั้งการทำงานและเรื่องส่วนตัว สิ่ง que ทุกคนปรารถนาทำให้เกิดความพอใจ ภายใต้อหัวใจหลัก คือ ทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งอยู่ร่วมกันแล้วเกิดความสุข เกิดแรงผลักดัน ในการสร้างผลงานอย่างต่อเนื่อง นับเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (Institute for Population and Social Research, 2022b) สิ่ง que เสริมให้พยาบาลมีความสุข คือ การมีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน สอดคล้องกับนโยบายและการบริหารของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานจากการเข้าร่วมประชุม แสดงความคิดเห็นช่องทาง Line Open Chat เพื่อรับฟังปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน นำมาบริหารจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความสุขของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมงานเลี้ยงประจำวันเกิดของบุคลากร ได้มีโอกาสทำบุญร่วมกัน อีกทั้งกิจกรรมกีฬาเดินวิ่งเพื่อสุขภาพ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) โดยมุ่งหวังให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสุขในชีวิต เพื่อสนับสนุนให้

งานบริการพยาบาลเกิดประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กรที่ตั้งไว้ (Leejarean, 2022) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ (Luenam, Yubonpant, Sangsawang, Pengpanich, Prachuntasen, & Kaoian, 2021) ศึกษาความสุขในการทำงานของบุคลากร โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอีกทั้งการศึกษาของ (Sathawomwivat, Champeng, Kitidamrongsuk, & Pobkeeree, 2023) ศึกษาความสุขในที่ทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข (Happy) มิติที่มีความสุขมาก ได้แก่ น้ำใจดีและครอบครัวดี ข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อผู้อื่นและครอบครัวที่อบอุ่น ย่อมส่งผลให้เกิดความมั่นคงในชีวิตด้วยเหตุนี้ ระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยภาพรวมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.42$ , S.D. = .61) อภิปรายได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นพลังภายในที่อยู่ในตัวบุคคลทำงานให้ดีที่สุดซึ่งมีความสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย (Dechawattanaphaisan, 2020) สอดคล้องกับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเป็นองค์กรพยาบาลที่มุ่งเน้นการบริการที่เป็นเลิศในด้านคุณภาพของการให้บริการสอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และมุ่งพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้เกิดองค์ความรู้ พัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริการต่อสังคม (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ (Thaboonruang, 2021) ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงนกระทรวงสาธารณสุขทั่วไป โรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง มีความภาคภูมิใจในลักษณะงานที่ได้รับผิดชอบต่อสังคมรับรู้งานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานที่ดี (Nursing Council, 2022)

นำไปสู่ความตั้งใจในการทำงานให้เกิดความสำเร็จ จนเกิดเป็นคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ดังนั้นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานนับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญ เพราะพยาบาลวิชาชีพ คือ ทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญในระบบสุขภาพ หากพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานส่งผลให้การบริหารงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ (Dechawattanaphaisan, 2020)

4. ความสุขและลักษณะงานสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง (Beta = .581) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สะท้อนให้เห็นว่าความสุขเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำเนินชีวิต นำมาสู่ความสุขใจ เกิดความผ่อนคลายต่อสิ่งต่างๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคมการทำงานและสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้คืออภิปรายได้ว่า ความสุขมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสอดคล้องกับ (Office of the Health Promotion Fund, 2022) กล่าวไว้ว่า ความสุข คือ การบริหารความสมดุลในชีวิตทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว และงาน เกิดความรู้สึกเป็นสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เกิดเป็นความพอดีในการดำรงชีวิต ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่มีความสุขย่อมทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี (Leejarean, 2022) สอดคล้องกับนโยบายของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้เปิดโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานทั้งจากการเปิดโอกาสประชุมประจำเดือน แสดงความคิดเห็นช่องทาง Line Open Chat มีการจัดงานเพื่อมอบรางวัลบุคลากรดีเด่นเนื่องในวันพยาบาลแห่งชาติทุกปี เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ (Poonsawas, 2020) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการสังกัดหน่วยบัญชาการทหารพัฒนา กองทัพไทย ผลการศึกษาพบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับ (Javanmardnejad, Bandari, Karimooi, Rejeh, Nia, & Montazeri, 2021) ศึกษา ความสุขและคุณภาพชีวิตการทำงานในแผนกฉุกเฉินประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า

ความสุขและความพึงพอใจร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 38.00

นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะงานมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Beta = .142) เนื่องจากลักษณะงานพยาบาลให้การดูแลทั้งมิติของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ต้องนำความรู้มาปฏิบัติกรพยาบาลในบทบาทอิสระเชิงวิชาชีพ ร่วมกับตัดสินใจภายใต้บรรยาบรรณวิชาชีพ (Nursing Council, 2022) สอดคล้องกับแนวคิดของ (Hackman & Oldham, 1980) กล่าวว่า ลักษณะงานคือ การออกแบบงานให้มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน เกิดความมีคุณค่าในงานและพึงพอใจในสิ่งที่ปฏิบัติงาน นำมาสู่คุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี สอดคล้องกับนโยบายของฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งได้นำมาตรฐานของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ในตอนที่ 2-2 ของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลกำหนดลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพคือ ให้การบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รับผิดชอบด้านการบริหาร วิชาการ/วิจัยบริการ และคุณภาพการบริการ มีการกำหนดจุดเน้นเพื่อให้บุคลากร ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบลักษณะงานและตั้งเป้าหมายในการทำงานร่วมกันชัดเจน (Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital, 2022) ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ (Yongsiri & Wivatvanit, 2019) ศึกษา ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะงาน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ ได้ร้อยละ 59.3 แสดงให้เห็นว่า หากผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการออกแบบงานลักษณะงาน โดยใช้ความรู้ความสามารถแก้ปัญหาให้เกิดความชัดเจน ตั้งแต่เริ่มกระบวนการจนเสร็จสิ้น รวมถึงรับทราบผลสะท้อนจากเพื่อนร่วมงานจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ ความสุขและลักษณะงานจึงร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ร้อยละ 41.80 กล่าวได้ว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตและลักษณะงานส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ซึ่งการปฏิบัติงานทุกครั้งต้องมีความรอบคอบ ปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เพื่อให้

เกิดผู้รับบริการปลอดภัย ฟังพอใจต่อการรักษาพยาบาล คำนึง เมื่อพยาบาลวิชาชีพรับรู้ได้ถึงคุณค่าของความสุข และลักษณะงานที่ดีย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีด้วยเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญในการสร้างความสุขของพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งเสริมความสมดุลชีวิตการทำงาน การจัดช่วงเวลาของการพักผ่อนที่เพียงพอและมีเวลาอยู่กับครอบครัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญด้านการออกแบบงานที่เหมาะสมให้แก่พยาบาลวิชาชีพ การจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมส่งเสริมเอกลักษณ์และความมีอิสระในอาชีพพยาบาล รวมถึงลดภาระงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ภาวะผู้นำที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต วัฒนธรรมองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความสุขร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อจะได้นำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงาน

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำ ซึ่งแนะแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จ ล่วงไปได้ด้วยดี กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลรวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

### เอกสารอ้างอิง

- Annual Report of Nursing Department Naresuan University Hospital. (2022). *Annual report of nursing department 2022*. Phitsanulok: Faculty of Medicine, Naresuan University. [In Thai].
- Chantapreda, W., Prutipinyo, C., Kittipichail, W., Pobkeeree, V., & Kannika, N. (2021). Work Life Quality of Registered Nurses at Private Hospital In Bangkok Metropolis. *Public Health Policy & Law Journal*, 7(3), 461-473. [In Thai].
- Dechawattanaphaisan, D. (2020). *Human resource management basic concepts for practice*. (2<sup>nd</sup>ed). Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai].
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1980). *Work Redesign Massachusetts: Addison-Wesley*. New York: Publishing Company.
- Institute for Population and Social Research. (2022<sup>a</sup>). *Report on a Survey of the Quality of life, Happiness, and Organizational commitment of working people (in the organization) National level 2000*. Bangkok: Institution. [In Thai].
- Institute for Population and Social Research. (2022<sup>b</sup>). *Thai people's Health*. Bangkok: Institution. [In Thai]
- Javanmardnejad, S., Bandari, R., Karimooi, M., Rejeh, N., Nia, H.S., & Montazeri, A. (2021). Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency department in Iran. *Health Qual Life Outcomes*, 19(112), 1-8.
- Juangtrakun, J. (2020). *Human Resource Development: Theory and practice*. Bangkok: Cheedyoukation Press. [In Thai].
- Labbamrungwong, N. (2019). The application of Motivation Theory in Performance of Work. *Valaya Alongkorn Review manities and Social Science*, 9(2), 161-171. [In Thai].

- Leejarean, S. (2022). *Human Resource Management*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Vittayakarnpim 1973 Press. [In Thai].
- Luenam, A., Yubonpant, P., Sangsawang, D., Pengpanich, W., Prachuntasen, K., & Kaoian, C. (2021). Happiness at Work of Personnel Working in a Government Hospital in Nakhon Sri Thammarat Province. *Huachiew University Academic Journal*, 28(2), 155-167. [In Thai].
- Ministry of Public Health Office of Policy and Strategy. (2018). *Strategic Plan Nation 20 Years*. Retrieved 25 December 2022 from [https://drive.google.com/file/d/1XSBMp8OCsauJqECOB\\_XZLB91-cRrNsEV/view](https://drive.google.com/file/d/1XSBMp8OCsauJqECOB_XZLB91-cRrNsEV/view). [In Thai].
- Muneerat, S., Suwanpong, N., Tippayamongkonkun, M., & Munmee, J. (2019). Job Characteristics, Job-Related Stress and Intention to Stay in Professional Nursing in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Health Science*, 28(1), 133-141. [In Thai].
- Nursing Council. (2022). *Nursing and Midwifery Strategic Plan 2022-2026*. Bangkok: Tawan media Press. [In Thai].
- Office of the Health Promotion Fund. (2022). *Empowerment Create innovation communicate happy*. Retrieved 25 December 2022 from <https://www.thaihealth.or>. [In Thai].
- Poonsawas, U. (2020). *Factors Affecting Quality of Working Life of Personel in Armed Forces Development Command*. Master Thesis (Administration), Dhurakit Pundit University, Bangkok. [In Thai].
- Sathawornwiwat, A., Chanpeng, S., Kitidamrongsuk, P., & Pobkeeree, V. (2023). Workplace Happiness among Personnel at Community Hospital, Nan Province. *Huachiew University Academic Journal*, 27(1), 28-41. [In Thai].
- Schermerhorn, J.R. (1996). *Managing organization behavior essential*. New York: John Wiley.
- Siripattarkul, S., & Sngounsiritham, U. (2020). *Nursing Regulation: Professional Laws and Code of Ethics for Nurses*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Sayampimnana Press. [In Thai].
- Srisatisnarakun, B. (2020). *Research Methods in Nursing Science*. (5<sup>nd</sup> ed). Bangkok: You and I Inter Media Press. [In Thai].
- Thaboonruang, R. (2021). The level of life at work for employees of the Ministry of Public Health In general Nong Bua Lamphu Hospital. *Research and development health system journal*, 14(2), 126-134. [In Thai].
- Walton Richard, E. (1973). Quality of Work Life: What Is It?. *Stone Management Review*, 15(1), 12-18.
- Yongsiri, S., & Wivatvanit, S. (2019). Factors Predicting Staff Nurses Quality of Work Life, Hospital under the Jurisdiction of the Ministry of Defence. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 46(2), 396-441. [In Thai].

## บทความวิจัย

### ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

#### Adaptation Experiences among Older Persons with Successful Treatment of Pulmonary Tuberculosis

นาวพล จันทร์แจ่มศรี (Nawapon Janjamsri)\*

วงเดือน สุวรรณคีรี (Wongduan Suwannakeeree)\*\*

ชมนาด วรรณพรศิริ (Chommanard Wannapornsiri)\*\*\*

Received: March 4, 2024

Revised: April 1, 2024

Accepted: May 8, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แนวคำถามเชิงลึก แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และอุปกรณ์บันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของจีโออี

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การจัดการกับอาการและการรักษา ได้แก่ แสวงหาการรักษาวัณโรคปอด ใช้อาหารทดแทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัณโรคปอด พบแพทย์ตามนัด และระวังการแพร่กระจายเชื้อ 2) การทำร่างกายให้แข็งแรง ได้แก่ ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เพิ่มการพักผ่อน และเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การรักษาใจให้แข็งแรง ได้แก่ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และเชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัว ได้แก่ การช่วยเหลือจากครอบครัว และการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว ได้แก่ การป่วยด้วยโรคติดต่อและความสามารถในการจำลดลง

ข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการรักษาโรคต่อไป

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์การปรับตัว วัณโรคปอด ผู้สูงอายุ รักษาสำเร็จ

## Abstract

The descriptive qualitative study was aimed to explore the adaptation experiences among older persons with successful treatment of pulmonary tuberculosis (TB). The research also aims to identify the factors that promote or hinder the adaptation process in these patients. The study selected 15 specifically targeted older pulmonary TB patients who had been successfully treated. Data were collected from February 2022 to September 2023 using various research tools including researcher, in-depth question, general data record form, and recording devices. Data were analyzed by Giorgi's method.

The study revealed that the adaptation experiences of older pulmonary TB patients who had undergone successful treatment can be categorized into the following key themes 1) Symptom and treatment management which included seeking treatment for pulmonary TB, using patience to medication side effects, attending scheduled medical appointments, and being cautious about the spread of infection. 2) Physical strengthening which included modifying their diet, increasing rest, and cessation of smoking and alcohol consumption. 3) Psychological well-being which included patients engaged in relaxation activities, sought emotional support to maintain psychological well-being, and confidence in the medical treatment. Factors facilitating adaptation included family support and health care worker support. Factors hindering adaptation included being communicable disease of pulmonary TB and declining memory abilities.

Recommendations based on the study findings suggest that the results of this study can be used as a foundation for promoting adaptive strategies for older pulmonary TB patients, aiming for successful future treatments.

**Keywords:** Adaptation experiences, Pulmonary tuberculosis, Older persons, Successful treatment

---

\*Corresponding author: Nawapon Janjamsri; E-mail: Nawaponj62@nu.ac.th

\*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Naresuan University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Associate Professor, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University)

## ความเป็นมาและความสำคัญ

วัณโรคปอด หรือ Pulmonary tuberculosis (TB) เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่ต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคปอด โดยพบความชุกของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงถึง 14 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคนต่อปี (World Health Organization : WHO, 2022) องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคปอดสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และพบอัตราการความสำเร็จของการรักษาต่ำกว่าร้อยละ 85 (WHO, 2021) จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จากรายงานสถานการณ์วัณโรคปอดในประเทศไทยปี 2563 พบอุบัติการณ์วัณโรคปอดเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พบจำนวน 21,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.7 (Division of Tuberculosis Ministry of Public Health Thailand, 2021)

สถานการณ์วัณโรคในจังหวัดสุโขทัยปี พ.ศ. 2560-2564 พบอัตราการความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 82.6, 86.7, 84.0, 83.0 และ 85.1 โดยปี พ.ศ. 2560-2562 พบเป็นผู้สูงอายุ 36, 48, 56 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากการติดตามพบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการความสำเร็จของการรักษาเพียงร้อยละ 65.79, 57.78 และ 72.41 ตามลำดับ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.89, 24.44 และ 22.41 ตามลำดับ และอัตราการขาดยาร้อยละ 13.16, 2.22 และ 1.72 ตามลำดับ และยังพบอัตราผู้สูงอายุรับประทานยาต้านวัณโรคไม่สม่ำเสมอร้อยละ 7.89, 8.89 และ 10.34 ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Health Office, 2022) จะเห็นได้ว่าอัตราการความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัยน้อยกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเนื่องจากมีการขาดยา และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตที่มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าวัณโรคปอดยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการให้ความรู้เรื่องวัณโรคปอด การรักษา และการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยในครั้งแรกที่ขึ้นทะเบียนการรักษามีโอกาสได้รับการหายสูงสุดในการรักษาครั้งแรกเกือบร้อยละ 100 (Division of Tuberculosis Ministry of Public Health Thailand, 2018) นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จ คือ

การรับประทานยาอย่างครบถ้วนต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ด้วยวิธีการสังเกตโดยตรง (Directly observed therapy, DOT) (WHO, 2016) และยังพบอีกว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ สังคม ทักษะคิด ความเชื่อ และการสนับสนุนทางสังคม 2) ปัจจัยด้านลักษณะการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และโรคร่วม 3) ปัจจัยด้านยาที่ได้รับ ได้แก่ ชนิดของยา จำนวนเม็ดยา จำนวนมื้อยาและผลข้างเคียงของยา 4) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา และ 5) ปัจจัยด้านสถานบริการ ได้แก่ ระยะเวลาและความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาและความสะดวกในการรอรับบริการ และความถี่ของการนัดตรวจรักษา จึงจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้งหมดส่งผลกระทบต่อการรักษาสำเร็จ โดยเฉพาะปัจจัยด้านผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่า อายุมีผลต่อการรักษาสำเร็จ ดังนั้น ยิ่งอายุเพิ่มมากขึ้น ความสำเร็จยิ่งลดลงจากความเสื่อมทางกายภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน และจากการทบทวนวรรณกรรมการปรับตัวพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เพศ 2) สถานภาพสมรส 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพทางสุขภาพ 5) ลักษณะครอบครัว 6) รายได้ และ 7) การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม (Tulayanisaka, 2009; Lawanalapanon, 2015) จึงจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวของผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกัน

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลและส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความเชื่อ สังคม และสิ่งแวดล้อม ฉะนั้น จึงต้องมีการดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกายจิตใจ ระดับความเป็นอิสระความสัมพันธ์ทางสังคมด้านสภาพแวดล้อม ด้านศาสนา จิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระแก่ชุมชนและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีรอยที่ว่า บุคคลเป็นองค์รวม (Biopsychosocial being) ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม (Roy, 1999) การปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและ

ภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลหรือภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อช่วยให้สามารถรักษาโรคปอดได้หายขาด จากบริบทของจังหวัดสุโขทัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย สร้างบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน บางครอบครัวผู้สูงอายุยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ และบางครอบครัวบุตรหลานไม่ได้อาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากต้องไปทำงานต่างจังหวัด (Department of Cultural Promotion, Ministry of Culture, 2016) จากบริบทดังกล่าวและความเสื่อมลงของร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน (Sangboon, 2019) และต้องใช้ความพยายามในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ขณะที่ป่วยเป็นวัน โรคปอด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัว แต่ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่สามารถปรับตัวได้ดีจนรักษาสำเร็จ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยสูงอายุขณะที่เจ็บป่วยด้วยวัน โรคปอดตามมุมมองของผู้ที่รักษาสำเร็จ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการปรับตัว เพื่อใช้เป็นความรู้พื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอด เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จและปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) ผู้ให้ข้อมูล 15 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีความหลากหลายตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) ขณะเจ็บป่วยด้วยวัน โรคปอดมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ขณะเจ็บป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัน โรคปอด และได้รับยารักษาวัน โรค 3) เมื่อสิ้นสุดการรักษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ารักษาครบหรือหายขาดจากการเป็นวัน โรคปอด 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) มีความ

ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย โดยลงนามในหนังสือยินยอม และยินดีให้บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ตัวผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคทั่ว ไปรวมถึงผู้ป่วยวัน โรคปอดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยและศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล โดยผ่านการเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปฏิบัติการทางการพยาบาล 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แนวคำถามหลักที่ใช้สัมภาษณ์เป็นแบบกึ่ง โครงสร้าง และ 4) อุปกรณ์บันทึกเสียง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy, 1999) มาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นอย่างกว้าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความชัดเจนและถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จากนั้นนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ P3-0181/2564 วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ซึ่งผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มเวชปฏิบัติด้านการพยาบาลและพยาบาลกลุ่มงานดูแลและควบคุมวัน โรค เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขออนุญาตเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ และได้คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามที่กำหนด จากนั้นให้พยาบาลกลุ่มงานดูแลและควบคุมวัน โรคเป็นตัวกลางในการติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยเมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาต จึงได้ติดต่อทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงชื่อแสดงความยินยอม ผู้วิจัยจึงนัดหมายวันและเวลา โดยใช้สถานที่

เป็นห้องประชุมของแต่ละโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย เงียบสงบ และเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ด้วยตนเองตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกคนละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง และมีการนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมหลังการสัมภาษณ์ ครั้งแรกอีก 10 ราย ใช้เวลา 30 นาทีต่อครั้ง เนื่องจากข้อมูลที่เก็บในครั้งแรกไม่ชัดเจน และไม่มีรายละเอียดมากพอ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จึงมีการนัดสัมภาษณ์ซ้ำ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด มีความยืดหยุ่นในการสนทนา เกี่ยวกับการปรับตัว ตัวอย่างคำถามได้แก่ กรุณาเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดและปัญหาที่ท่านพบระหว่างการเจ็บป่วย และท่านปรับตัวกับปัญหานั้นอย่างไร เป็นต้น และหลังฟังเทปสัมภาษณ์และถอดเทปแบบคำต่อคำ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หากมีประเด็นใดยังไม่ชัดเจน จึงนัดสัมภาษณ์เพิ่มเติม และสิ้นสุดการเก็บข้อมูลเมื่อพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย โดยตัดความอคติของผู้วิจัยออก และผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของจีโอจิ (Giorgi, 1985) ดังนี้ 1) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำให้สัมภาษณ์เพื่อให้เห็นภาพรวม 2) แยกข้อความที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล 3) เชื่อมโยงเหตุผลที่เกิดจากการเข้าใจในกระบวนการทางจิตวิทยาที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า และอธิบายประสบการณ์ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นย่อยและประเด็นหลัก 4) สังเคราะห์ประเด็นทั้งหมดที่ได้ ให้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

**ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ**

งานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด มีการวางแผนและดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการตรวจสอบ

ความเชื่อถือได้ของผลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2) ความคงที่ (Dependability) ผู้วิจัยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้และดำเนินการวิจัยภายใต้กระบวนการวิจัยที่วางแผนไว้ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทุกขั้นตอน 3) การนำไปใช้ (Transferability) ผลการศึกษาไม่สามารถถ่ายโอนผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มใหญ่ได้ แต่ได้นำเสนอข้อมูลที่มีความลึกซึ้งของประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทหรือสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันได้ และ 4) การยืนยันข้อมูล (Conformability) ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเก็บบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ มีการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้รับการฟังซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง มีการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์และเมื่อพบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน มีการนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง และมีการตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เป็นเพศชาย 9 ราย และเป็นเพศหญิง 6 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปี 11 เดือน- 69 ปี 11 ราย และอายุอยู่ในช่วง 70 - 79 ปี 4 ราย ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองแม้จะอยู่ในช่วงวัยสูงอายุ โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม 7 ราย รับจ้าง 2 ราย และเป็นข้าราชการเกษียณอายุ 5 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 9 ราย และระดับอุดมศึกษา 6 ราย มีสถานภาพสมรส 13 ราย หย่าร้าง 1 ราย และเป็นหม้าย 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากอยู่ร่วมกับคู่สมรส มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีเพียงผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่เป็นหม้ายและต้องอยู่คนเดียว ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย มีโรคประจำตัวก่อนเป็นโรคปอด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไพบัณโนโลหิตสูง หลอดเลือดสมองและปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้นและผู้ให้ข้อมูลรักษาโรคปอดโดยใช่ยาแนวแรก 14 ราย ยาแนวที่สอง 1 ราย

2. ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ สรุปเป็น 3 ประเด็นหลัก รายละเอียดดังนี้

2.1 การจัดการกับอาการและการรักษา ผู้ให้ข้อมูลปรับตัวโดยการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นทั้งจากวัน โรคปอด และผลข้างเคียงของยา ซึ่งการปรับตัวต่ออาการดังกล่าว จะช่วยให้เกิดการบรรเทาหรือหายไปของอาการนั้น ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) แสวงหาการรักษาวัน โรคปอด 2) ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษาวัน โรคปอด 3) พบแพทย์ตาม และ 4) ระวังการแพร่กระจายเชื้อ

2.1.1 แสวงหาการรักษาวัน โรคปอด วัน โรคปอด เป็นโรคที่มีอาการทางตรงต่อระบบทางเดินหายใจ ส่งผลทำให้ ผู้ให้ข้อมูลเกิดอาการ ไอ หอบเหนื่อย จึงต้องปรับตัวต่ออาการของวัน โรคปอดดังกล่าว ด้วยวิธีแสวงหาการรักษาในสถานพยาบาลและใช้ยารักษาเพื่อให้อาการนั้นบรรเทาและหายจากวัน โรคปอด ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

" เริ่มจากไอ ไอแทบทุกวัน ไปฉีดยาแก้ไอก็ไม่หาย แล้วก็ไออีก แล้วก็หอบ หอบทีนี้ก็ไปโรงพยาบาล เขาก็ฉีดยา พ่นยาให้ แล้วเขาก็ให้ไปตรวจปอด สรุปบอกว่าเป็น วัน โรคปอด ... หมอเลยให้ยามากิน ป้าต้องกินยาให้ครบ 6 เดือน ให้จบคอร์ส ... ยาคู่นี้หมอบอกว่าต้องกินไม่ให้ขาดสักวัน ... แล้วฉันนะกินจนหมด กินไม่ให้ขาดสักเม็ด แล้วกินตามเวลาตามหมอบอกเลย ... กินยาโรงพยาบาลสม่ำเสมอ มันก็ดีขึ้นมา ไม่ไอ ไม่หอบ จนหายนี้แหละ " (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1)

"ไอหนักเลย แล้วมาหลัง ๆ ก็ตัวอุ่น ๆ เริ่มมีไข้ต่ำ ๆ...มาอะใจตอนไอบ่อย ไอตลอดคืนเลย พี่ไม่ได้นอน พี่เลยไปหาหมอเฉพาะทางโรคปอดเลยที่โรงพยาบาลเอกชน ... หมอก็ให้กลับไปรักษาโรงพยาบาลที่บ้าน เขาก็ให้ยาวัน โรคมากิน กินประมาณสิบเม็ด กินทุกวัน... แล้วกว่าจะหายไอ ก็สองสามเดือนได้อยู่ละ" (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 6)

2.1.2 ใช้ความอดทนต่อผลข้างเคียงของยารักษา วัน โรคปอด ผลข้างเคียงจากยารักษาวัน โรคปอดที่เกิดขึ้นกับ ผู้ให้ข้อมูลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งต้องใช้ความอดทนและแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายจะปรับตัว โดยการรับประทานยา หรือทายาเพื่อบรรเทาผลข้างเคียง แต่อาการนั้นยังคงอยู่และไม่หายไป จะส่งผลให้เกิดการ

ปรับตัวใหม่ โดยใช้ความอดทน เพื่อผ่านพ้นจากความทุกข์ทรมาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

" พี่ปวดแขนมากเลย แต่เราก็คิดในใจว่าเราก็คือต้องทนนะ เพราะรักษาห้องยาแล้วเขาก็บอกมันเกิดจาก ยา นะ ทายานวด ซึ่ยานวดร้านน้องเสฐ์ษา ทาทุกวันช่วงที่ปวดนะ มันก็เบาลงมาแต่มันไม่หาย คือที่ปวด ที่เลย ต้องทนนั้นแหละ ตอนนั้นคือทรมานสุด ๆ" (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 8)

"รู้สึกอยากอาเจียนตั้งแต่แรกเลยที่เรากิน แต่หมอบอกว่าให้เรากิน เขาบอกว่ามันเป็นอาการข้างเคียงนะ เขามียาแก้คลื่นไส้ให้ เรากิน เราก็ดีขึ้น แต่มันก็จะมีพะอืดพะอม แน่น อาเจียนก็มีแต่น้ำลาย อาการไม่ได้หายไปเลย ก็ทนจะทรมานมาก แต่ก็ต้องทนจ้ะ " (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 10)

2.1.3 พบแพทย์ตามนัด การพบแพทย์ตามนัดของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและให้แพทย์ได้ประเมินอาการ การรักษา การรับประทานยา และติดตามผลการตรวจเสมหะของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องปรับตัวในเรื่องดังกล่าวดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"ผมก็ทำตามหมอบอกทุกอย่าง ให้ผมเอาเสมหะไปส่ง ผมก็ทำตามทุกอย่าง ไปหาหมอ ไปตรวจ หมอนัดผมก็ไปนัด ไปเอายา นัดก็ครั้งผมก็ไปหมด ไปจนจบนั้นแหละ" (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 7)

"ไปเอายาไปตรวจ หมอนัดผมไปหมด ไม่เคยขาดนัดเลย ไม่ไปก็ไม่มียากินสิ เขาจัดยาให้เราตรงกำหนด ถ้าไม่ไปเอา ยาก็หมด เราก็คิดขาดยาสิ ... ขาดไม่ได้หรือยกย ถ้าขาดจะดีอียา เดียวไม่หาย" (ผู้ให้ข้อมูล รายที่ 9)

2.1.4 ระวังการแพร่กระจายเชื้อ วัน โรคปอดเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปสู่บุคคลอื่น บุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องเน้นย้ำการแยกผู้ป่วยจากบุคคลในครอบครัว การใช้สิ่งของร่วมกันที่จะนำไปสู่การแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล ต้องปรับตัวเรื่องระวังการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่คนในครอบครัวและคนรอบข้าง เช่น ใส่หน้ากากอนามัย การแยกรับประทานอาหาร และการแยกนอนดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

" หมอเขาก็แนะนำ บอกพี่ อันนี้มันติดกันง่ายอะ ฉะนั้นช้อนอาหาร ต้องแยกกัน ... แล้วพอเรากลับมาบ้าน ก็ต้องกักตัว แยกห้องนอน กินอาหารนี่นะ ก็ต้องแยกด้วย แยกจานแยกช้อน กับข้าวทั้งหมดเลย ... แฟน (ภรรยา) เขาก็ทำกับข้าวหม้อเดียวกันแหละ แต่ก็ตักแยกของใครของมัน เข้าห้องน้ำก็คนละห้อง บ้านก็มีสองห้องอยู่แล้ว นอนก็แยก

คนละห้อง จะนอนห้องใครห้องท่าน เขาก็จะนอนของเขา เราก็นอนของเรา คนละห้องกัน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2.2 การทำร่างกายให้แข็งแรงผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวเพื่อทำให้ร่างกายของตนแข็งแรง มีกำลังเพิ่มขึ้น เพื่อให้หายจากวันโรคปอด ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร 2) เพิ่มการพักผ่อน และ 3) เลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ รายละเอียดดังนี้

2.2.1 ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ทั้งการเพิ่มอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายหรือการรับประทานอาหารเสริม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"มันเปลี่ย ข้าวก็กินไม่ได้ กินข้าวไม่ได้ก็แยเลย น้ำหนักลด 12 กิโล ... บางคนเขากินข้าวต้มเข้าเย็น แต่เรากินไม่ได้ เลยกินพวกขนม กินเป็นเบรนดริงนัมมิ่ง เอนซัวร์มิ่ง อย่างเอนซัวร์เหมือนกัน เราไม่ยอมกินแต่เราก็ต้องกลืนใจดื่มน้ำ เราก็ต้องกินเพื่อสุขภาพของเรา จะได้แข็งแรง แล้วก็เบรนดริงนัมมิ่งไม่เคยเว้นสักวัน ตั้งแต่ 6 เดือน กินประจำ วันนึงขวดถึงสองขวดเลย จะได้มีแรง" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

2.2.2 เพิ่มการพักผ่อน ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มการพักผ่อน โดยเพิ่มเวลาการนอนให้มากขึ้น และเพิ่มเวลาการพักผ่อนในช่วงกลางวัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"ตอนป่วยใหม่ ๆ นี้นอนอย่างเดียว พอหลัง ๆ มาเราเริ่มดีขึ้น แข็งแรงขึ้น เราก็มีนอนึ่งกลางวันบ้าง นอนให้มันสดชื่นจะ เหมือนร่างกายเราได้พัก พอได้นอนแล้วตื่นมาเราก็สดชื่น มีแรง มีกำลัง ป้ารู้สึกช่วยให้เราแข็งแรงขึ้นนะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

2.2.3 เลิกบุหรี่และเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวโดยการเลิกสารเสพติด โดยบุหรี่มีสารทาร์และนิโคตินส่งผลทำลายปอดโดยตรง และเพิ่มอาการของวันโรคปอดให้รุนแรงขึ้น ส่วนเครื่องดื่มน้ำแอลกอฮอล์มีผลยับยั้งฤทธิ์ของยารักษาวันโรคปอด ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"ห้ามกินเหล้าเขาให้หยุดเลยทั้งเหล้าทั้งบุหรี่ ... ก็เลิกขาด เมียห้าม หมอก็ห้าม หมอทั้งโรงพยาบาลทั้งอนามัยเลยสั่งหยุดเลยแหละ ไม่งั้นไม่หาย ผมก็หยุดตามเขาว่าจะได้หาย มีแรงทำงานหาตังอย่างเก่า" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

2.3 การรักษาใจให้แข็งแรงผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวโดยทำจิตใจให้เข้มแข็ง ลดความเครียดเพื่อสู้กับวันโรคปอด

ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) ทำกิจกรรมผ่อนคลาย 2) หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 3) เชื่อมมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ รายละเอียดดังนี้

2.3.1 ทำกิจกรรมผ่อนคลาย เป็นการปรับตัวเพื่อลดความเครียดต่อการเป็นวันโรคปอด และเป็นกิจกรรมยามว่างจากการพักผ่อน ผู้ให้ข้อมูลมักทำกิจกรรมตามความชอบของตนเองเพื่อผ่อนคลาย เช่น การดูข่าวโทรทัศน์ การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง และการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"ตอนป่วยก็ไม่ทำอะไรมาก ออกไปเดินไปดูลูกก็ไม่ให้ไป ใ้เรานอน เราก็นอน นิ่งๆ นอนๆ ดูทีวีมั้ง ฟังวิทยุมั้ง มันเหงาเนอะคุณหมอบ อย่างเด็ก ๆ ไปโรงเรียน มันเข้าสวนกัน จันก็ไม่ทำไร นอนฟังวิทยุอยู่ด้านล่างนี่แหละ ฟังเพลิน เราอยู่คนเดียวไง มันคลายเครียด" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

2.3.2 หาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับตัวโดยใช้หลักศาสนาพุทธเข้ามาช่วยทำให้ปลงได้จิตใจสงบ สบายใจเหมือนมีที่พึ่ง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"เปิดคลิปฟังพระสวดมนต์ เปิดตำราของพระอาจารย์อ่านมั้ง ผมก็ปลงแล้ว เป็นอะไรก็เป็น หายก็แล้วไป เราคิดแบบนี้แล้ว ใช้ธรรมะนี่ละ สงบใจ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

2.3.3 เชื่อมมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ การรักษาทางการแพทย์และการให้ข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"หมอเขาบอกว่ามันหาย... หมอเขาบอกกินยา ก็หาย แต่กินนานหน่อย ต้องกินยาทุกวัน ไม่ให้ขาด ... พอฟังแล้วก็สบายใจขึ้นมา ก็ทำตามเขา เขาให้ทำยังไง ก็ทำ รักษาอย่างไรก็ทำ เราก็อายหาย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวันโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ สรุปเป็น 2 ประเด็นหลัก รายละเอียดดังนี้

3.1 การช่วยเหลือจากครอบครัว การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลปรับตัวและรักษาหายขาดจากวันโรคปอด ทั้งการช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน การเตรียมอาหาร สนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น อาหาร เงิน และกำลังใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"(สามี) เขาก็เก็บมาซักมั่งอะไรมั่ง (เครื่องนอน) (สามี) ช่วยทำงานบ้าน กับซักผ้าทั้งหมด ป้าทำไรไม่ไหว ไม่ทำไรเลย ดีไม่คืออาบน้ำให้ เราไม่ไหว เราเหนื่อยเพลีย เขาก็อาบน้ำให้เรา แอมนอนให้กินยาด้วยจะได้หาย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"(บุตรสาว) มันก็บอก แม่ไม่ต้องกลัว โรคนี้มันหาย มันเปิดโทรศัพท์ดู เขาว่าต้องกินยา นอนเยอะๆ ทำร้ายกาย ให้เข้มแข็ง แข็งแรงถึงจะหาย มันก็มาบอกเรา พอเย็น มันก็มา ซ้อผลไม้ ซ้อนมามาให้กิน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

3.2 การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นสิ่งส่งเสริมและสนับสนุนการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูล เพื่อมุ่งสู่การรักษาที่สำเร็จ ทั้งการช่วยเหลือด้านการรักษา การตรวจเยี่ยมและติดตามอาการ การสนับสนุนอาหารและอุปกรณ์ที่จำเป็น และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"หมออนามัย เขาก็มาดู เอานมมาให้ เอาแมส (หน้ากากอนามัย) มาให้ แล้วก็เอาไรมาห้อยไว้ตรงนี้ มันเป็นแผงบ่อนใส่ยา กลัวเราจะลืมกิน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

"อนามัย เขาก็มาดูนะ เขาก็มาดูที่บ้านเรื่อยแหละ หลังจากออกโรงพยาบาลมา 2-3 วัน เขาก็มาตรวจ มาเยี่ยม มาวัดไข้ วัดความดัน บอกว่าให้กินยาตามที่โรงพยาบาลให้มา แล้วก็เอานมมาให้แพ็กหนึ่งกับไข่ ... เขาก็มาหาอย่างดี มาดูทุกอาทิตย์ ลุงเป็นไปบ้าง มาดูมาวัดความดัน เขามา เขาก็มาตรวจมา ดูยาให้ คอยเตือนอย่าลืมไปหาหมอที่โรยบาลนะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

4. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วย วัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ สรุปเป็น 2 ประเด็นหลัก รายละเอียดดังนี้

4.1 การป่วยด้วยโรคติดต่อ ผู้ให้ข้อมูลมักจะแยกตัวจากผู้อื่น รวมถึงผู้อื่นก็มักจะแยกตัว ห่างเหินกัน เพื่อรักษาความปลอดภัยให้แก่ตน และมองว่าโรคนี้เป็นอันตราย ถูกตีตราว่าเป็นโรคร้าย จำต้องเก็บตัว ไม่มีอิสระในสังคม ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ยอมรักษาต่อ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"แถวบ้านนี่นะ เขาทำที่รังเกียจเรานะ เรายาไปว่า ไปประจาน บอกว่าเราป่วยเป็นโรคร้าย โรคติดต่อ เอาไปเล่าให้ญาติเราฟัง แรก ๆ เขาก็ทุกขณะ อย่ายไม่กล้าไปไหน ไม่กล้าออกบ้านเลย ... จะไปเอายาโรยบาลก็อาย แอบไปซื้อ

หลังโรงพยาบาลเอา กลัวมีคนรู้จัก กลัวเขาทัก ก็แอบไม่ไปเอา ยาแล้ว จะเลิกรักษาแล้ว... เราก็มักเคยไปว่าเขา ไม่เคยใส่ร้ายเขา แต่เขาก็กินไป ไปพูดให้คนอื่นรู้ คนอื่นรังเกียจเราละ เราไม่ใช่คนทรอ เราก็มีหัวใจ เราไม่ชอบทรอแบบนี้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

4.2 ความสามารถในการจัดการลง เมื่อสูงอายุขึ้น จะเกิดภาวะถดถอยทางด้านสติปัญญา และการรับรู้ มักแสดงพฤติกรรมหลงลืม เช่น ลืมรับประทานยา ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

"เคยอยู่ ลืมกินยาจริง ๆ เลย นึกได้อีกทีก็อีกวันแล้ว ลืมแบบ ลืมเลย เพราะที่กินเอง ไม่มีใครช่วยดู" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

"ลืมกินยาเหมือนกันแหละ หลับไป ตื่นมาสะอึก ตกใจ อ้าวเราลืมกินยา เป็นอย่างนั้นครั้งสองครั้งได้แหละ จากนั้นแฟนผมก็ต้องคอยเตือนเรื่อย กลัวลืม แล้วผมก็ตีกลองสมุดเลยทุกวัน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)

## อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 การจัดการกับอาการและการรักษา เมื่อเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย พบกับอาการ ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย และมีไข้ จึงได้ปรับตัวโดยแสวงหาการรักษา และใช้ยารักษาวัณโรคปอด มีผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ได้รับผลข้างเคียงของยา เช่น ผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะปรับตัวจัดการกับผลข้างเคียงของยาที่ตนได้รับ โดยวิธีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในโรงพยาบาลและร้านขายยา เพื่อให้อาการนั้นบรรเทาลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อูทุมพร กรองไชย อารี พุ่มประวีย์ และสาโรจน์ เพชรมณี (Kongchai, Pumpravai, & Petchmanee, 2016) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะพยายามรักษาดตนเอง โดยการไปซื้อยามารับประทานเองตามอาการ จากร้านขายยา แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปพบแพทย์และเมื่อไปพบแพทย์ได้รับการรักษาแล้ว แต่อาการยังคงอยู่เกิดความทรมานจากผลข้างเคียงของยานั้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายปรับตัวอีกครั้ง โดยวิธีการใช้ความอดทน

กลั้นใจเพื่อให้ผ่านพ้นช่วงระยะเวลา 6 เดือนและนอกจากการจัดการกับอาการแล้ว การรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้หายจากวัณโรคปอด ผู้ให้ข้อมูลทุกรายปรับตัวไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อการรักษาสำเร็จ โดยการไปพบแพทย์ ตามนัดในแต่ละครั้ง ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ได้รับการติดตามอาการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับการตรวจปอดเอกซเรย์ปอด ตรวจเสมหะ และได้รับยามรับประทาน พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำและการย้าเตือนถึงประโยชน์ของการรับประทานยาการดูแลร่างกายตนเองให้แข็งแรง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรทางการแพทย์เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราภรณ์ บรรณวงศศิลป์ ระพีพัฒนอารายกูร์ และวิโรจน์ แต่งด้วง (Bannawongsin, Arat, & Taengdung, 2022) ที่พบว่าเมื่อป่วยเป็นวัณโรคปอดควรแยกตัวจากผู้อื่น และใส่หน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และสอดคล้องกับการปรับตัวด้านร่างกายตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ที่กล่าวไว้ว่า เป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย ให้คนหายจากอาการที่เป็นอยู่

1.2 การทำร่างกายให้แข็งแรง ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย มีน้ำหนักตัวลดเมื่อเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ซึ่งบางรายน้ำหนักตัวลดมากถึง 10 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน จึงได้ปรับตัว หันมาดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และรับประทานอาหารเสริมเพื่อให้มีกำลังมากขึ้น และหวังผลให้น้ำหนักขึ้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ เน้นรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานอาหารจำพวกโปรตีนจากนมและไข่ คาร์โบไฮเดรตจากขนมปัง และรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีและกากใยสูง เช่น กล้วย ส้ม เป็นต้น และผู้ให้ข้อมูลบางรายรับประทานอาหารเสริมจำพวกวิตามินชนิดเม็ด เครื่องดื่มธัญพืช และกาแฟเพื่อสุขภาพ ตามแต่ความเชื่อที่ได้รับมา สอดคล้องกับการศึกษาของชญญา พลับพลาทอง (Plubplathong, 2013) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย โดยการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ผักผลไม้ให้มากขึ้นกว่าปกติ นอกจากการรับประทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลยังปรับตัวโดยเพิ่มการพักผ่อนมากขึ้น ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ซึ่งอาการของโรคส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน บางรายจำต้องหยุดงาน ขาดรายได้ ต้องจ้างงาน หรือให้คนในครอบครัวทำงานแทน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบภาพรวม

ต่อผลผลิตทางการเกษตรที่จะต้องขายในรอบปี และมีการปรับตัวเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ให้ข้อมูลมีการหยุดใช้บุหรี่และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทันทีเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรคปอด และทราบโทษของสิ่งเสพติดเหล่านี้จากบุคลากรทางการแพทย์แต่มี 1 ราย มิได้หยุดบุหรี่ทันที ยังคงสูบบุหรี่ร่วมกับการรักษาวัณโรคปอดในระยะแรก จนได้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จึงเลิกได้อย่างถาวร จะเห็นได้ว่าการปรับตัวทำให้ร่างกายแข็งแรงนั้น สอดคล้องกับการปรับตัวด้านร่างกาย ส่วนการหยุดงาน จ้างงานเพื่อให้ผู้อื่นทำแทนนั้น เป็นการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายในเรื่องการทำหน้าที่และกิจกรรมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เพื่อเป็นการปรับตัว ดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกายและทำให้ร่างกายไม่ทรุดโทรมลงกว่าเดิม

1.3 การรักษาใจให้แข็งแรง เมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยวัณโรคปอด ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเกิดความเสียใจ ทุกข์ยอมรับว่าความเจ็บป่วยนี้ยากลำบาก บุคลากรทางการแพทย์จึงได้ให้คำแนะนำและกำลังใจในการรักษาด้วยคำพูดที่หนักแน่นว่าโรคนี้สามารถรักษาหายขาดได้ด้วยการรับประทานยาดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่ได้รับฟังจึงเชื่อมั่นว่าถ้าตนปรับตัวรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้ตนหายจากวัณโรคปอดได้และเพื่อช่วยให้ลดความเครียด ความวิตกกังวลจากการป่วย จึงปรับตัวทำกิจกรรมผ่อนคลายทำ เช่น การดูข่าวโทรทัศน์ การดูภาพยนตร์ การฟังเพลง และการออกกำลังกาย รวมถึงการหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ใช้ศาสนา ลดทอนความเครียดนั้น ทั้งอ่านหนังสือสวดมนต์ ฟังธรรมะใส่บาตร และไหว้พระก่อนนอนเพื่อขอให้ผลบุญที่ทำนั้นช่วยให้หายจากวัณโรคปอด สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณุช จันทะบุรณ์ และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (Jantabon & Pompukping, 2022) ที่พบว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยพระสงฆ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกังวลใจและเกิดความสบายใจมากขึ้น และสอดคล้องกับการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์ตามทฤษฎีของรอย (Roy, 1999) เป็นความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่งเกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและจากปฏิกริยาของบุคคลรอบข้าง เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

2.1 การช่วยเหลือจากครอบครัว ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยอาบน้ำ การเตรียมอาหารให้รับประทาน ช่วยทำงานบ้านแทน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักผ้า เป็นต้น นอกจากนี้ บุตรของผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้อยู่ร่วมบ้านกัน หรือจำเป็นต้องไปทำงานหาเงินต่างจังหวัด มักจะช่วยเหลือโดยการส่งกำลังใจโดยการโทรศัพท์ทางไกลหรือการโทรศัพท์ทางไกลด้วยวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชัน ส่งเงินมาจุนเจือเพราะผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม และส่งอาหารหรืออาหารเสริมมาให้รับประทาน เพื่อช่วยให้ปรับตัวจากการป่วยวัน โรคปอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม อุบล ทานุดดา ชูติมาผลานันท์ อมรรัตน์ จงตระกูลสมบัติ และ ศิริวรรณ อุทธา (Sritongtham, Tabudda, Phalanun, Jongtrakransombat, & Uttha, 2017) ที่พบว่า การไม่มีรายได้ระหว่างรักษาวัน โรคปอดมีผลต่อการรักษาล้มเหลวและการขาดยา หากผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติ และสอดคล้องกับทฤษฎีรอย (Roy, 1999) ที่กล่าวไว้ว่าการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยกันเป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล การให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และสามารถปรับตัวให้ผ่านพ้นวิกฤตที่เผชิญอยู่ได้

2.2 การช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งช่วยเหลือในการตรวจรักษาตั้งแต่เริ่มป่วย ตลอดจนหายจากโรค ซึ่งผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ได้กล่าวถึงการช่วยเหลือว่า ได้รับการช่วยเหลือด้านการรักษา การตรวจเยี่ยมและติดตามอาการ การสนับสนุนอาหารและอุปกรณ์ที่จำเป็น และให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อมเมื่อเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลได้รับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล แพทย์ได้ช่วยให้การตรวจรักษาพยาบาลได้ช่วยดูแลวัดความดันโลหิต วัดไข้ จัดยาให้รับประทาน และแนะนำการรับประทานอาหาร แยกสิ่งของเครื่องใช้กับครอบครัว การรับประทานอาหาร แยกเมื่อกลับบ้าน มีพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าเยี่ยมดูแลที่อยู่อาศัย พร้อมแนะนำหลักการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีการถ่ายเทอากาศที่ดี การใส่หน้ากากอนามัยป้องกันการแพร่เชื้อ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัวและหายจากวัน โรคปอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัทธ ดานา และ แจ่มจันทร์ เทศสิงห์ (Dana & Thatsingh, 2023) ที่พบว่า พยาบาลควรแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ต้องมีการจัดทำแผนการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และหลังทำแผนการติดตาม พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าลดลง และสอดคล้องกับทฤษฎีรอย (Roy, 1999) ด้านการพึ่งพาอาศัยกันเช่นเดียวกับการช่วยเหลือจากครอบครัว

3. ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของผู้ป่วยวัน โรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้เป็น 2 ประเด็น ดังนี้

3.1 การป่วยด้วยโรคติดต่อ ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ระบุว่า ตนป่วยด้วยโรคติดต่อที่นำกั้ว ส่งผลให้ต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการใส่หน้ากากอนามัย และแยกตัวจากผู้อื่น รวมถึงผู้อื่นก็มักจะแยกตัว ห่างจากผู้ให้ข้อมูลเช่นกัน เพื่อรักษาความปลอดภัยให้แน่นอนและมองว่าโรคนี้เป็นอันตราย ผู้ให้ข้อมูลจึงมักจะถูกกีดกันจากสังคม จำต้องเก็บตัว ไม่มีอิสระในสังคม ผู้ให้ข้อมูลบางรายถูกแสดงพฤติกรรมตีตรา ขณะร่วมโต๊ะรับประทานอาหารในงานบุญ บางรายถูกว่าร้าย และเลิกคบหาเพียงเพราะป่วยด้วยวัน โรคปอด การแสดงพฤติกรรมตีตรานี้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอาย และความคิดที่จะไม่รักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อการปรับตัวเพื่อรักษาสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ชูวงศ์ (Choo Wong, 2019) ที่พบว่าผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้กับคนในชุมชน ซึ่งความรู้สึกนี้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเอง ส่งผลให้การรักษาล้มเหลวและเปรียบเทียบได้เป็นสิ่งเร้าร่วมในทฤษฎีรอย (Roy, 1999) กล่าวคือ การป่วยด้วยโรคติดต่อนี้เป็นสิ่งเร้าอีกตัวที่ส่งผลทางลบ มีอิทธิพลมากต่อการปรับตัว ส่งผลกระทบต่อการรักษาสำเร็จ

3.2 ความสามารถในการจำลดลง ความเสื่อมด้านสมองของผู้สูงอายุเกิดจากการทำหน้าที่ผิดปกติไปของสมอง ส่งผลต่อปัญหาในด้านต่างๆ เช่น ความจำ (Memory) ซึ่งเป็นกระบวนการรับ เก็บ และเรียกข้อมูลกลับมาใช้เมื่อต้องการ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (Short-term memory) ส่งผลให้

หลงลืมง่าย (Anandilokrit, 2021) ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย เกิดการหลงลืมรับประทานยาให้ตรงเวลา บางรายหลงลืม ไม่ได้รับประทานยาบ่อยครั้ง จนต้องเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และใช้ยาฉีดรักษาพร้อมด้วยส่งผลให้การรักษาสำเร็จล่าช้า ซึ่งเปรียบได้เป็นสิ่งเร้าร่วมในทฤษฎีรอย (Roy, 1999) เช่นเดียวกับการป่วยด้วยโรคติดต่อ ส่งผลกระทบต่อการรักษาสำเร็จเช่นกัน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำความรู้ที่ได้เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่รักษาสำเร็จและผลการศึกษาใช้ประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ โดยเฉพาะข้อค้นพบที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ เช่น เชื่อมั่นในการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์และความสามารถในการจัดการจากวัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การปรับตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุที่ลืมรับประทานยา จนต้องเปลี่ยนสูตรการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

2. ควรมีการศึกษาประสบการณ์เชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดสูงอายุให้เกิดความสำเร็จในการหายของโรคต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา คณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการทำวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งผลให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- Anandilokrit, P. (2021). Dementia. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(37), 392-398. [In Thai].
- Bannawongsin, K., Arat, R., & Taengdung, W. (2022). Developing strategies for preventing the spread of tuberculosis in the dimensions of health and society in a penitentiary. *Research and Development Health System Journal*, 15(1), 156-168. [In Thai].
- Choowong, J. (2019). Strategies for reduction of stigma in people with new smear positive pulmonary tuberculosis patients in Trang province. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 256-266. [In Thai].
- Dana, K., & Thetsasingh, J. (2023). The Development of caring guideline for pulmonary tuberculosis patients by family and community involvement. *Journal of Environmental and community health*, 8(2), 150-159. [In Thai].
- Department of Cultural Promotion, Ministry of Culture. (2016). *Culture, way of life and wisdom*. Bangkok: RungSilp Printing Company. [In Thai].
- Division of Tuberculosis Ministry of Public Health Thailand. (2018). *National tuberculosis control programme guidelines*. Retrieved 24 January 2023 from <https://www.tbthailand.org/download/Manual/NTP2018.pdf>.
- Division of Tuberculosis Ministry of Public Health Thailand. (2021). *National tuberculosis control programme guidelines*. Retrieved 24 January 2023 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1253220220330064337.pdf>.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychosocial research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.

- Jantabon, W., & Pompukping, B. (2022). Wellbeing and care system for palliative care in a community. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 14(28), 151-165. [In Thai].
- Kongchai, U., Pumpravai, A., & Petchmanee, S. (2016). Experiences of self-care for health among Burmese migrant workers with tuberculosis in Koh Phangan district, Surat Thani province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 4(1), 34-47. [In Thai].
- Lawanalapanon, L. (2015). *Quality of life and an adaptation of the elderly in Khlongree subdistrict, Sathingpra district, Songkhla province*. Master thesis (Education in human resources development), Thaksin University, Songkla. [In Thai].
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Plubplathong, T. (2013). *Self-care experience in successful treatment of ageing tuberculosis patients*. Master thesis (Nursing), Naresuan University, Phitsanulok. [In Thai].
- Roy, C. (1999). *The Roy adaptation model*. Stamford: Connecticut.
- Sangboon, N. (2019). Adaptation in older persons with visual impairment. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(1), 29-42. [In Thai].
- Sritongtham, O., Tabudda, U., Phalanun, C., Jongtrakransombat, A., & Uttha, S. (2017). Factors related to default and failure treatment of multidrug-resistant TB patients. *Journal of Health Science*, 26(2), 289-297. [In Thai].
- Sukhothai Provincial Health Office. (2022). *Annual report*. Retrieved 12 May 2023 from [https://www.skto.moph.go.th/document\\_file/raynganyear65.pdf](https://www.skto.moph.go.th/document_file/raynganyear65.pdf).
- Tulayanisaka, C. (2009). *Factors affecting post-retirement adaptation of the elderly in Phattalung province*. Master thesis (Liberal arts), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global tuberculosis report*. Retrieved 12 May 2023 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565394>.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Global tuberculosis report*. Retrieved 12 May 2023 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Global tuberculosis report*. Retrieved 12 May 2023 from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363752/9789240061729-eng.pdf?sequence=1>.

## บทความวิจัย

### การพัฒนาแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรสำหรับช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมครั้งแรก ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก

#### Development of a Breast Compress using Mung Beans and Herbs to Stimulate the First Lactation in First Time Mothers after Cesarean Section

นราภรณ์ ขุนกำแหง (Naraporn Khunkumhaeng)\*  
รัตติภัทร รัตนบวรวิฒ (Rateepat Rattranabrawornvat)\*\*  
พรนที ทองแพ (Pornthee Thongpae)\*\*\*

Received: July 26, 2024

Revised: September 2, 2023

Accepted: October 17, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก ที่พักรักษาตัว ณ แผนกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับการประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 ถึงกรกฎาคม 2567 เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและสมุนไพรและคู่มือการใช้แผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและสมุนไพร เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล แบบประเมินการไหลของน้ำนมและคู่มือการใช้ตรวจความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือและแบบเก็บข้อมูลได้ค่า CVI 1.00 และความเที่ยงของแบบประเมินการไหลของน้ำนมได้ค่า ICC 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่แบบสองกลุ่ม สถิติทดสอบไคสแคว์ และสถิติแมน-วิทนีเยย์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรมีระยะเวลาเฉลี่ยการหลั่งน้ำนมครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $U = 36.00, p < .001$ ) ดังนั้น พยาบาลควรนำแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรมาใช้เพื่อลดระยะเวลาการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครรภ์แรก

**คำสำคัญ:** แผ่นประคบเต้านม, ถั่วเขียวและสมุนไพร, การหลั่งน้ำนม, มารดาหลังผ่าตัดคลอด, ครรภ์แรก

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to develop and examine the effects of a breast compress using mung beans and herbs on the time to first lactation in first-time mothers after cesarean section. The sample consisted of 60 first-time mothers after cesarean section, who were recovering in the postpartum obstetrics department at Sukhothai Hospital. Participants were purposively selected based on inclusion criteria and divided into two groups: 30 in the experimental group and 30 in the control group. The experimental group received breast compresses with mung beans and herbs created by the researcher based on a review of related literature, documents, and textbooks, in addition to routine nursing care. The control group received routine nursing care only. Data collection took place from January 2024 to July 2024. The research instruments included: a breast compress pad with mung beans and herbs and a manual for using the breast compress pad with mung beans and herbs. The data collection tools included: a data collection form, a lactation onset form and a user manual. The content validity of both the user manual and data collection tool was rigorously assessed, resulting in a CVI 1.00. The reliability of the lactation onset form was evaluated using the ICC 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, chi-square test, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the experimental group, which received the breast compress with mung beans and herbs, had a significantly shorter average time to first milk ejection than the control group, which received routine nursing care ( $U = 36.00, p < .001$ ). Therefore, nurses should consider using the breast compress pad with mung beans and herbs to reduce the time to first milk ejection in first-time mothers after cesarean delivery.

**Keywords:** Breast compress, Mung beans and herbs, Lactation onset, Post-cesarean mothers, First time mothers

---

\*Corresponding author: Naraporn Khunkumhaeng; E-mail: narapornk@nu.ac.th

\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

\*\*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร (Registered Nurse, Naresuan University Hospital)

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสุโขทัย (Registered Nurse, Sukhothai Hospital)

## ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น เนื่องจากน้ำนมแม่อุดมด้วยสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารก มีภูมิคุ้มกันสูง และเป็นวัคซีนหยดแรกทำให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรงทุกด้าน ลดอาการภูมิแพ้ และโอกาสเกิดโรคลำไส้อักเสบในทารกแรกเกิด (World Health Organization, 2017) การศึกษายังพบว่าทารกที่ได้รับนมแม่จะมีภาวะเป็นกรดในลำไส้ที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์กลุ่มบีฟิโดแบคทีเรีย (Bifidobacterium) ซึ่งช่วยพัฒนาเซลล์ภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจถึง 30-50% (Le Doare, Holder, Bassett, & Pannaraj, 2018) อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจในประเทศไทย ปี 2562 พบว่ามีทารกเพียง 14% ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรก และ 15% ที่ได้กินนมแม่ต่อเนื่องถึง 2 ปี ซึ่งเป็นอัตราต่ำสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Pittutecha, 2021)

การหลังนํ้านมครั้งแรกในระยะหลังคลอด นับตั้งแต่เวลาคลอดจนกระทั่งนํ้านมบีบซึม สามารถประเมินได้จากการบีบขอบนอกของลานหัวนม มารดาที่ผ่าตัดคลอดมีระยะเวลาการหลังนํ้านมครั้งแรกนานถึง 22 ชั่วโมง 16 นาที (Pangam, Teerasopon, & Ungpansatwong, 2016) เนื่องจากความปวดแผลผ่าตัด ผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก อุปกรณ์การแพทย์ที่พันจนการ และการไม่ได้ทำการดูแลลูกแบบโอบกอด (Skin to skin contact) ใน 30 นาทีหลังคลอด ปัจจัยเหล่านี้ขัดขวางฮอร์โมนโปรแลคติน (Prolactin) และออกซิโตซิน (Oxytocin) ที่มีความสำคัญในการสร้างและหลังนํ้านม (Techamuanwaiwit, Keeriwichien, & Suwittayasiri, 2021) หากนํ้านมมาช้า ทารกอาจมีภาวะน้ำตาไหลเลือดตาภาวะตัวเหลืองจากนํ้านมแม่น้อยและนํ้าหนักตัวลดลงมากกว่า 7% ภายใน 3 วันแรก ซึ่งหากนํ้าหนักตัวลดลงถึง 10-15% ของนํ้าหนักแรกคลอดอาจส่งผลให้การเจริญเติบโตหยุดชะงักและเกิดภาวะขาดน้ำ (Lowdermilk, Cashion, Perry, Alden, & Olshansky, 2016)

สมุนไพรที่ใช้ในการประคบเต้านมมีสรรพคุณในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ทำให้หลอดเลือดบริเวณเต้านม

ขยายตัว เพิ่มการส่งผ่านฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโตซินไปยังเซลล์สร้างนํ้านมได้ดีขึ้น (Trainapakul et al., 2010) ซึ่งโปรแลคตินทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างนํ้านม ส่วนออกซิโตซินทำหน้าที่ควบคุมการหลั่งนํ้านม โดยการหดตัวของกล้ามเนื้อรอบต่อมนํ้านม (Lowdermilk et al., 2016) การศึกษาของไกรศรี ศรีทัพไทย, นพดล หงษ์สุวรรณ, อมราภูมิชัยโชติ และเพชรดาพรหมดี (Srithapthai, Hongsuwan, Phoomchaichot, & Phromdi, 2015) พัฒนาลูกประคบสมุนไพร 11 ชนิด ได้แก่ กะทือ ใบทองกวาว ว่านหางคํา หว่าบลี ใบหนาด ใบส้มเลี้ยว ใบมะขาม ใบส้มป่อย ปลายข้าวเหนียว พิมเสน และการบูร ประคบเต้านมครั้งละ 15-20 นาที เช้า-เย็น นาน 2 วัน พบว่าช่วยเพิ่มการไหลของนํ้านมได้ดี เช่นเดียวกับสุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล, กัญญา ชื่นอารมณ์, มลจินทร์ เกียรติสังวร, นวลศิริ ศรีศิริ และวรรณดา มลิวรรณ (Tantintanthakul et al., 2021) ที่ใช้สมุนไพร 6 ชนิด ได้แก่ ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ตะไคร้บ้าน ใบมะขาม และการบูร นำลูกประคบไปแช่นํ้าแล้วนึ่งนาน 10-15 นาที ทำการประคบเต้านมครั้งละ 5-10 นาที และเปลี่ยนลูกประคบเมื่อคลายความร้อน พบว่าการไหลของนํ้านมในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการประคบสมุนไพรช่วยให้นํ้านมมาเร็วขึ้น (Dhippayom et al., 2015) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้สมุนไพร 9 ชนิด ได้แก่ ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด พิมเสน หอมแดง ใบกะเพรา จิง และข่า ซึ่งมีคุณสมบัติในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดการอักเสบ บรรเทาอาการปวด หาได้ง่ายและสามารถเข้าร่วมกันได้อย่างปลอดภัย (Srithapthai et al., 2015; Tantintuntakorn et al., 2021; Department of Thai traditional and alternative medicine, 2021)

สมุนไพรมีความสามารถในการกักเก็บความร้อนได้เพียง 5-10 นาที (Tantintanthakul et al., 2021) แต่การศึกษาแสดงให้เห็นว่าถั่วเขียวสามารถเก็บรักษาความร้อนได้ดี โดยอุณหภูมิหลังจากจากไมโครเวฟ 15 นาทียังคงอยู่ที่ 52.2 องศาเซลเซียส ปลอดภัยต่อร่างกายมนุษย์ ถั่วเขียวจึงเหมาะสมสำหรับใช้ในแผ่นประคบเต้านม เพราะช่วยรักษาอุณหภูมิได้นานและไม่ต้องเปลี่ยนแผ่นบ่อย (Chinnalai, Ketsira, & Salepuang, 2021; Chanjaroenkij, 2018) นอกจากนี้

เมื่อสมุนไพรได้รับความร้อนจะช่วยให้อุณหภูมิของสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหยซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่ประคบเพิ่มขึ้น ซึ่งอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับการประคบควรอยู่ในช่วง 40-50 องศาเซลเซียส นานประมาณ 15-30 นาที เนื่องจากเพิ่มอุณหภูมิของกล้ามเนื้อระดับลึกจากผิวหนังประมาณ 1-2 เซนติเมตร จึงจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตได้ (Burusliam, 2019) กระบวนการนี้ยังช่วยเสริมการทำงานของฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซินในการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Sithapthai et al., 2015; Tantinuntakorn et al., 2021) อีกทั้ง ยังไม่พบการศึกษาถึงการนำถั่วเขียวร่วมกับสมุนไพรมาใช้ในการประคบเต้านม ทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรต่อระยะเวลาการหลั่งของน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีน้ำนมมาเร็ว ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอและนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

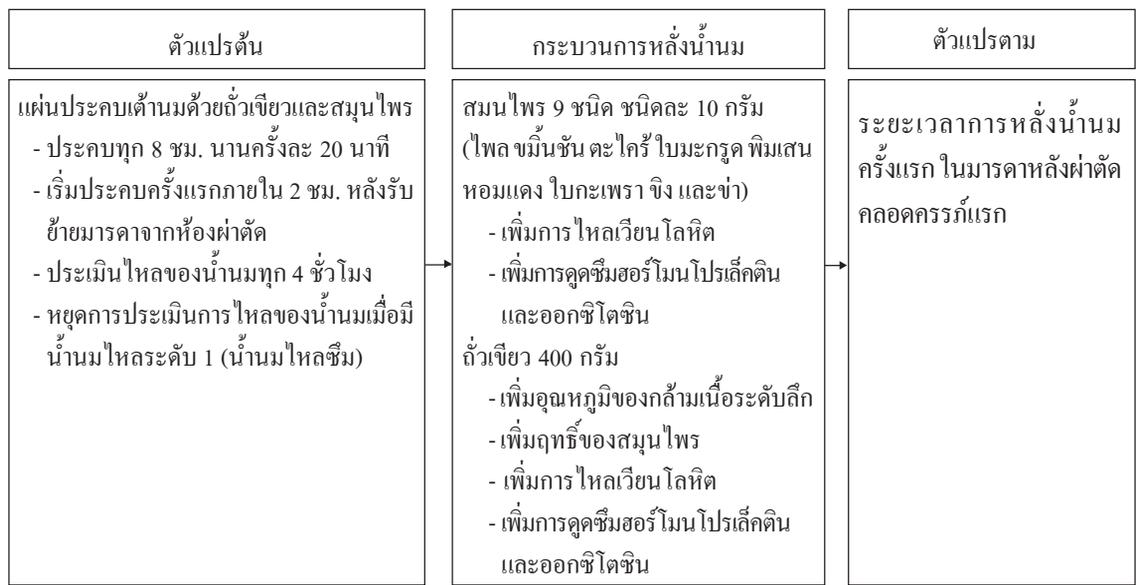
1. เพื่อพัฒนาแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพร
2. เพื่อศึกษาผลของแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรต่อระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก

**สมมุติฐานการวิจัย**

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกของกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาผลของแผ่นประคบเต้านมที่ทำจากถั่วเขียวและสมุนไพรจำนวน 9 ชนิด ได้แก่ จิงข้า พืชขมิ้นชัน ใบกะเพรา ตะไคร้หอมแดง ใบมะกรูด และพิมเสน ซึ่งมีคุณสมบัติในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต สำหรับถั่วเขียวนำมาใช้ในการรักษาอุณหภูมิของแผ่นประคบให้อยู่ในช่วง 40-50 องศาเซลเซียส นานประมาณ 20 นาที เพื่อเพิ่มอุณหภูมิของกล้ามเนื้อระดับลึกจากผิวหนังประมาณ 1-2 เซนติเมตร ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้น และทำให้ฤทธิ์ของสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหยซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงเพิ่มการดูดซึมฮอร์โมนโปรแลคตินและออกซิโทซินเพื่อสร้างและการหลั่งน้ำนมให้มีประสิทธิภาพ โดยประคบทุก 8 ชม. นานครั้งละ 20 เริ่มประคบครั้งแรกภายใน 2 ชม. หลังรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดทำให้ระยะเวลาการหลั่งน้ำนมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกลดลง



**รูปที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) โดยใช้รูปแบบการวัดหลังการทดลอง (The experimental posttest-only control group design) กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่พักรักษาตัวที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสุโขทัย ระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง กรกฎาคม 2567 จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม N4 Studies หมวด Two Independent Means นำค่าทางสถิติจากผลการวิจัยเรื่องผลการนวดประคบเต้านมด้วยลูกประคบเจล โพลีเมอร์แบบอุ่นขึ้นต่อระยะเวลาการหลังให้นมครั้งแรกในมารดาหลังคลอดครั้งแรก (Panngam et al., 2016) แทนค่าในสูตรดังนี้ : Mean In Group1 ( $\mu_1$ ) = 15.40, SD. in group1 ( $\sigma_1$ ) = 5.79, Mean in group2 ( $\mu_2$ ) = 22.16, SD. in group2 ( $\sigma_2$ ) = 9.80, Ratio = 1, Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05, Beta ( $\beta$ ) = 0.10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย (Bernard, 2000; Ngamjarus, Chongsuvivatwong & Mcneil, 2016)

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) คือมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกที่ให้นมยังไม่ไหลเมื่อ 2 ชม. หลังคลอด ไม่มีประวัติแพ้สมุนไพรมารดาและทารกอยู่ด้วยกันในระยะหลังคลอดฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทย ได้ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ณ แผนกห้องคลอด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ มารดามีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด ได้แก่ ตกเลือด (Postpartum hemorrhage) ครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ได้รับความบาดเจ็บในระบบเดินปัสสาวะจากการผ่าตัด (Urinary tract injury) ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและ/หรือความพิการแต่กำเนิดที่ไม่สามารถดูคนมมารดาได้ ได้แก่ ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี (Maternal HIV Infection) กลุ่มอาการหายใจลำบากชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient Tachypnea of the Newborn) น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

หัวใจผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital heart defects) ภาวะปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ (Cleft lip and/or cleft palate)

เกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกระหว่างการวิจัย (Withdrawal Criteria) คือ มารดาได้รับยาที่มีผลต่อการกระตุ้นน้ำนม เช่น ยา Domperidone มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ชัก (Eclampsia) ขอดอนตัวจากการวิจัยไม่สามารถทนการประคบร้อนตามอุณหภูมิที่กำหนดได้ และทารกหลังคลอดมีปัญหาที่ไม่สามารถดูคนมมารดาได้ ได้แก่ ลิ้นติดชนิดรุนแรง (Severe tongue-tie)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้:

1. เครื่องมือในการดำเนินการทดลองประกอบด้วย แผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและสมุนไพร และคู่มือการใช้ดังนี้

1.1 แผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและสมุนไพรผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้อง เกณฑ์ในการเลือกผ้าสมุนไพร และถั่วเขียว ดังนี้

1.1.1 ผ้าพิจารณาจากวัสดุและโครงสร้างที่เหมาะสม โดยสักหลาดทำจากเส้นใยฝ้ายทอหนาแน่น แข็งแรง ทนทานต่อการอุ่นในไมโครเวฟได้ประมาณ 20 ครั้ง กักเก็บความร้อนได้ดีเนื่องจากการระบายความร้อนต่ำ นุ่มอ่อนโยนต่อผิวหนังบริเวณเต้านม (Jameson, 2023) นำมาตัดเย็บเป็นลักษณะคล้ายโดนนัท มีเส้นผ่านศูนย์กลาง 20 เซนติเมตร และมีช่องเปิดตรงกลางเส้นผ่านศูนย์กลาง 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันไม่ให้ความร้อนสัมผัสกับหัวนมโดยตรง (Panngam et al., 2016)

1.1.2 สมุนไพรพิจารณาจากงานวิจัยครั้งก่อนที่ใช้สมุนไพรจำนวน 9-11 ชนิด ชนิดละ 10-60 กรัม (Srithaphthai et al., 2015; Tantinuntakorn et al., 2021) ได้สมุนไพรที่มีความคล้ายคลึงกันจำนวน 5 ชนิด คือ โพลขมิ้นชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด พิมเสน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หอมแดง ใบกะเพรา จึง ข่าหาได้ง่าย มีคุณสมบัติในการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต สามารถใช้ร่วมกันได้โดยไม่มีผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย (Department

of Thai traditional and alternative medicine, 2021) นอกจากนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห้มคำเกี่ยวกับผลการรักษาทางคลินิกของการใช้ลูกประคบสมุนไพรไทย จากบทความระดับนานาชาติและในประเทศไทยจำนวน 369 บทความพบว่า ลูกประคบสมุนไพรช่วยลดระยะเวลาการหลังนํ้ามนในการคลอเคล็ดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dhippayom et al., 2015) ดังนั้น การศึกษานี้จึงใช้สมุนไพรจำนวน 9 ชนิด ชนิดละ 10 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณน้อยสุดที่สามารถออกฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนโลหิตได้

1.1.3 ถั่วเขียวพิจารณาจากคุณสมบัติในการเก็บความร้อน (Chinnalai et al., 2021; Chanjaroenkij, 2018) ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนอุปกรณ์เนื่องจากระดับความร้อนลดลงเหมือนลูกประคบสมุนไพร (Tantinuntakorn et al., 2021) และสะดวกต่อการนำไปอุ่นด้วยไมโครเวฟ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ใช้ถั่วเขียว 400 กรัม จึงได้อุณหภูมิ 40-50 องศาเซลเซียส นาน 20 นาที (นาทีที่ 0, 5, 10, 15, 20 อุณหภูมิ 49.4, 44, 42.6, 41.8, 41.2 องศาเซลเซียส ตามลำดับ)

1.1.4 นำแผ่นประคบเด้านมไปประเมินความปลอดภัยในกลุ่มอาสาสมัครเพศหญิง สุขภาพดี และไม่ใช้มารดาหลังคลอด จำนวน 5 ราย (Woolrych & Cockton, 2001) มีเกณฑ์การตัดสินความปลอดภัย 3 ข้อ ดังนี้ 1) อาสาสมัครสามารถทนการประคบร้อนตามอุณหภูมิที่กำหนดได้ 2) อาสาสมัครรู้สึกสุขสบายบริเวณที่ได้รับการประคบ และ 3) ไม่พบรอยแดงผิวหนังไหม้จากความร้อนที่เกิดจากแผ่นประคบหลังใช้ 24 ชั่วโมง (ติดตามทางโทรศัพท์) ผลการประเมินพบว่าแผ่นประคบเด้านมมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ดังกล่าว

1.2 คู่มือการใช้แผ่นประคบเด้านมถั่วเขียวและสมุนไพรประกอบด้วยคำชี้แจง ข้อตกลงเบื้องต้น และขั้นตอนการใช้แผ่นประคบเด้านม ดังนี้ 1) คำชี้แจง: แผ่นประคบนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโครงการวิจัย ภายในบรรจุสมุนไพร 9 ชนิดที่มีสรรพคุณกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและถั่วเขียวที่ช่วยกักเก็บความร้อน 2) ข้อตกลงเบื้องต้น: ประคบเด้านมทุก 8 ชั่วโมง และประคบเด้านมหลังจากลูกคุณนมอิ่มหรือก่อนให้นมลูกอย่างน้อย 1 ชม.และ 3) ขั้นตอนการใช้แผ่นประคบเด้านม: อุ่นแผ่นประคบในไมโครเวฟ

กำลังไฟ 600 วัตต์ นาน 1 นาทีที่วัดอุณหภูมิแผ่นประคบโดยใช้เทอร์โมมิเตอร์ให้ได้ 40-50 องศาเซลเซียส ซึ่งเป็นอุณหภูมิที่เพิ่มการไหลเวียนโลหิตและปลอดภัยกับผิวหนังบริเวณเด้านม (Chinnalai et al., 2021) จัดทำมารดาหลังคลอดในท่านอนหงาย นำแผ่นประคบไปประคบเด้านมทั้งสองข้างจับเวลา 20 นาทีโดยใช้นาฬิกาจับเวลาหลังการประคบเสร็จ 30 นาทีหรือสมุนไพรดูดซึมก่อนแล้วจึงทำความสะอาดบริเวณทรวงอกด้วยผ้าชุบน้ำสะอาดหรืออาบน้ำเพื่อจัดนํ้ามันระเหยจากสมุนไพรและป้องกันกลิ่นสมุนไพรที่อาจรบกวนทารก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบเก็บข้อมูล และคู่มือการใช้แบบเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบคัดกรองอาสาสมัคร แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการหลังนํ้านมครั้งแรก

2.1.1 แบบคัดกรองอาสาสมัคร ประกอบด้วยเกณฑ์การคัดเข้าเกณฑ์การคัดออกผลการคัดกรอง ลงนามผู้ทำการคัดกรองพร้อมทั้งวัน เดือน ปี และเวลาที่ทำการคัดกรอง

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลอายุ วันเดือนปีและเวลาที่ผ่าตัดคลอด นํ้าหนักแรกเกิดของทารก ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างคลอด และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2.1.3 แบบประเมินการหลังนํ้านมครั้งแรก โดยใช้แบบประเมินของวิวรรธ นีวัธยากุล (Niwattayakul, 2005) ประเมินทุก 4 ชม. พร้อมการวัดสัญญาณชีพและหยุดประเมินเมื่อนํ้านมไหลระดับ 1 ประคบด้วยครั้งที่ประเมิน วันเดือนปีและเวลาที่ทำการประเมิน ผลการประเมิน และชื่อผู้ประเมิน

2.2 คู่มือการใช้แบบเก็บข้อมูลประกอบด้วยคำอธิบายขั้นตอนการใช้แบบเก็บข้อมูล ตัวอย่างการบันทึกในแบบประเมินการหลังนํ้านมครั้งแรก และนิยามศัพท์ โดยมีรายละเอียดของนิยามศัพท์ ดังนี้ 1) ระดับการไหลของนํ้านม 4 ระดับ คือ ระดับ 0 (นํ้านมไม่ไหล) ระดับ 1 (นํ้านมไหลซึม) ระดับ 2 (นํ้านมเป็นหยด) และระดับ 3 (นํ้านมไหลพุ่ง) 2) การบีบลานนมอย่างถูกวิธี ทำโดยการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางบริเวณลานนม กดปลายนิ้ว

เข้าหาผนังหน้าอกและบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากันเพื่อคว่ำมี  
น้ำมันไหลซึมหรือไม่ ทำจำนวน 3 ครั้งและ 3) ระยะเวลา  
การหลังน้ำมันครั้งแรก หมายถึง เวลาที่มีน้ำมันระดับ 1  
(น้ำมันไหลซึม) ภายหลังจากประเมินโดยการบีบบริเวณ  
ลานนมอย่างถูกวิธี นับตั้งแต่เวลาคลอดบุตร

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือ  
ที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบเก็บ  
ข้อมูล คู่มือการบันทึกข้อมูล คู่มือการใช้แผ่นประคบ  
เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่านเพื่อพิจารณาคุณภาพ  
คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารก 1 ท่าน  
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่าน และ  
ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สมุนไพร 2 ท่าน ได้คำดัชนีความตรง  
เชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00  
และปรับแก้บางส่วนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบประเมิน  
การไหลของน้ำนมของรวิวรรธ นีวัตยากุล (Ni wattayakul,  
2005) หาค่าความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต 4 คน (Interrater  
reliability) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ  
ปฏิบัติงานแผนกหลังคลอดจำนวน 4 ท่าน การสังเกตการ  
ไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกับ  
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC)  
เท่ากับ 0.98

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No.  
P3-0070/2566) วันที่รับรอง 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566  
และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย  
เนื่องจากอาสาสมัครเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และ  
คลอดในโรงพยาบาล ทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ  
จึงขอความยินยอมจากอาสาสมัครเมื่อมารอผ่าตัดคลอด  
โดยให้ข้อมูลโครงการผ่านพยาบาลห้องคลอด เมื่ออาสา  
สมัครสนใจเข้าร่วม หัวหน้าโครงการวิจัยติดต่อกลับเพื่อ  
ชี้แจงรายละเอียดต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บ

ข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ข้อมูลของกลุ่ม  
ตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเข้มงวด โดยการใช้  
หมายเลขรหัสแทนชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้  
ข้อมูลทั้งหมดจะถูกจัดเก็บในไฟล์ที่ปลอดภัยและเข้าถึง  
ได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลทั้งหมด  
จะถูกทำลายภายในระยะเวลา 1 ปี การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม  
โครงการจะไม่มีผลต่อการรับการดูแลตามมาตรฐาน  
หากพบข้อมูลใหม่ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของ  
อาสาสมัคร ผู้วิจัยจะแจ้งให้อาสาสมัครทราบ เพื่อพิจารณา  
ว่าจะอยู่ในโครงการต่อหรือถอนตัวอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วม  
ให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนผ่าตัดคลอด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุโขทัย  
จากนั้นเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลแผนก  
ห้องคลอดและแผนกสูติกรรมหลังคลอด เพื่อแนะนำตัว  
และชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยขอความร่วมมือจากพยาบาล  
ประจำการหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสุโขทัยจำนวน  
3 คนเป็นผู้ช่วยวิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ  
ประเมินการหลังน้ำมันครั้งแรกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เมื่อสตรีตั้งครรภ์นอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัด  
คลอด ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติคือ ครรภ์แรก ไม่มีประวัติ  
แพ้สมุนไพร ฝรั่ง พุด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ แนะนำตัว  
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ  
และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ  
พิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย  
เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือ  
แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการก่อนผ่าตัดคลอด  
เนื่องจากมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

4. ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แฟ้มประวัติเพื่อเก็บรวบรวม  
ข้อมูลทั่วไป

5. เมื่อรับมารดาจากผ่าตัดคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบ  
คุณสมบัติอีกครั้งคือ น้ำนมยังไม่ไหลเมื่อ 2 ชม. หลังคลอด  
มารดาและทารกอยู่ด้วยกันในระยะหลังคลอด พร้อมทั้ง  
เกณฑ์การคัดออกเกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกกระหว่าง  
การวิจัย

6. เมื่ออาสาสมัครผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ทั้งหมด จึงจะเริ่มดำเนินการวิจัย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ก่อนกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมเพื่อกระตุ้นน้ำนมตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ จัดทารกให้อยู่กับมารดากระตุ้นทารกดูคนมทันที ดูทุก 3 ชั่วโมง และจัดทำทารกให้ดูคนมมารดาอย่างถูกวิธี โดยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยภายใน 1 ชั่วโมงหลังรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดติดตามประเมินการไหลของน้ำนมทุก 4 ชั่วโมง และหยุดการประเมินการไหลของน้ำนมเมื่อมีน้ำนมไหลระดับ 1 (น้ำนมไหลซึม)

3.2 กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเพื่อกระตุ้นน้ำนมตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับประคบเต้านมด้วยแผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและสมุนไพรประคบครั้งแรกภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัด หลังจากนั้นประคบทุก 8 ชั่วโมงนานครั้งละ 20 นาที ติดตามประเมินการไหลของน้ำนมทุก 4 ชั่วโมง และหยุดการประเมินการไหลของน้ำนมเมื่อมีน้ำนมไหลระดับ 1 (น้ำนมไหลซึม)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบข้อมูลอายุและปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการคลอดด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ( $p < .05$ ) พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2 เปรียบเทียบข้อมูลน้ำหนักแรกเกิดของทารกด้วยสถิติ Independent Samples t-test เนื่องจากวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ( $p < .05$ ) พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.3 เปรียบเทียบข้อมูลความตั้งใจในการเลี้ยงลูกนมด้วยแม่ด้วยสถิติ Chi-Square test ( $p < .05$ )

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังน้ำนมครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ( $p < .001$ ) เนื่องจากวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ( $p < .05$ ) พบข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

#### ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลทั่วไป	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean ± S.D.)		t	Mann-Whitney U	Fisher's Exact p-value
	กลุ่มควบคุม (n = 30)	กลุ่มทดลอง (n = 30)			
อายุ (ปี)	25.43 ± 4.98 (20-37)	27.23 ± 6.03 (20-41)	368.50		.226
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการคลอด (มิลลิลิตร)	451.67 ± 167.37 (100-800)	441.66 ± 171.24 (100-900)		435.00	.818
น้ำหนักแรกเกิดของทารก (กรัม)	3,058.00 ± 315.41 (2,570-4,000)	2,959.00 ± 331.16 (2,410-3,810)	1.19		.875
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกนมด้วยแม่					
ตั้งใจ	90% (27)	100% (30)		46.03	.031
ไม่ตั้งใจ	10% (3)	0% (0)			

(p < .05)

กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 25.43 ปี (S.D. = 4.98) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการคลอดเฉลี่ย 451.67 มิลลิลิตร (S.D. = 167.37) น้ำหนักแรกเกิดของทารกเฉลี่ย 3,058 กรัม (S.D. = 315.41) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 90% (27 คน) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 27.23 ปี (S.D. = 6.03) ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการคลอดเฉลี่ย 441.66 มิลลิลิตร (S.D. = 171.24) น้ำหนักแรกเกิดของทารกเฉลี่ย 2,959 กรัม

(S.D. = 331.16) ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 100% (30 คน) ข้อมูลอายุ ปริมาณเลือดที่สูญเสีย และน้ำหนักแรกเกิดของทารกไม่มีความแตกต่างกัน (p = .226, .818 และ .875 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความแตกต่างกัน (p = .031)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังน้ำนมครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังน้ำนมครั้งแรกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 30)			กลุ่มทดลอง (n = 30)			Mann-Whitney U	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank		
ระยะเวลาการหลังน้ำนมครั้งแรกที่ระดับ 1	38.14	18.19	44.30	12.10	3.49	16.70	36.00	.000

(p < .001)

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการหลังน้ำนมครั้งแรก 38 ชั่วโมง 14 นาที (S.D. = 18.19) และ 12 ชั่วโมง 10 นาที (S.D. = 3.49) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเฉลี่ยการหลังน้ำนมครั้งแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 36.00, p < .001) ทั้งนี้

กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมเพื่อกระตุ้นน้ำนมตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ จัดทารกให้อยู่กับมารดากระตุ้นทารกดูดนมทันทีภายใน 1 ชั่วโมงหลังรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัด หลังจากนั้นกระตุ้นให้มารดานำทารกดูดนมทุก 3 ชั่วโมง พร้อมทั้งช่วยจัดท่าทารกให้ดูดนมมารดาอย่างถูกวิธีโดย

พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย คิดตามประเมิน การไหลของน้ำนมทุก 4 ชั่วโมง และหยุดการประเมิน การไหลของน้ำนมเมื่อน้ำนมไหลระดับ 1 (น้ำนมไหลซึม)

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหลังน้ำนม ครั้งแรกของกลุ่มทดลองที่ได้รับการประคบเต้านมด้วย ถั่วเขียวและสมุนไพรร่วมกับการพยาบาลตามปกติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า

1. จุดเด่นและข้อจำกัดในการใช้แผ่นประคบเต้านม ด้วยถั่วเขียวและสมุนไพร

1.1 แผ่นประคบนี้ใช้สมุนไพรปริมาณน้อยสุด ชนิดละ 10 กรัม การศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้สมุนไพรชนิดละ 10-60 กรัม สามารถอธิบายได้ว่า สมุนไพรจำนวน 9 ชนิด ได้แก่ ไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด พิมเสน หอมแดง ใบกะเพรา ชิง และข่า มีฤทธิ์เพิ่มการไหลเวียนโลหิต (Tantinuntakorn et al., 2021; Srithapthai, 2015; Department of Thai traditional and alternative medicine, 2021) เมื่อนำใช้กับถั่วเขียวที่สามารถเก็บรักษาอุณหภูมิได้นาน ส่งผลฤทธิ์ของสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหย ซึมผ่านผิวหนังสู่กล้ามเนื้อชั้นลึก 1-2 เซนติเมตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเพิ่มการดูดซึมฮอร์โมนโปรแลคตินและ ออกซิโทซินซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งในการสร้างและการหลั่งน้ำนม (Burusliam, 2019)

1.2 แผ่นประคบมีความสะดวกในการใช้งาน สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาก่อนหน้านี้ใช้สมุนไพร เพียงอย่างเดียวมาทำลูกประคบก่อนนำไปใช้ต้องนำไป แช่น้ำก่อนการนึ่ง 10-15 นาที ความร้อนคงอยู่นาน 5-10 นาที จึงต้องเปลี่ยนลูกประคบใหม่ (Tantinuntakorn et al., 2021) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เพียงนำแผ่นประคบประคบเต้านม ถั่วเขียวและสมุนไพรไปอุ่นในไมโครเวฟที่ความร้อน 600 วัตต์นาน 1 นาที ก็สามารถนำไปประคบเต้านมได้ทันที และรักษาอุณหภูมิได้นานถึง 20 นาที โดยไม่ต้องเปลี่ยน แผ่นประคบ

1.3 หอมแดง ใบกะเพรา ชิง และข่า มีฤทธิ์กระตุ้น การไหลเวียนโลหิตบริเวณเต้านมทำให้น้ำนมมาเร็วขึ้น

สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาก่อนหน้านี้ นำไพล ขมิ้น ชัน ตะไคร้ ใบมะกรูด พิมเสน และอื่นๆ มาใช้เพื่อกระตุ้น การไหลเวียนโลหิตบริเวณเต้านมทำให้น้ำนมมาเร็ว (Tantinuntakorn et al., 2021; Srithapthai, 2015) สำหรับ งานวิจัยนี้ เพิ่มหอมแดง ใบกะเพรา ชิง และข่า ที่หาได้ง่าย มีความปลอดภัยเมื่อนำมาใช้ร่วมกัน (Department of Thai traditional and alternative medicine, 2021) ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการหลังน้ำนมได้เช่นกัน

1.4 ข้อจำกัดของแผ่นประคบเต้านมถั่วเขียวและ สมุนไพรในงานวิจัยนี้คือ การใช้งานที่ต้องใช้ไมโครเวฟ ซึ่งอาจไม่สะดวกในบางสถานที่ที่ไม่มีไมโครเวฟ และ ควรวัดอุณหภูมิหลังการอุ่นในไมโครเวฟทุกครั้งก่อน การนำไปใช้ เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงเกินไปอาจก่อให้เกิดรอยแดงไปจนถึงผิวหนังพุพองจากความร้อนได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบอุบัติเหตุดังกล่าว หากมีการนำแผ่นประคบเต้านมไปใช้ควรปฏิบัติตามคู่มืออย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงอาจเกิดขึ้น

2. ผลการใช้แผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและ สมุนไพร

2.1 สมุนไพรจำนวน 9 ชนิด ที่นำมาใช้ในการ พัฒนาแผ่นประคบเต้านมในศึกษาครั้งนี้ ช่วยลดระยะเวลา การหลังน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก ได้ อธิบายได้ว่า ชิง ข่า ไพล ขมิ้นชัน ใบกะเพรา ตะไคร้ หอมแดง ใบมะกรูด และพิมเสน มีสรรพคุณกระตุ้นการ ไหลเวียนโลหิต (Department of Thai traditional and alternative medicine, 2021; Srithapthai et al., 2015; Tantinuntakorn et al., 2021) เมื่อนำสมุนไพรมาประคบ บริเวณเต้านม ทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณเต้านม เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เพิ่มอัตราการซึมผ่านของฮอร์โมนโปร แลคตินและออกซิโทซินไปสู่เซลล์สร้างน้ำนม ซึ่งเป็น วิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างและการหลั่ง น้ำนมในระยะหลังคลอด ทำให้ลดระยะเวลาการหลังน้ำนม ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก คล้ายคลึงกับการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ เมต้า เกี่ยวกับการรักษาทางคลินิกของการใช้ลูกประคบ สมุนไพรไทย จากบทความระดับนานาชาติและในประเทศไทย จำนวน 369 บทความ ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กับระยะเวลาการหลังนํานมพบว่า ลูกประคบสมุนไพร ช่วยลดระยะเวลาการหลังนํานมในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference-6.5 ชั่วโมง; 95% CI,  $p < .001$ ) (Dhippayom et al., 2015) การศึกษาของ สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล และคณะ (Tantintakorn et al., 2021) ที่พัฒนาลูกประคบสมุนไพรสำหรับประคบเต้านมในมารดาหลังคลอด โดยสมุนไพรที่นำมาใช้ในการทำลูกประคบจำนวน 6 ชนิด ได้แก่ โพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ตะไคร้บ้าน ใบมะขาม และการบูร ซึ่งการใช้ลูกประคบทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตและช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมได้และการศึกษาของ ไกรศรี ศรีทัพไทยและคณะ (Sritaphthai et al., 2015) ที่พัฒนาสูตรลูกประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการคัดตึงเต้านมและเพิ่มอัตราการไหลของน้ำนมของมารดาหลังคลอด โดยสมุนไพรที่นำมาใช้ในการทำลูกประคบจำนวน 11 ชนิด ได้แก่ กะทือ ใบทองกวาว ว่านหางคํา หัวปลี ใบหนาด ใบส้มเลี้ยว ใบมะขาม ใบส้มป่อย ปลายข้าวเหนียว พิมเสน และการบูร ผลการวิจัยพบว่าลูกประคบสมุนไพรสูตรที่พัฒนาสามารถช่วยลดอาการปวดคัดตึงเต้านมและเพิ่มอัตราการไหลของน้ำนมได้ดีกว่าลูกประคบสมุนไพรสูตรดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยกลุ่มทดลองมีอัตราการไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.87 และ 2.93 มิลลิลิตร ใน 1 และ 2 วันหลังคลอด

2.2 ถั่วเขียวที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ช่วยให้ฤทธิ์ของสมุนไพรและน้ำมันหอมระเหยซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังบริเวณเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่า ถั่วเขียวมีคุณสมบัติในการเก็บรักษาอุณหภูมิได้ดี (Chimmalai et al., 2021; Chanjaroenkij, 2018) ทำให้อุณหภูมิของแผ่นประคบเต้านมให้อยู่ในช่วง 40-50 องศาเซลเซียสและคงอยู่นานถึง 20 นาที ซึ่งความร้อนในระดับนี้ทำให้อุณหภูมิของกล้ามเนื้อระดับลึกจากผิวหนัง 1-2 เซนติเมตรมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้น (Burusliam, 2019) เพิ่มอัตราการซึมผ่านของฮอร์โมน โปรตีนเคตินและออกซิโทซินไปสู่เซลล์สร้างน้ำนมทำให้ระยะเวลาการหลังนํานมครั้งแรกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรกลดลง

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการนำแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำแผ่นประคบนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาหลังคลอด ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลมารดาหลังคลอดและส่งเสริมการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน

1.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถนำแผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรมาใช้ร่วมกับมาตรฐานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาหลังคลอดของโรงพยาบาล โดยการฝึกอบรมพยาบาลในการใช้แผ่นประคบอย่างถูกต้องและปลอดภัยรวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพพยาบาลและเพิ่มความมั่นใจในการใช้แผ่นประคบนี้ในการดูแลมารดาหลังคลอด

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล แผ่นประคบเต้านมด้วยถั่วเขียวและสมุนไพรสามารถนำไปใช้ในการสอนนิสิตพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเวลาหลังคลอด โดยการบรรจุเนื้อหาการใช้แผ่นประคบนี้ลงในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้ นิสิตพยาบาลได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะในการใช้แผ่นประคบในสถานการณ์จริง ทั้งนี้จะช่วยเสริมสร้างความรู้เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับนิสิตพยาบาล

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้วัสดุทางการแพทย์ท้องถิ่นที่มีคุณภาพเทียบเท่าหรือดีกว่าถั่วเขียวเช่น การใช้เมล็ดธัญพืชอื่นๆ ที่หาได้ง่ายในแต่ละพื้นที่โดยนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของแผ่นประคบที่ใช้วัสดุและสมุนไพรชนิดอื่นๆ เพื่อหาประสิทธิภาพที่ดีที่สุดในการกระตุ้นการหลังนํานมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก เช่น เกลือเป็นดวงกลางที่ช่วยให้สรรพคุณทางยาจากสมุนไพรซึมซาบผ่านผิวหนังและออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

2.3 ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยา สังคมวิทยา และ พฤติกรรมศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องการหลังน้ำนมของมารดา หลังผ่าตัดคลอดครั้งแรก เช่น ความเครียดความวิตกกังวล ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจาก ครอบครัวและสังคมการปรับตัวของมารดาในระยะหลังคลอด เป็นต้น เพื่อช่วยให้เข้าใจการหลังน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัด คลอดครั้งแรกได้อย่างครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ มากขึ้น

2.4 ศึกษาความคุ้มค่าและความยั่งยืน โดยการ วิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและการใช้งานของแผ่นประคบ สมุนไพร เพื่อประเมินความคุ้มค่าและความยั่งยืนในการ นำไปใช้ในระบบสุขภาพ

#### กิติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ให้ทุนอุดหนุนจากงบประมาณราย ได้มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และ ดร.ศิริกนก กลิ่นขจร อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับคำปรึกษา ในโครงการวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยทุกท่าน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาล สุโขทัย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่าง ดียิ่ง

#### เอกสารอ้างอิง

- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5<sup>th</sup> ed.). Duxbury: Thomson learning.
- Burusliam, N. (2019). How to treat with Thai traditional medicine. *Chonburi Hospital Journal*, 44(2), 54-63. [In Thai].
- Chanjaroenkij, K. (2018). Efficacy of Warming Mung Bean Pad in Preventing Hypothermia in Transporting Newborn. *Journal of Health Science of Thailand*, 17(Sup.3), SIII892-899. [In Thai].
- Chinnalai, A., Ketsira, M., & Saleepuang, N. (2021). Efficiency of grains hot pack for preparation and preservation temperature. *Thammasat University Hospital Journal*, 6(3), 1-11. [In Thai].
- Department of Thai traditional and alternative medicine. (2021). *National Thai Traditional Medicine Formulary* (1<sup>st</sup> Ed.). Bangkok: Samcharoenpanich. retrieved 20 January 2024 from <https://www-old.dtam.moph.go.th/index.php/th/download/7581-dl0121.html>.
- Dhippayom, T., Kongkaew, C., Chaiyakunapruk, N., Dilokthornsakul, P., Srumsiri, R., Saokaew, S., & Chuthaputti, A. (2015). Clinical effects of thai herbal compress: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2015, 942378. <https://doi.org/10.1155/2015/942378>.
- Jameson, R. (2023). *What is flannel fabric? History, how & where it is made*. retrieved 25 October 2024 from <https://www.fabricfits.com/flannel-fabric>.
- Le Doare, K., Holder, B., Bassett, A., & Pannaraj, P. S. (2018). Mother's milk: A purposeful contribution to the development of the infant microbiota and immunity. *Frontiers in Immunology*, 9,361. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00361>
- Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Perry, S. E., Alden, K. R., & Olshansky, E. (2016). *Maternity and women's health care* (11<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & Mcneil, E. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160-170.
- Niwattayakul, R. (2005). Breastfeeding optimization program. In *Breast feeding conference proceeding book* (pp. 210-214). Bangkok: Research Center for Family Support. [In Thai].
- Panggam, N., Teerathosaporn, P., & Ungpansatwong, S. (2016). The effect of warm moist polymer gel pack compression on the onset of milk production in primiparous mothers. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*, 27(1), 28-38. [In Thai].

- Pittutecha, S. (2021). *Infants should be exclusively breastfed for 6 months: Thailand aims to cover 50% of newborns by 2025*. retrieved 1 November 2023 from <https://www.thecoverage.info/news/content/2053>. [In Thai].
- Srithapthai, K., Hongsuwan, N., Phoomchaichot, A., & Phromdi, P. (2015). Herbal formulas developed to reduce maternal postpartum breast engorgement. *Journal of Science and Technology*, 7(2), 33-39. [In Thai].
- Tantinuntakorn, S., Chuenarom, K., Kaewsangwan, M., Srisiri, N., & Moliwan, W. (2021). Herbal compress for breast after giving birth. *Mahajula Academic Journal*, 8(12), 179-189. [In Thai].
- Techamuanwaiwit, S., Keeriwichien, P., & Suwittayasiri, K. (2021). Promotion of breastfeeding after cesarean section: Literature review. *Journal of Health and Nursing Research*. 37(3). 23-35. [In Thai].
- Trainapakul, C., Chaiyawattana, M., Kanavitoon, W., Tiumtaogerd, R., Naka, S., Mitrniodom, W., et. al. (2010). Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *Journal of Nursing and Education*, 3(3), 75-91. [In Thai].
- Woolrych, A., & Cockton, G. (2001). *Why and when five test users aren't enough*. Retrieved 20 January 2024 from <https://www.researchgate.net/publication/200553185>.
- World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. retrieved 1 November 2023 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK487819>.

## บทความวิจัย

### การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ตำบลไร่จึง อำเภอสамพราน จังหวัดนครปฐม

#### A Development of Community Participation Model in Road Traffic AccidePrevention Management at Raikhing Sub-district Sampran District Nakhon Pathom Province

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (Kannikar Chatdokmaiprai)\*

บุญเรือง ขาวนวล (Boonruang Khaonuan)\*\*

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (Phechnoy Singchungchai)\*\*\*

ศศิธร รุจนเวช (Sasitorn Roojanavech)\*

พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ (Pimnipa Srinopakhun)\*\*\*\*

อุษา ตันทพงษ์ (Usa Tantapong)\*\*\*\*

Received: October 3, 2024

Revised: November 4, 2024

Accepted: January 27, 2025

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในตำบลไร่จึง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 10 คน และ 2) กลุ่มนักเรียน 60 คน เครื่องมือวิจัย คือ เครื่องมือ 5 ชิ้น ที่จับเคลื่อนกลไกศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนนไปสู่ผลลัพธ์ และ แบบสอบถามความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจราจรวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ในแต่ละด้าน และพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจราจรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1) การเกิดอุบัติเหตุจราจรเกิดจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 65.7 พบในกลุ่มอายุ 36-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.5 และพบในเค้กวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 8.4 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ 18.00-21.59 น. ร้อยละ 32.3

2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนมี 3 ด้านคือ 2.1) พัฒนาศักยภาพของเยาวชนในด้านความรู้ การรับรู้ในแต่ละด้าน และการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร 2.2) ป้องกันอุบัติเหตุในจุดเสี่ยง และ 2.3) สร้างกลไกการป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยผู้นำชุมชนจัดทีมกู้ภัยที่เข้าถึงผู้ประสบภัยได้อย่างทันที่

3) ผลการพัฒนาแบบพบว่หลังการอบรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ในแต่ละด้าน และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นว่าชุมชนต้องมีการรณรงค์ในการป้องกันการอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่าผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้เกิดรูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรที่เป็นรูปธรรม และควรพัฒนารูปแบบนี้ในตำบลอื่น ๆ ต่อไป

**คำสำคัญ:** รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### Abstract

This action research aimed to analyze the situation of road traffic accidents, develop, trial use, and evaluate the road traffic accident management model in Rai Khing Subdistrict, Nakhon Pathom Province. The sample groups were 1) the community leader group and stakeholder consisting of 10 persons, and 2) the student group, consisting of 60 students. The research instrument used were five tools that drive the mechanism of the Road Safety Center to the outcomes, and a questionnaire of knowledge, perceived sensitivity, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and behavior in preventing road traffic accident. Qualitative data was analyzed by content analysis. The mean differences of the score of knowledge, perceptions in each area, and behavior in preventing road traffic accidents between the experimental group and the control group were compared using the independent t-test.

The research results found that:

1) The most common traffic accidents in Raikhing sub-district were caused by motorcycles, at 65.7%. Majority (35.5%), were aged 36-60 years and found in adolescents aged 15-18 years at 8.4%. Most of the accident (32.3%) occurred during, 6.00-9.59 pm.

2) The community participation model has 3 aspects: 2.1) Developing the potential of youth in terms of knowledge, perceived sensitivity, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and behavior in preventing road traffic accident. 2.2) Preventing accidents at risk points, and 2.3) Creating a traffic accident prevention mechanism by the community leader team organizing a rescue team that can reach victims in a timely manner.

3) In the evaluation of the model development phase, it was found that after the training, the experimental group of students had average scores in knowledge, perceived sensitivity, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers and behavior in preventing road traffic accident significantly higher than the ones of control group at the .05 level. This study suggests that this community participation model should be further developed in other sub-districts.

This study suggests that community leaders, and stakeholders should create a concrete working model, and this community participation model should be further developed in other sub-districts.

**Keywords:** Community participation model, Road traffic accident prevention management action research

---

\*\*Corresponding author: Boonruang Khaonuan; E-mail: bkhaonuan@gmail.com

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Assistant Professor, College of Nursing, Christian University)

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ (Assistant Professor, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University)

\*\*\*ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Professor, College of Nursing, Christian University)

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Lecturer, College of Nursing, Christian University)

## ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติเหตุบนท้องถนนนับเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าทุกๆปี ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเฉลี่ยประมาณ 1.19 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่มีช่วงอายุ 5-29 ปี ดังนั้น สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) จึงตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุดังกล่าวลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2030 (World Health Organization WHO, 2024a) ประเทศไทยเช่นเดียวกัน จากรายงานสถิติเกี่ยวกับอุบัติเหตุบนถนน ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นทั้งหมด 822,804 ครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำนวน 14,120 คน ประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 90.5 ซึ่งจากรายงานล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2023 โดยอ้างอิงข้อมูลปี 2021 พบว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงเป็นอันดับ 18 ของโลก (Thailand Road Accidents Data Centre for Road Safety Culture, 2024a)

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดที่มีถนนสายหลักลงสู่ภาคใต้และออกสู่ภาคตะวันตกในปี พ.ศ. 2566 จากสถิติจำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน มีผู้ประสบอุบัติเหตุรวม 1,535 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตรวม 198 คน หรือ 21.5 ราย ต่อแสนประชากร โดยประเภทของรถที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 97.3 อำเภอที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดคือ อำเภอสามพราน กลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี คือ ร้อยละ 51.4 นอกจากนี้พบว่า ช่วงอายุ 15-18 ปี หรือกลุ่มวัยรุ่นพบการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 5.5 และพบว่ามี การเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นนี้สูงถึงร้อยละ 46.7 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2565 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 4.17 โดยพบว่าเสียชีวิตร้อยละ 41.7 จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้น โดยพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับรถเร็ว และแข่งในระยาระชั้นชิด (Nakhon Pathom Provincial Road Safety Operation Center, 2024) ตำบลไร่จึงเป็นตำบลใหญ่ในอำเภอสามพราน มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุจราจรค่อนข้างสูงเนื่องจากมีรถยนต์

และรถโดยสารขับผ่านไปจังหวัดอื่น ๆ และเป็นตำบลของการท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงได้แก่วัดไร่จิง ในบริเวณละแวกดังกล่าว มีการสัญจรไปมาของรถจักรยานยนต์ และรถยนต์ อย่างหนาแน่น โดยเฉพาะนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่นักเรียนเดินทางโดยใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ไม่สวมหมวกนิรภัย นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนพบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนยังเป็นการดำเนินการในช่วงที่มีการรณรงค์เป็นส่วนใหญ่ มีการให้ความรู้กับประชาชน โดยเฉพาะในเด็กนักเรียนเป็นครั้งคราว โดยสำรวจจากสถานีตำรวจภูธร ไร่จิงแคว ซึ่งเน้นการบรรยายให้ความรู้ด้านการขับขี่ที่ปลอดภัย และกฎจราจร แต่ยังไม่พบว่ามีนักเรียนยังไม่สวมหมวกนิรภัยในขณะที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ ด้านการรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุ สถานีตำรวจภูธร ไร่จิงแควเป็นผู้ดำเนินการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ถ้าผู้บาดเจ็บไปโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนเทศบาลจะเป็นผู้ดำเนินการในด้านการกู้ภัย และส่งต่อผู้ป่วย และการเก็บสถิติการเกิดอุบัติเหตุยังไม่ชัดเจน โดยต่างฝ่ายต่างดำเนินการ

การบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในชุมชนที่เกี่ยวข้อง โคอเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977) ได้อธิบายรูปแบบการมีส่วนร่วม 4 รูปแบบคือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ดังเช่นการศึกษาของอาแว อากาจิ ซาและสือแม นาวา และอาแว (Awae, Akachi, Saleh, Suemae, Nawa, & Awae, 2022) ที่พบว่าการส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการของภาคีเครือข่ายในการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ทำให้อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุลดลง และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรับรู้และป้องกันอุบัติเหตุในชุมชนหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.001$  อย่างไรก็ตามเมื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา รูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน การบริหารจัดการในการ

ดำเนินงานต้องมีประสิทธิผลด้วย โดย กุลิก และเออร์วิก (Gulick & Urwick, 1937) กล่าวว่า การบริหารจัดการที่ดีประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การจัดการเกี่ยวกับบุคลากรในองค์กรหรือที่เกี่ยวข้อง (Staffing) 4) การอำนวยการ (Directing) 5) การประสานงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย (Co-ordinating) 6) การรายงานการปฏิบัติงาน (Reporting) และ 7) การบริหารงบประมาณ (Budgeting) ดังเช่นการศึกษาของ มิตร สารัตน์ (Sarat, 2022) ที่พบว่ารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยใช้ระบบและกลไกของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติความปลอดภัยทำให้จำนวนครั้งของอุบัติเหตุลดลง และจำนวนผู้บาดเจ็บลดลง และไม่มีผู้เสียชีวิตในเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ นอกจากนี้ เจนส์แคมเปียน และสเตรเชอร์ (Janz, Campion, & Strecher, 2002) ยังเชื่อว่า ชุมชนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้นั้น ถ้ามีความเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค ก็จะกระทำสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา ดังนั้นรูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนมีความรู้ มีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคจะทำให้ประชาชนในชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนได้

ผู้วิจัยจึงคาดว่า รูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนดังกล่าวจะสามารถทำให้ชุมชนใดจึงมีความตระหนักถึงความสำคัญ มีความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค ตลอดจนมีพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้อย่างถูกต้อง และยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในตำบลไร่จึงอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในชุมชนดังกล่าว ในเรื่องความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติของนักเรียนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนนี้แบ่งรูปแบบการศึกษาออกเป็นสามระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน อาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977) ที่ได้อธิบายรูปแบบการมีส่วนร่วมโดยสามารถเป็น 4 รูปแบบคือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ เริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบไปด้วยการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหารและการประสานขอความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่าง ๆ ประกอบไปด้วยผลประโยชน์ทางด้านวัสดุผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคลและ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

ระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนาหรือออกแบบ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนอาศัยแนวคิดแนวคิดการบริหารจัดการของกุลิก และเออร์วิก (Gulick & Urwick, 1937) ที่กล่าวว่า การบริหารจัดการที่ดีประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การจัดองค์กร (Organizing) 3) การจัดการเกี่ยวกับบุคลากรในองค์กรหรือที่เกี่ยวข้อง (Staffing) 4) การอำนวยการ (Directing) 5) การประสานงาน หรือกิจกรรมต่างๆ ให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย (Co-ordinating) 6) การรายงานการปฏิบัติงาน (Reporting) และ 7) การบริหารงบประมาณ (Budgeting)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนอาศัยแนวคิดแนวคิดการบริหารจัดการของกุลิกและเออร์วิค (Gulick & Urwick, 1937) ในการบริหารจัดการทั้ง 7 ขั้นตอน ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และรับรู้ต่ออุปสรรค ก็จะกระทำสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและหนีห่างจากสิ่งที่ตนเองไม่ปรารถนา (Janz et al., 2002)

### วิธีการดำเนินการวิจัย

#### 1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในชุมชนไร่จิง

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกชุมชนในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกชุมชนในตำบลไร่จิง หมู่ที่ 12 และ 9 อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เนื่องจากเป็นตำบลที่มีวิทยาลัยฯ เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการด้านสุขภาพมาหลายโครงการ และเป็นตำบลที่มีสถานที่ท่องเที่ยว และมีประชากรหนาแน่น และมีถนนสายสำคัญทอดผ่าน อีกทั้งเป็นตำบลที่มีโรงเรียนที่มีนักเรียนชั้นมัธยมต้นและมัธยมปลายซึ่งมีนักเรียนที่เดินทางมาด้วยรถจักรยานยนต์ และรถจักรยานค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ทีมผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายของชุมชนให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนเป็นอย่างมากโดยกลุ่มประชากรเป้าหมายคือประชาชนในชุมชนตำบลไร่จิง จังหวัดนครปฐม ได้แก่ 1) กลุ่มแกนนำ จำนวน 4 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกจากเกณฑ์ (Inclusion criteria) คือ

เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการ ได้แก่ รองปลัดเทศบาลตำบลไร่จิง ประธาน อสม. ตำบลไร่จิงเลขานุการนายกเทศมนตรีเมืองไร่จิง สมาชิกสภาเทศบาลเมืองไร่จิง และกฐีชีพเทศบาลเมืองไร่จิง 2) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไร่จิง 3) ผู้แทนโรงเรียนไร่จิงวิทยา ได้แก่ ครูผู้ดูแลรับผิดชอบในส่วนของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน 4) แกนนำนักเรียนโรงเรียนไร่จิงวิทยา

จำนวน 3 คน และ 5) ตำรวจจราจรจากสถานีตำรวจภูธรตำบลไร่จิง จังหวัดนครปฐม จำนวน 1 คน

##### เครื่องมือวิจัย ได้แก่

แนวการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยเน้นให้ผู้สนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ตลอดจนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดยในระยะที่ 1 จะใช้เครื่องมือชิ้นที่ 1 และ 2 ได้แก่ 1) สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อทบทวนสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนอย่างเป็นองค์รวม และ 2) แผนภูมิต้นไม้ปัญหา เป็นการช่วยให้ทีมมองปัญหาการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนแบบเชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผล และวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นเพื่อเข้าใจสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่ (Road Safety Thailand Road Safety Policy Foundation, 2022)

โดยเครื่องมือดังกล่าวเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นกระบวนการที่ใช้ในโครงการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับประเทศ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

#### 2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเดียวกับระยะที่ 1

##### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนนในชิ้นที่ 3 และ 4 ได้แก่ 3) บันไดผลลัพธ์ การวางผลลัพธ์จะเป็นตัวช่วยในการกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์แต่ละขั้น บันได 4) การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน ซึ่งการวิเคราะห์นี้จะทำให้ทราบถึงต้นทุนและข้อจำกัดในพื้นที่ รวมถึงชวนให้กำหนดกิจกรรม เพิ่มแรงเสริมและลดแรงต้าน เพื่อไปสู่เป้าหมายที่คาดหวังไว้ และ 5) การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ หลังจากทีมงานขับเคลื่อนตามแผนแล้วจะมีการติดตามประเมินผล (Road Safety Thailand Road Safety Policy Foundation, 2022)

#### 3. ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดไร่จิง จำนวน 200 คน

ตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดไร่จิง จำนวนขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมจี\*พาวเวอร์ (G\*Power) โดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของจุฑามณี นำนวล พินิตานพพันธ์ นฤมล กิ่งแก้ว และสาวิตรี สุมาโท (Namnaun, Noppa, Kingkaew, & Sumato, 2022) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนเทคนิค จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยมีค่าเฉลี่ย 65.70 (S.D. = 9.6) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 74.5 (S.D. = 6.5) ได้ค่าอิทธิพล 0.89 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าอิทธิพลเท่ากับ (Effect size) 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่  $\alpha = .05$  และเนื่องจากงานวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองและมีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อลดความคลาดเคลื่อน แบบที่ 2 จึงกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.9 (Srisatitmarakul, 2020) กำหนดขนาดตัวอย่างได้ 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย โดยคาดว่า จะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 10 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

## เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนที่ผู้วิจัยร่วมกันพัฒนากับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการประยุกต์กระบวนการบริการจัดการของ กุลิก และเออร์วิค (Gulick & Urwick, 1937) ที่ ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมหากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค ก็จะกระทำสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนเองไม่ปรารถนา (Janz et al., 2002)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

2.1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ประกอบด้วย เพศ อายุ ประเภทของรถที่ขับขี่ การมีใบขับขี่รถจักรยานยนต์ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถหรือไม่นั่งซ้อนท้ายรถ ประวัติการถูกจับกุมความผิดเกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัย ความผิดพลาดทางวินัยจราจร และประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร

2.2) ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนนจำนวน 15 ข้อเป็นแบบสอบถามแบบถูก ผิด โดยตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ปิยนุช ภิญโย กิตติภูมิ ภิญโย กล้วยไม้ ธิพรพรรณ และประภัสศรี ชาวงษ์ (Phinyo, Phinyo, Thipornphan, & Shawong, 2022)

2.3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จำนวน 12 ข้อ

2.4) ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จำนวน 12 ข้อ

2.5) ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จำนวน 12 ข้อ

2.6) ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จำนวน 12 ข้อ

2.7) ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จำนวน 20 ข้อ

โดยเครื่องมือส่วนที่ 3-7 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ปิยนุช ภิญโย และคณะ (Phinyo et al., 2022) เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับของไลเคิร์ต (Likert's five rating scale) ซึ่งมีความหมายของระดับความคิดเห็นคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับคะแนน 5) หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด เห็นด้วย (ระดับคะแนน 4) หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก ไม่แน่ใจ (ระดับคะแนน 3) หมายถึง ไม่แน่ใจหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นบางส่วน ไม่เห็นด้วย (ระดับคะแนน 2) หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับคะแนน 1) หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด พร้อมกำหนดเกณฑ์การพิจารณาความหมายระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ของ เบส และคาน (Best & Kahn, 2006)

แบ่ง 5 ระดับ ดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 3-6 ช่วงคะแนน 54.1-60 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นมากที่สุด ช่วงคะแนน 42.1-54.0 หมายถึง คะแนนระดับความคิดเห็นมาก ช่วงคะแนน 30.1-42.0 หมายถึง คะแนนระดับความคิดเห็นปานกลาง ช่วงคะแนน 18.1-30.0 หมายถึง คะแนนระดับความคิดเห็นน้อยและช่วงคะแนน 12-18.0 หมายถึง คะแนนระดับความคิดเห็นน้อยที่สุดแบบสอบถามส่วนที่ 7 ช่วงคะแนน 90.1-100 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ช่วงคะแนน 70.1-90 หมายถึง ระดับความคิดเห็นมาก ช่วงคะแนน 50.1-70 หมายถึง ระดับความคิดเห็นปานกลาง ช่วงคะแนน 30.1-50.0 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อย ช่วงคะแนน 20.0 -30.0 หมายถึง ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่รูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1) การตรวจสอบหาความตรง (Validity)

2.1.1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นกระบวนการที่ใช้ในโครงการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับประเทศ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กรอบ หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปใช้

2.1.2) แบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความสอดคล้องระหว่างสาระคำถาม หลังจากนั้นนำผลการพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.99

### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงเนื้อหาไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ห้องเรียนอื่น

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ด้วย Kuder-Richardson20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 และความเชื่อมั่นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.83, 0.87, 0.84, และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Polit, Beck, & Owen, 2007)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในชุมชนไร่จิง

ขึ้นเตรียมการคณะผู้วิจัยได้ประสานงานกับเทศบาลเมืองไร่จิง เพื่อขอทราบรายชื่อ และสถานที่ติดต่อของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ในตำบลไร่จิง จังหวัดนครปฐม ได้แก่เทศบาลเมืองไร่จิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครูประจำโรงเรียนในชุมชน แกนนำนักเรียน และตำรวจจราจรที่รับผิดชอบในเขตตำบลไร่จิง จังหวัดนครปฐม จากนั้นประสานงานเชิญประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนและสะท้อนปัญหาเรื่องอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในเขตตำบลไร่จิง โดยปฏิบัติการภาคสนามที่ชุมชนไร่จิงด้วยการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น เพื่อการจัดการความปลอดภัยทางถนน ในวันอังคารที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม ชั้น 2 สำนักงานเทศบาลเมืองไร่จิง ตำบลไร่จิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ในวันจัดประชุมมีตัวแทนชุมชนเข้าร่วมประชุม จำนวน 10 คนวิทยากรผู้ดำเนินการประชุม จำนวน 2 คน และทีมผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน จำนวน 2 คน รวม 15 คน เข้าร่วมแลกเปลี่ยนและสะท้อนปัญหาอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน เป็นระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2. ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ผู้วิจัยร่วมกับตัวแทนของชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเรื่องอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน จากนั้นร่วมกันวางแผนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน โดยตัวแทนของชุมชนวิเคราะห์ว่าอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้นมีจุดเสี่ยงที่เกิดบริเวณหน้าตลาดนัดและหน้าโรงเรียนวัดไร่จิง ที่แม้ว่าจะมี

ไฟจากรถจักรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัย และผู้ขับขี่ไม่สวมหมวกนิรภัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ขับเร็วและขับแข่งกัน เป็นปัญหาที่สำคัญ ตลอดจนผู้ขับขี่ขาดจิตสำนึกในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร รวมทั้งการขาดการเฝ้าระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น จึงเลือกปัญหานี้ขึ้นมาแก้ไขเป็นลำดับแรก โดยการแก้ปัญหาที่ประชุมพิจารณาแล้วมีความเห็นดังนี้

2.1 ควรสร้างจิตสำนึกที่เด็กนักเรียน โดยพิจารณา ร่วมกันเลือกโรงเรียนที่อยู่ในเขตตำบลไร่จิง ที่มีนักเรียน ขับจักรยานยนต์มาโรงเรียน ซึ่งพบว่า โรงเรียนวัดไร่จิงวิทยามีนักเรียนที่ขับจักรยานยนต์มาโรงเรียนมากที่สุด ที่ประชุมจึงร่วมกันพัฒนาโครงการ โรงเรียนไร่จิงวิทยาร่วมแรง ร่วมใจเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน โดยวางแผน จัดโครงการ ในวันพฤหัสบดีที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 12.30-15.30 น. ณ หอประชุมธรรมบูชา โรงเรียนไร่จิงวิทยา ตำบลไร่ อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม

2.2 ควรแก้ปัญหา ณ จุดเสี่ยง โดยเฉพาะจุดเสี่ยง หน้าโรงเรียนวัดไร่จิงก่อน ที่มีไฟข้ามถนนอัจฉริยะโดย ตำรวจจราจร ได้เสนอแนะที่จะจัดตำรวจจราจรประจำที่ จุดเสี่ยงหน้าโรงเรียน โดยเฉพาะในช่วงเช้า และช่วงเย็น เวลาเด็กนักเรียนเลิกเรียน และขอให้ทางโรงเรียนจัดอาจารย์ ประจำในช่วงเช้าและเย็นเพื่อช่วยควบคุมเด็กนักเรียนร่วมด้วย ซึ่งในขั้นตอนนี้คณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการในช่วงวันเดียวกับระยะที่ 1 และประสานความร่วมมือกันกับชุมชนและผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเป็นระยะเวลา 2 เดือน

3. ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน คณะผู้วิจัยร่วมกับผู้คณะครู โรงเรียนวัดไร่จิงวิทยา ตลอดจนแกนนำนักเรียน ได้ดำเนินโครงการเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในวันพฤหัสบดีที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้าร่วม โครงการ จำนวน 74 คน กิจกรรมในโครงการมีดังนี้

3.1 การให้นักเรียนผู้เข้าร่วม โครงการ ได้ตอบแบบ สอบถามความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน ก่อนการเข้าร่วมโครงการ

3.2 การให้ความรู้ ความเข้าใจกับนักเรียนเรื่อง ความปลอดภัยบนท้องถนน โดยทีมวิทยากรจาก สกอ. โพร้แคว อำเภอสสามพราน จังหวัดนครปฐม

3.3 การปลูกฝังจิตสำนึก ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน โดยให้นักเรียนร่วมกันวิเคราะห์ถึงปัญหา อุบัติเหตุจราจรที่พบในเขตตำบลไร่จิง หรือจากประสบการณ์ ของนักเรียน

3.4 การให้นักเรียนผู้เข้าร่วม โครงการ ได้ตอบแบบ สอบถามความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน หลังการเข้าร่วมโครงการ

นอกจากนี้ผู้วิจัยร่วมกับคณะครูผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการ ป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน มีความเห็นว่าควรมีการ ปลูกฝังจิตสำนึกให้กับนักเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งแกน นำนักเรียนในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ตลอด จนร่วมกับเทศบาลเมืองไร่จิง ในการรณรงค์การป้องกัน อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษา สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในชุมชนไร่จิงด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล ของนักเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรคและการปฏิบัติตน ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน ของนักเรียน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ด้วยสถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติ Dependent t-test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค และการปฏิบัติ ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนนระหว่างนักเรียน กลุ่มทดลองที่ เข้าร่วมโปรแกรมและนักเรียนกลุ่มควบคุม

ที่ได้รับการปฏิบัติแบบปกติ ด้วยสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติ Independent t-test

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ.10/2565 ลงวันที่ 19 เมษายน 2567 และผ่านการรับรองการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนจาก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยขอความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นชี้แจงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่แสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยรักษาความลับของการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างโดยแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนตำบลไร่จิง อำเภอสามปราชญ์ จังหวัดนครปฐม พบว่า

1.1 ตำบลไร่จิง มีอาณาเขตที่เป็นลักษณะกึ่งชนบทและกึ่งเมือง โดยแบ่งแยกกันด้วยแม่น้ำนครชัยศรี โดยอาณาเขตกึ่งชนบทไม่ค่อยมีอุบัติเหตุแต่กึ่งเมืองจะมีอุบัติเหตุทุกวัน วันละประมาณมากถึง 20-30 ครั้ง จากสถิติพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2565 มีอุบัติเหตุจราจร เกิดขึ้นในตำบลไร่จิงทั้งหมด 893 ครั้ง เป็นผู้ได้รับบาดเจ็บ 887 คน เสียชีวิต 6 คน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 62.5 และเพศหญิง ร้อยละ 37.5 รถที่เกิดอุบัติเหตุเป็นรถจักรยานยนต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.73 พบในกลุ่มอายุ 36-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคือ อายุ 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.4 และพบ ในเด็กวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 8.38 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ 18.00-21.59 น. ร้อยละ 32.3 รองลงมาคือเวลา 06.00-09.59 น. ร้อยละ 22.9 โดยเฉพาะเวลาเร่งด่วนคือ 08.00-09.00 น. ตอนเช้าที่ประชาชนจะเดินทางไปทำงานหรือไปโรงเรียน และตอนเย็นหลังเลิกเรียน และหลังเลิกงานเวลา 15.00-17.00 น.

1.2 บนถนนเส้นรองดอนหาว-ไร่จิงอุบัติเหตุเสียชีวิตไม่ค่อยมี มีแต่บาดเจ็บ เนื่องจากเป็นถนนที่รถขับเร็วไม่ค่อยได้ การเกิดอุบัติเหตุมักเกิดในช่วงวัน ศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ โดยเพิ่มระดับความรุนแรงตั้งแต่ระยะเวลาเย็นจนถึงกลางคืน และหวัค้ำ โดยการเกิดเหตุแยกตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ วัยรุ่น สาเหตุเกิดจากความประมาทและกึ่งคนอง และกลุ่มอายุวัยทำงาน สาเหตุที่เกิดคือจากการหลับใน และเมาสุรา

1.3 ตำบลไร่จิง มีการรณรงค์เรื่องการขับขี่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง อาทิในปี พ.ศ. 2565 มีการจัดกิจกรรมลดอุบัติเหตุทางถนน ลดความสูญเสีย (นครปฐมห่วงใย) ทางข้ามปลอดภัย วาระจังหวัดวาระหมวกนิรภัย ที่หน้าโรงเรียนวัดไร่จิงวิทยา โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ภาคีเครือข่ายนักเรียน และประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมและ ในกิจกรรมนี้กรมทางหลวง สำนักอำนวยความปลอดภัยและแขวงทางหลวงสมุทรสาคร ได้ร่วมกับหน่วยงานราชการในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ดำเนินการติดตั้งไฟสัญญาณจราจรอัจฉริยะ บริเวณทางม้าลายหน้าโรงเรียนวัดไร่จิงวิทยา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็น โครงการนำร่องติดตั้งระบบสัญญาณไฟจราจรอัจฉริยะบริเวณทางม้าลาย เพื่อยกระดับความปลอดภัยของคนเดินข้ามถนนในบริเวณทางม้าลายของกรมทางหลวง ระบบไฟสัญญาณจราจรอัจฉริยะบริเวณทางม้าลายดังกล่าว มีองค์ประกอบหลัก ๆ อยู่ 3 ส่วน ได้แก่ 1) กล้อง CCTV ตรวจจับปริมาณคนข้ามถนนและความเร็วของรถยนต์ 2) ระบบ AI ประมวลผลคนข้ามถนนกับการจราจรบนถนน และ 3) ระบบไฟสัญญาณจราจรควบคุมการจราจรและควบคุมการข้ามถนน

1.4 ระบบสัญญาณไฟจราจรอัจฉริยะหน้าโรงเรียนวัดไร่จิงวิทยาที่ติดตั้งดังกล่าว พบว่า นักเรียนยังใช้งานไม่ถูกต้อง และผู้ขับขี่ไปมายังไม่เข้าใจสัญญาณไฟจราจรอัจฉริยะ

1.5 การเกิดอุบัติเหตุรถชนคน มักเกิดกับการขาดการคาดเดาการเกิดอุบัติเหตุล่วงหน้า เช่น เมื่อมีรถคันหน้าหยุดทางม้าลายให้คนข้าม แต่คันตามหลังเลนส์ตัดไปไม่หยุดทำให้เกิดการชนคน หรือการเร่งการขับออกอย่างรวดเร็วเวลาเปลี่ยนจากไฟแดงเป็นไฟเขียว ทำให้เกิดการชน ในอีกฝ่ายที่รีบขับเพื่อไม่อยากจะติดไฟแดงซึ่งลักษณะอุบัติเหตุแบบนี้เกิดขึ้นมากในเขตตำบลไร่จิง

1.6 การให้ความรู้ด้านความปลอดภัยในท้องถิ่น แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนให้ตามสาระการเรียนรู้กลุ่ม สุขศึกษาและพลศึกษา เริ่มตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2, 3 เรื่อง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางบกชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เรื่องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เรื่อง ความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการเกิดอุบัติเหตุ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 เรื่อง การวางแผน กำหนดแนวทางลดอุบัติเหตุและสร้างเสริมความปลอดภัย ในชุมชน ด้านการอบรมความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน จะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาให้ความรู้ด้านการทำใบขับขี่ และกฎหมายจราจร ประมาณ 2 ปี ต่อครั้ง

1.7 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทุกคนมีความเห็นว่าการแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนที่ยั่งยืนควรเริ่มจากการปลูกฝังจิตสำนึกของประชาชนตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กนักเรียน และควรมีการปลูกฝังจิตสำนึกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเด็กมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีการขับขี่รถจักรยานยนต์

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในเขตตำบลไรรัง ดังนี้

2.1 การพัฒนาศักยภาพของเยาวชนในด้านความรู้ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติของนักเรียนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน โดยเลือกประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนวัดไรรังวิทยาเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม โดยใช้ชื่อโครงการว่า "ไรรังวิทยา ร่วมแรง ร่วมใจเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ อุบัติภัยจราจรบนท้องถนน" จัดขึ้นในวันอังคารที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เวลา 12.30-15.30 น. ณ หอประชุมธรรมบูชา โรงเรียนวัดไรรังวิทยาประกอบด้วยกิจกรรมคือ

1) การบรรยายเรื่อง "ความปลอดภัยบนท้องถนน" โดยสารวัตรสอบสวน หัวหน้างานจราจรสถานีตำรวจภูธรโพธิ์แก้วและ ผู้บังคับหมู่งานจราจร สถานีตำรวจภูธร โพธิ์แก้ว

2) การทำกลุ่ม Workshop การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการระบุปัญหา การวางแผนในการแก้ไขปัญหา อุบัติภัยจราจรบนท้องถนน โดยผู้วิจัยร่วมกับวิทยากรจากสมาคมเครือข่ายหมอนอนมัธยมศึกษา โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

2.2 การกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในจุดเสี่ยง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของตำรวจจราจร สถานีตำรวจภูธร โพธิ์แก้ว ในการส่งตำรวจจราจร จำนวน 1 คน มาควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุ ในจุดเสี่ยงได้แก่บริเวณหน้าโรงเรียนวัดไรรัง ในช่วงเช้าและเย็น

2.3 การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนได้แก่ผู้นำชุมชน รองนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองไรรัง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข เลขาญการนายกเทศมนตรีเมืองไรรัง สมาชิกสภาเทศบาลเมืองไรรัง กู้ชีพเทศบาลเมืองไรรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพุด ตัวแทนอาจารย์โรงเรียนวัดไรรัง แกนน่านักเรียน วัดไรรัง และตำรวจจราจร สถานีตำรวจภูธร โพธิ์แก้ว

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนตำบลไรรัง จังหวัดนครปฐม ผลการดำเนินงานพบว่าโครงการ "ไรรังวิทยา ร่วมแรง ร่วมใจเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยจราจรบนท้องถนน" มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 74 คน โดยเป็นนักเรียนกลุ่มทดลองที่ศึกษา จำนวน 30 คน และเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ในกลุ่มทดลองเป็นนักเรียนเพศชายจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 และนักเรียนหญิง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.0 นักเรียนส่วนใหญ่อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 กลุ่มทดลองร้อยละ 56.7 ปัจจุบันขับขี่รถจักรยานยนต์ และร้อยละ 56.7 สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นบางครั้ง และร้อยละ 40.0 ไม่สวมหมวกนิรภัยเลย และมีนักเรียนเพียงร้อยละ 16.7 ที่มีใบขับขี่รถจักรยานยนต์ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นนักเรียนชายจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และนักเรียนหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 นักเรียนส่วนใหญ่อายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.3 กลุ่มควบคุมร้อยละ 53.3 ปัจจุบันขับขี่รถจักรยานยนต์ และร้อยละ 66.7 สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์

เป็นบางครั้ง และร้อยละ 40.0 ไม่สวมหมวกนิรภัยเลย และมีนักเรียนเพียงร้อยละ 10.0 ที่มีใบขับขี่จักรยานยนต์ ด้านผลของรูปแบบการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในชุมชนตำบลไร่ขิง จังหวัดนครปฐม ในเรื่อง ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการปฏิบัติของนักเรียนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองนี้หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน สูงกว่ากลุ่มควบคุม (จำนวน 30 คน) ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน ของนักเรียนกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ อุบัติภัยจราจรบนท้องถนน (n = 30)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อน		หลัง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	10.6	2.5	12.5	1.7	-5.0	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	48.4	3.8	51.9	4.5	-3.4	.002
การรับรู้ความรุนแรง	50.2	5.2	56.0	4.1	-9.7	< .001
การรับรู้ประโยชน์	50.1	6.5	55.4	4.7	-3.9	< .001
การรับรู้อุปสรรค	33.4	4.7	42.0	10.5	-5.5	< .001
พฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร	77.7	11.1	87.2	7.5	-5.5	< .001

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโครงการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยจราจรบนท้องถนน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับปฏิบัติตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้	13.2	1.7	10.5	2.8	-1.8	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	51.9	4.5	46.2	5.7	-1.6	<.001
การรับรู้ความรุนแรง	56.0	4.1	50.5	6.3	-0.4	<.001
การรับรู้ประโยชน์	55.4	4.7	50.5	6.2	-1.3	.001
การรับรู้อุปสรรค	42.0	10.5	34.9	5.5	1.4	.002
พฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร	87.2	7.5	77.5	10.9	-0.7	<.001

หลังการดำเนิน โครงการที่ประชุม ได้สรุปผลการดำเนินงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นว่าการชุมชนต้องมีการรณรงค์ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงเรียน ควรมีการผลักดันให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของเด็กนักเรียน ในการสนับสนุนให้มีแกนนำนักเรียนด้านจราจร เพื่อเป็นต้นแบบในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ให้กับเพื่อนนักเรียน ชุมชน และสังคมต่อไป

## อภิปรายผล

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนในชุมชนตำบลไร่จิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยเฉพาะถนนเส้นรอง ดอนหาว-ไร่จิง จะเกิดในช่วงเวลา 08.00-09.00 น. ตอนเช้าที่ประชาชนจะเดินทางไปทำงาน หรือไปโรงเรียน และตอนเย็นหลังเลิกเรียนหรือหลังเลิกงานเวลา 15.00-17.00 น. การเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มอายุระหว่าง 36-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.51 ซึ่งเป็นอายุของวัยทำงาน และพบว่าเกิดในวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 8.38 โดยเกิดในรถจักรยานยนต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.73 ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต มักไม่สวมหมวกนิรภัยซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ องค์การอนามัยโลกที่รายงานว่าประเทศไทยเป็นประเทศอันดับที่ 9 จาก 175 ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกในด้าน การเสียชีวิต จากอุบัติเหตุบนท้องถนน และในปี ค.ศ. 2021 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุในช่วง 15-29 ปี และเป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 83.3 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนทั้งหมด (WHO, 2024b) และสอดคล้องกับข้อมูลอุบัติเหตุของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ที่พบว่า ในปีพ.ศ. 2564 มีผู้เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนนเป็นกลุ่มคนวัยทำงานอายุตั้งแต่ 25-60 ปี มากที่สุด ถึงร้อยละ 54 หรือประมาณกว่า 7,000 ราย ซึ่งเป็นรถจักรยานยนต์ถึง 5,800 ราย (Thailand Road Accidents Data Centre for Road Safety Culture, 2024b) การเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน ในวัยทำงานส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัย ด้านพฤติกรรมของคน อาทิ การไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ และสภาพรถส่วนการเกิดอุบัติเหตุจราจรในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่กึกคะนอง ขาดความระมัดระวัง

และขาดประสบการณ์ มีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (Sridet, Phimphanchaiyaboon, & Meesomsak, 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยของประพัทธ์ ธรรมวงศา (Thammawongsa, 2024) ที่พบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนของอำเภอ กุมภวาปี เกิดจากพฤติกรรม การขับเร็ว ขับตัดหน้า กระชั้นชิด และที่สำคัญคือไม่สวมหมวกนิรภัย นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชูเกียรติ พลาผล อินทรารณณ์ อินทรประจบ และสมศักดิ์ จันทอง (Palapon, Intaraprajob, & Chanphong, 2021) ที่พบว่า ช่วงเวลาเร่งด่วน ทั้งช่วงเวลา เช้าและช่วงเย็น หลังเลิกเรียนและช่วงเวลาทานอาหาร ค่า การจราจรจะมีความหนาแน่น ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสูง

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการบริหารจัดการการป้องกันอุบัติเหตุจราจรการลงมือปฏิบัติงาน (Action) และการประเมินผล (Evaluation) พบว่า จากการประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน เพื่อวิเคราะห์แนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียมีความเห็นว่าการแก้ปัญหาควรแก้ในจุดเสี่ยงที่สำคัญก่อนได้แก่ บริเวณหน้าโรงเรียนวัดไร่จิง วัดไร่จิง พระอารามหลวงและบริเวณเทศบาลเมืองไร่จิง โดยเริ่มจากการปลูกฝังความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน และพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยเน้นในกลุ่มเสี่ยงก่อนซึ่งควรเริ่มต้นตั้งแต่เด็กและเยาวชน อาทิ เด็กนักเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องพฤติกรรม การขับขี่ยานพาหนะที่ไม่ปลอดภัย เช่น การขับขี่รถจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย จะเป็นการแก้ไขปัญหาได้อย่าง ยั่งยืน จึงดำเนินการวางแผนเพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน ในเด็กนักเรียน โดยเริ่มต้น จากร่วมกันวิเคราะห์จุดเสี่ยง ซึ่งได้แก่บริเวณทางม้าลาย อัจฉริยะ หน้าโรงเรียนวัดไร่จิง และร่วมกันพิจารณา สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ในเรื่องของความสับสนในการ มองสัญญาณไฟ การมีตำรวจจราจรที่ประจำอย่างต่อเนื่อง นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอในเรื่องอุบัติเหตุ จราจรบนท้องถนน ยังพร่องในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกัน อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนน และมีพฤติกรรม การขับขี่รถ จักรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัย ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอ ความคิดเพื่อหาแนวทาง ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

บนท้องถนน และจัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน โดยจัดให้มีโครงการในการปลูกจิตสำนึกเรื่องความปลอดภัย ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนให้กับเด็กนักเรียน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร โรงเรียน อาจารย์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ ตำรวจจราจร ตลอดจนวิทยากรจากเครือข่าย หมออนามัยวิชาการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ปิยบุษ ภิญโญและคณะ (Phinyo et al., 2022) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ ชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการวิเคราะห์จุดเสี่ยง โดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของการ เกิดอุบัติเหตุ ทำให้ทราบกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงทั้งด้าน พฤติกรรมเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีส่วนร่วมในการอภิปรายเพื่อหาแนวทาง วิธีการ และกิจกรรม ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และจัดทำแผนปฏิบัติการ ในการดำเนินงาน เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ แก้ปัญหา ทำให้มีการแก้ปัญหาที่ตรงจุดเหมาะสมกับบริบท ของชุมชน และใช้ทรัพยากร ได้อย่างคุ้มค่าและสอดคล้อง กับการศึกษาของสมนึก จันทร์เหมือน (Chanmuen, 2020) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพรูปแบบการจัดการความปลอดภัย ในการจราจร โดยคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัย ทางถนน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ควรมีการจัดตั้ง คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และวิเคราะห์จุดเสี่ยงต่อ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน จัดทำแผนพัฒนาการการป้องกัน การเสียชีวิตและลดอุบัติเหตุทางถนน การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ด้านการบาดเจ็บและการจัดการ จุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ในด้านการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปพัฒนาศักยภาพ ของเด็กนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของฮอสเส็น แม็คกีเวสตุลลีและมาฮหมัด (Hossain, Maggi, Vezzulli, & Mahmud, 2021) ที่พบว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การอบรม การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน และมีความสามารถในการเข้าถึงสื่อ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับ ความตระหนักรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ดังนั้นการสร้างเสริมศักยภาพของเด็กนักเรียน หรือเยาวชน ให้มีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้

ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ของนักเรียนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าภายหลังนักเรียนได้เข้าร่วมโครงการ "โรงเรียนร่วมแรง ร่วมใจเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุ อุบัติภัย จราจรบนท้องถนน" มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรคและการปฏิบัติของนักเรียนในการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุจราจร บนท้องถนนสูงขึ้นกว่าหลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และมีค่า เฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความ รุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติ ของนักเรียนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจรบน ท้องถนน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมขับเคลื่อนความปลอดภัยในการ ป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคมาใช้ในการจัดทำโปรแกรมเพื่อ พัฒนาพฤติกรรมของนักศึกษาให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุ จราจรจากรถจักรยานยนต์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยสร้างแรงกระตุ้นให้นักศึกษารับรู้โอกาสเสี่ยง และ รับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย ผลการวิจัยพบว่านักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วม โปรแกรม อบรม มีความรู้และทักษะ ในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ทางรถจักรยานยนต์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ไม่รับการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Poopiwkaew, Thongkum, & Tippayanate, 2018) ตลอดจนสอดคล้องกับมุมมอง ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2024) ที่กล่าวว่าการศึกษาฝึกหัดนักขับขี่ให้มีคุณภาพ ไม่เพียงแต่เรียนรู้ การขับขี่ให้เป็นเท่านั้นควรมีการอบรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของเด็กและเยาวชนอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่เรียนรู้การขับขี่จากพ่อ แม่ และเพื่อน แล้วไป หัดขับเอง โดยไม่ผ่านการอบรมการขับขี่ที่ปลอดภัย ดังนั้น ควรมีหลักสูตรการเรียนรู้อบรมการขับขี่ที่มีประสิทธิภาพ วัตถุประสงค์ ควรเน้นให้เกิดการคิดวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ทักษะการประเมินการตระหนักรู้หรือความเสี่ยงจะเห็น ได้ว่า การจัดอบรมโดยการให้ความรู้ เรื่อง "ความปลอดภัย

บนท้องถนน" โดยตำรวจจราจรเข้ามาให้ความรู้ ในการจับจี ที่ปลอดภัย กฎหมายจราจรวินัยจราจร เครื่องหมายจราจร ที่ควรรู้ การจับที่ปลอดภัย ตลอดจนการทำกลุ่ม workshop เพื่อให้มีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การระบุปัญหา การวางแผนในการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ จราจรบนท้องถนนร่วมกันจะทำให้เด็กนักเรียน มีความ ตระหนักรู้ มีความเข้าใจ สามารถรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคได้มากขึ้น อันจะทำให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อกันป้องกันอุบัติเหตุ บนท้องถนนได้นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ วางแผนแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนน ในด้านการ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ อาทิ กล้องวงจรปิดที่ติดตั้งบริเวณ จุดเสี่ยง การติดตามการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ในด้านการสนับสนุนงบประมาณ การจัดเตรียมทีมกู้ภัยให้ มีความพร้อมในการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วม ของตำรวจจราจรในการส่งตำรวจจราจร มาประจำ จุดเสี่ยง หน้าโรงเรียน ในช่วงเวลาเร่งด่วนของวันและผู้บริหารโรงเรียน ในการสนับสนุนกระตุ้นเด็กนักเรียนอย่างต่อเนื่องในด้าน การจับจีที่ปลอดภัย ล้วนเป็นการปลูกฝัง และแก้ไขปัญหา ที่เป็นระบบต่อเนื่องต่อไป

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. ด้านการบริหาร เทศบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีระบบความร่วมมือ หรือศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัย ทางถนน ที่ขับเคลื่อน วางแผนดำเนินงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการป้องกันอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนที่เป็น รูปธรรม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติที่ชัดเจนและทันสมัย
2. ด้านการจัดการศึกษา โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพนักเรียนและเยาวชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเด็กนักเรียน ในการอบรมแกนนำ นักเรียนด้านความปลอดภัยจราจรบนท้องถนน และควรจัด ให้มีการอบรม ด้านความปลอดภัยบนท้องถนนอย่างต่อเนื่อง และในทุกช่วงวัยของนักเรียน นอกจากนี้อาจเพิ่ม เติมเนื้อหาด้านการปฐมพยาบาล หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้
3. ด้านปฏิบัติการบริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเตรียม ความพร้อมให้กับนักเรียน หรือเยาวชน โดยการมีส่วนร่วม กับทางโรงเรียนในการจัดอบรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน ตลอดจน การปฐมพยาบาล และการช่วย ฟื้นคืนชีพให้กับ โรงเรียนทุกโรงเรียนในความรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อปลูกจิตสำนึก ให้มีความตระหนักรู้ในการป้องกัน อุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ โดยนำรูปแบบการมี ส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการป้องกันอุบัติเหตุจราจร บนท้องถนน อาทิ กลุ่มวัยทำงานที่ทำงานในสถานประกอบการ ซึ่งมีการใช้ยานพาหนะที่เสี่ยง เช่น รถจักรยานยนต์

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมเครือข่าย หมออนามัยวิชาการ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### เอกสารอ้างอิง

- Awae, H., Akachi, N., Saleh, M., Suemae, H., & Awae, W. (2022). Development of Community-Based Traffic Accident Prevention Scheme an Integrated Area-Based Approach: The context of Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), 282-299. [In Thai].
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in Education* (10<sup>th</sup>ed.).Cape Town:Pearson Education.
- Chamuen, S. (2020). Development potential of traffic safety management model through operation center committee Road safety, Khuan Khanun District, Phatthalung Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 5(3), 105-116. [In Thai].
- Cohen, J. (1988). *Statistic Power Analysis for Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup>ed.). Hillsdell, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Cohen, J., & Uphoff, N. (1977). *Rural development participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation*. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Learning Manager Handbook*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1602020240829033009.pdf>[In Thai].
- Gulick, L., & Urwick, L. (1937). *Papers on the Science of Administration*. New York: Institute of Public Administration.
- Gupta, K. K., Attri, P. J., Singh, A, Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials!. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 328-331.
- Hossain, S., Maggi, E., Vezzulli, A., & Mahmud, T. K. (2021). Determinants of Awareness about Road Accidents and Knowledge of Traffic Rules: Empirical Evidence from Khulna City in Bangladesh. *Theoretical Economics Letters*, 11 (6), 1247-1272.
- Janz, K. N., Campion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In Glanz K. & Lewis F. M. & Rimerb K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education Theory, Research, and Practice* (pp. 45-53). San Francisco: Jossey-Bass.
- Nakhon Pathom Provincial Road Safety Operation Center. (2024). *Nakhon Pathom Road Safety Action Plan 2024*, Retrieved from [https://backoffice.minisite.disaster.go.th/apiv1/apps/minisite\\_DPMNPT/204/content/924/download?filename=3a098b02e2d67a733c661fa9bfbe89\\_ec.pdf](https://backoffice.minisite.disaster.go.th/apiv1/apps/minisite_DPMNPT/204/content/924/download?filename=3a098b02e2d67a733c661fa9bfbe89_ec.pdf). [In Thai].
- Namnaun, C., Noppan, P., Kingkaew, N., & Sumato, S. (2022). Effectiveness of Health Education Program for Motorcycle Accident Prevention among Technical Students in Ubon Ratchathani Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 15(3), 24-37. [In Thai].
- Palapon, C., Intaraprajob, I., & Chanphong, S. (2021). The Safety Road and Volunteer of Traffic Accident Prevention in Chaiyaphum Province. *Journal of Modern Learning Development*, 6(6), 11-29. [In Thai].
- Phinyo, P., Phinyo, K., Thipornphan, K., & Shawong, P. (2022). The Development of Community Strengthening Model to Prevent Road Traffic Accidents in Ban Ped Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province. *Nursing Journal CMU*, 49(1), 160-174. [In Thai].
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467.
- Poopiwkaew, W., Thongkum, W., & Tippayanate, N. (2018). Effects of driving safety program of motorcycle accident prevention among student in Rajabhat Mahasarakham University. *The Office of Disease Prevention and Control 9<sup>th</sup> Nakhon Ratchasima Journal*, 24(1), 76-85. [In Thai].
- Road Safety Thailand Road Safety Policy Foundation. (2022). *5 tools to drive the road safety operation center to the outcomes*. Retrieved from [https://www.roadsafetythai.org/download\\_bookdetail-edoc-645.html](https://www.roadsafetythai.org/download_bookdetail-edoc-645.html) [In Thai].

- Sarat, M. (2022). The Development of Road Safety Management Model by Systems and Mechanisms a Committee of the Road Safety Mueang Suang District, Roi-E. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 3(1), 161-173. [In Thai].
- Sridet, R., Phimpunchaiyaboon, L., & Meesomsak, N. (2021). Road Traffic Accident: Motivation for Motorcycle Accident Prevention in Adolescents and Youth. *Journal of Nursing Siam University*, 22(43), 127-136. [In Thai].
- Srisatitnarakul, B. (2020). *Effect Size, Power Analysis, Optimal Sample Size Calculations using G\*POWER Software*, Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai].
- Thailand Road Accidents Data Centre for Road Safety Culture. (2024a). *Cumulative Death Statistics of Thailand in 2024*. Retrieved from [https:// www. roadsafetythai.org/download\\_bookdetail-edoc-645.html](https://www.roadsafetythai.org/download_bookdetail-edoc-645.html) [In Thai].
- .(2024b). *Report on Statistics of Vehicle Accident Victims Nationwide in 2023*. Retrieved from [https:// app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWFKZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZWFKZWYzNjMtMzlmNy00ZGI1)[In Thai].
- Thammawongsa, P. (2024). The Development of Road Safety Management Model by Operation Center Committee Road safety Kumphawapi District, Udon Thani. *Journal of Health and Developmental Education*, 9(10), 51-62. [In Thai].
- World Health Organization (WHO). (2024a). *Road Traffic Injuries*. Retrieved from [https://www. who.int/health-topics/road-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/road-safety#tab=tab_1)
- World Health Organization (WHO). (2024b). *Road Safety*. Retrieved from [https://www. who.int/thailand/our-work/roadsafety#:~:text=Thailand%20ranks%20ninth%20out%20of,83.8%25%20of%20all%20traffic%20deaths](https://www.who.int/thailand/our-work/roadsafety#:~:text=Thailand%20ranks%20ninth%20out%20of,83.8%25%20of%20all%20traffic%20deaths)

## บทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ อัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

#### The Effect of a Self-Management Program on Dietary Behavior and Glomerular Filtration Rate in Patients with Chronic Kidney Disease at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province

สุวีวรรณ แสงหา (Sureewan Sawangha)\*

สุพรรณณี เปี้ยวนาลาว (Supannee Peawnalaw)\*\*

กัณธิมา ศรีหมากสูก (Kantima Srimaksook)\*\*\*

Received: October 1, 2024

Revised: October 31, 2024

Accepted: January 27, 2025

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ อัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แนวคิด การจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และแกลิค-บายส์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย หลังจากนั้นใช้วิธีการจับผลกลุ่มเลือกโดยเทียบ คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เหมือนกัน เก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยมราช ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านการตรวจคุณภาพ ของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.90 และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.87 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบภายในกลุ่มใช้ paired samples t-test และระหว่างกลุ่มใช้สถิติ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  และ 2) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และนำไปสู่การชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ก้าวสู่ระยะสุดท้ายได้

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อัตราการกรองของไต โรคไตเรื้อรัง

## Abstract

**Research Objective:** This study aimed to examine the effects of a self-management program on dietary behavior and kidney filtration rates in patients with chronic kidney disease (CKD) at Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi Province.

**Research Instruments:** The research instruments included 1) a self-management program which tailored based on concept by Kanfer and 2) data collection tools included a general information questionnaire, a health information questionnaire, and a dietary behavior questionnaire. The dietary behavior questionnaire's content validity was evaluated by three experts, yielding an Index of Item-Objective Congruence: IOC of 0.90 Its reliability was confirmed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87

**Data Collection and Analysis:** The sample consisted of 30 participants each in the experimental and control groups, selected purposively and randomized to ensure comparable baseline characteristics. Data were collected at the hospital's kidney clinic between March and June 2024, at weeks 1 and 12. Descriptive statistics were used for general data analysis. To test the equality of dietary behavior and kidney filtration rate, a paired samples t-test was used within groups, and an independent t-test was used between groups.

**Results:** 1) Dietary behavior and kidney filtration rates significantly improved in the experimental group after the intervention ( $p < .01$ ). 2) Post-intervention, the experimental group had significantly higher dietary behavior scores and kidney filtration rates compared to the control group ( $p < .01$ ).

**Conclusion:** Continuous promotion of self-management in CKD patients is recommended to support appropriate dietary behavior and delay kidney deterioration, preventing progression to end-stage renal disease.

**Keywords:** Self-management, Dietary behavior, Glomerular filtration rate: GFR, Chronic kidney disease

---

\*\*Corresponding author: Supanee Peawnalaw; Email: supanee@snc.ac.th

\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute)

\*\*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute)

\*\*\*อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health, Praboromarajchanok Institute)

## ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) คือ ภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ภาวะนี้อาจนำไปสู่การสูญเสียการทำงานของไตจนต้องเข้ารับการรักษาฟอกเลือด หรือเปลี่ยนไตในระยะท้าย โรคไตเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ ตามระดับการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ระยะที่ 1-2 เป็นระยะแรกมีอาการไม่ชัดเจน เนื่องจากไตยังสามารถชดเชยการทำงานที่ลดลงได้ การตรวจพบมักเป็นผลจากการตรวจสุขภาพทั่วไป และพบโปรตีนในปัสสาวะ ระยะที่ 3 อาจเริ่มมีอาการเล็กน้อย เช่น อ่อนเพลีย บวมตามข้อหรือใบหน้า รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของปัสสาวะ ระยะที่ 4 อาการเริ่มชัดเจนมากขึ้น เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ผิวแห้ง มีอาการคัน มีภาวะโลหิตจาง เป็นต้น เนื่องจากการทำงานของไตลดลงมาก และระยะที่ 5 ระยะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีอาการของไตวาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลียอย่างรุนแรง เป็นต้น โดยระยะที่ 1 ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตาม โรคร่วมที่เป็น ระยะที่ 2 จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ระยะที่ 3 เน้นการจำกัดโปรตีน ระยะที่ 4 เน้นการจำกัดผักผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง และเตรียมบำบัดทดแทนไต และระยะที่ 5 บำบัดทดแทนไต ซึ่งมี 3 วิธีคือ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด และการปลูกถ่ายไต (Nephrology Society of Thailand, 2022) ซึ่งโรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานสมาคมโรคไตนานาชาติปี พ.ศ. 2562 พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกกว่า 850 ล้านคนทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สำหรับประเทศไทย มีความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2565-2567 พบผู้ป่วย 507,039 ราย, 533,822 ราย และ 586,783 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.6, 55.2 และ 56.4 ตามลำดับสำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 เพิ่มขึ้นทุกปี (พ.ศ. 2565-2567) ร้อยละ 54.9, 56.5 และ 59.0 และจาก ระยะที่ 3-4 เป็นระยะที่ 5 ร้อยละ 12.4, 16.1 และ 17.3 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2024) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ที่มีภาวะไตเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไต พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง บริโภคอาหารรสเค็ม เค็ม ซื่ออาหารปรุงสำเร็จรับประทาน คีมเครื่องคีมที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ได้เลือกชนิด และจำกัดปริมาณเนื้อสัตว์ที่รับประทาน ซึ่งการรับประทานอาหารโปรตีนต่ำที่เน้นโปรตีนจากพืชช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังและชะลอการเสื่อมไตได้ (Australian Kidney Foundation, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่ขาดความรู้ และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายคือการไม่ตระหนักต่อภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและไม่สามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามที่แนะนำได้และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง (Kawisara & Lukawee, 2020) และจากการใช้รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดีและอัตราการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น (Dounpibool, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตัวด้านโภชนาการที่เหมาะสมและให้การดูแลเฉพาะบุคคลเพิ่มประโยชน์สูงสุดในการจัดการด้านโภชนาการ ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิด CKD และชะลอการเสื่อมของไตระยะสุดท้าย (Chaluesa, Chaiart, & Srirat, 2023) ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการชะลอการเสื่อมของไต (Saisuwan, Thongyoi, Tanasin, & Kaewsai, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ แสงเลิศ (Sanglerit, 2021) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมมีผลในเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองของไต หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงขึ้น และผลของโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าอัตราการกรองของไตสูงขึ้นควรนำโปรแกรมหาดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม (Bannakorn, Singweratham,

Nawsuwan, & Phoophaniat, 2023) ซึ่งการจัดการตนเอง (Self-management) ถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและปรับพฤติกรรมในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถชะลอการเสื่อมของไต ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจน (Toto, 2020)

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ของแคนเฟอร์ และ แกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick- Bays, 1991) เพื่อป้องกัน หรือชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ไม่ให้ดำเนินไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเริ่มจากการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการประเมินความพร้อมในการจัดการดูแลตนเอง ตรีชมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองที่เป็นระบบ กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองที่บ้านเพื่อมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี (Goal setting) และการประเมินปัญหาพร้อมกัน เพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และชะลอการเสื่อมของไตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม การจัดการตนเองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

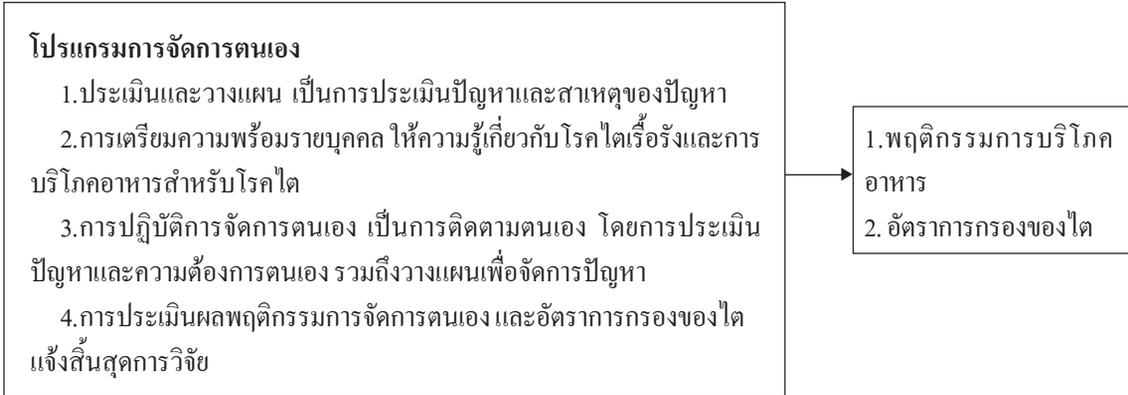
### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม การจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเจ้าพระยา อยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management concepts) ของแคนเฟอร์ และ แกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Bays, 1991) ประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองแต่ทั้งนี้ก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่คืนัน พยาบาลจำเป็นต้องค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อนำมาช่วยแก้ไขปัญหาลให้ตรงจุด และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

สามารถสรุปกรอบแนวคิดของโปรแกรม การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ดังภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะทางโรคไต โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 รับการรักษาในคลินิกเฉพาะทางโรคไต การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างคั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ มีอายุ 30-85 ปี มีผลอัตราการกรองของไต (eGFR) ไม่ต่ำกว่า 30-60/นที/1.73 ตารางเมตรไม่เกิน 1 เดือน และแพทย์นัดตรวจเลือด eGFR อีก 4 เดือน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบของ Cohen ด้วยโปรแกรม G\*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ใช้สถิติ t-test สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากผลการศึกษางานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ สุภวรรณวงศ์ธีรทรัพย์ เบนุจมาศตระกูลงามเด่น และเจริญศรี พุ่มพวง (Wongteerasup, Trakoolngamden, & Pumphuang, 2021) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .90 และกำหนดระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 รายต่อกลุ่มรวมจำนวน 58 ราย และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย

**การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง**

จากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ด้วยวิธีการจับฉลากสุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยทุกหน่วยของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน เริ่มจากการจับฉลากรายชื่อที่ละชื่อเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้ชื่อคนแรก ก็จับฉลากเลือกกลุ่มที่จะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง ต่อมาจับรายชื่อที่สองขึ้นมาแล้วดูว่าสามารถจับคู่กับรายชื่อแรก (Matched pair) โดยเทียบคุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้เหมือนกัน ด้วยการพิจารณาถึงองค์ประกอบ ดังนี้ (1) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (2) การศึกษา ระดับใกล้เคียงกัน (3) ค่าดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน และ (4) ระยะไตเสื่อมอยู่ในระยะเดียวกัน หากคุณสมบัติคล้ายคลึงกันรายชื่อที่สองที่จับขึ้นมาที่จะกลายเป็นกลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลองโดยอัตโนมัติแต่หากจับขึ้นมาแล้วคุณสมบัติไม่ใกล้เคียงกันก็จับใหม่จนกว่าจะได้ตามคุณสมบัติ คู่ต่อไปก็ปฏิบัติเหมือนกัน 1 คือจับฉลากเข้ากลุ่มก่อนแล้วค่อยจับรายชื่อต่อไปเพื่อทำการมาจับคู่ตามคุณสมบัติ จับฉลากไปจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย โดยผู้วิจัยจะมีข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจึงสามารถนำรายละเอียดมาใช้ในการจับฉลากได้ ทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด และมีอิสระจากกันและกัน ความคุ้มปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่ให้ความแตกต่างกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการตนเองเพื่อควบคุมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และ แกลิกซ์-บายส์ (Kanfer & Gaelick- Bays, 1991) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ระยะเวลา 12 สัปดาห์เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำกิจกรรมเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล สื่อการสอนที่ใช้คือ Power point คู่มือความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง อาหารและเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และค่าอัตราการกรองของไต โดยมีขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผน** สัปดาห์ที่ 1 เป็นการประเมินความรู้ภาวะไตเสื่อม ประเมินปัญหาและสาเหตุของภาวะไตเสื่อม ปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1 ใช้เวลา 20-30 นาที

**ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมรายบุคคล** สัปดาห์ที่ 2

2.1 ให้ความรู้เรื่องโรคไตและการบริโภคอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไต

2.2 ฝึกทักษะการคำนวณปริมาณแคลอรีที่ร่างกายต้องการ การอ่านฉลากอาหาร และการลงบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเองในสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมในการลงบันทึกด้วยตนเอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมแก่ครอบครัว โดยการชี้แนะแนวทางการช่วยเหลือ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติจัดการตนเอง** สัปดาห์ที่ 3 โดยการประเมินปัญหา และความต้องการของตนเอง

รวมถึงวางแผนเพื่อจัดการปัญหา โดยบันทึกเป้าหมายที่ต้องการในสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

3.1 การประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคของตนเองกับแผนที่วางไว้ในสมุดบันทึก

3.2 การเสริมแรงตนเอง โดยผู้วิจัยให้การเสริมแรงแก่ผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ผ่านมา และให้การเสริมแรงในพฤติกรรมที่ทำสำเร็จ โดยการชื่นชม และเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาในพฤติกรรมที่ยังทำไม่สำเร็จ

3.3 ติดตามทางกลุ่มไลน์ ทางโทรศัพท์ และติดตามทางสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองทุกสัปดาห์

**ขั้นตอนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง** สัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองตาม โปรแกรม ครอบครัวยหรือผู้ดูแลร่วมสะท้อนคิดผลการปฏิบัติ และสรุปการช่วยเหลือที่ให้แกผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5-11 ติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคลทุกสัปดาห์ และสามารถสอบถามปัญหาทางไลน์ได้ทุกวัน ถ้ากลุ่มทดลองพบข้อข้องใจ พร้อมให้คำแนะนำ และเสริมแรงแก่ผู้ป่วย เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิก ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2 สรุปผลโปรแกรมการจัดการตนเอง และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล โรคประจำตัว มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ (Checklist) ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และค่าอัตราการกรองของไตเป็นแบบกรอกข้อมูลตามความเป็นจริง

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 30 ข้อ มี 6 หมวด ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน จำนวน 5 ข้อ คาร์โบไฮเดรต จำนวน 5 ข้อ ไขมัน จำนวน 5 ข้อ เกลือแร่ จำนวน 9 ข้อ วิตามิน จำนวน 3 ข้อ และน้ำ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบเลือกตอบ มาตรการส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์เท่ากับ 3 คะแนน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้อยกว่า 1-3 ครั้ง/สัปดาห์เท่ากับ 2 คะแนนและไม่เคยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งข้อคำถามเชิงลบจะมีการปรับคะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งช่วงเป็น 3 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 การแปลผล คือ ระดับน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.67 ระดับกลางมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 และระดับมากมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90 และ .90 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี (เอกสารเลขที่ EC-021/2566 วันที่ 18 ธันวาคม 2566) และโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารเลขที่ YM005/2566 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567) ซึ่งก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอเป็นภาพรวม

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1
2. ดำเนินการให้โปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 11 สัปดาห์
3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2
4. ผู้วิจัยสรุปผลโปรแกรมการจัดการตนเอง และเน้นย้ำให้ปฏิบัติตามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง รวมถึงแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

#### กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 1
2. กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติรวม 11 สัปดาห์
3. สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต ในวันที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และบันทึกอัตราการกรองของไตครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเรื่องการบริหารโรคอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กำหนดรหัสแบบสอบถามการวิจัยเพื่อแทนตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS for window กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติวิเคราะห์ มีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษารายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลอาหาร ที่รับประทาน ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และค่า eGFR

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองใช้สถิติ paired t- test

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติใช้สถิติ independent t- test

**ผลการวิจัย**

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยเท่ากัน คือ 66.2 ปี (S.D. = 12.4, 14.7) มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.0) ในกลุ่มทดลองเป็นเพศ

ชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 50 ตามลำดับ) มีผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา/สามี (ร้อยละ 50.0 ร้อยละ 63.3 ตามลำดับ) ผู้ดูแลอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเป็นบุตร/หลาน/พี่น้องร้อยละ 50.0 ทั้ง 2 กลุ่ม มีการซื้ออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารตามสั่งมารับประทาน (ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 9.9 ตามลำดับ) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเฉลี่ย 1.9 ปี (S.D. = 2.0) ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 2.5 ปี (S.D. = 2.0) ดัชนีมวลกาย BMI  $\geq 24.9$  (โรคอ้วน) ร้อยละ 52.7 ในกลุ่มทดลองซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60) โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 73.3) ในกลุ่มทดลองซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 63.3) และค่า eGFR 30-59 มล./นาที/1.73 ตร.ม ระยะ 3 (ร้อยละ 23.3 ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ) ส่วนระยะที่ 4 ค่า eGFR 15-29 มล./นาที/1.73 ตร.ม (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 80.0 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและอัตราการกรองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ประเด็นการเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารชะลอการเสื่อมของไต	1.8	0.1	2.5	0.1	-31.1	< 0.01
อัตราการกรองของไต (eGFR)	25.8	4.6	32.0	4.6	-8.7	< 0.01

ตารางที่ 1 พบว่า หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ( $\bar{x}$  = 2.5, S.D. = 0.1) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{x}$  = 1.8, S.D. = 0.1)

และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ( $\bar{x}$  = 32.0, S.D. = 4.6) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{x}$  = 25.8, S.D. = 4.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต (eGFR) ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ประเด็นการเปรียบเทียบ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พฤติกรรมกรการบริโภคอาหารชะลอการเสื่อมของไต	1.8	0.1	2.5	0.1	-24.3	< 0.01
อัตราการกรองของไต (eGFR)	25.7	4.2	32.0	4.6	-5.4	< 0.01

ตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ( $\bar{x} = 2.5$ , S.D. = 0.1) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{x} = 1.8$ , S.D. = 0.1) และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ( $\bar{x} = 32.0$ , S.D. = 4.6) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 25.7$ , S.D. = 4.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$

**การอภิปรายผล**

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< .01$  ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นเป็นแนวทางในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดีและเป็นระบบ ผู้วิจัยได้เริ่มจากประเมินความรู้ ปัญหา และสาเหตุของภาวะไตเสื่อม รวมถึงปัญหาและสาเหตุของพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นการค้นหาและสะท้อนคิดถึงปัญหาสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปรับพฤติกรรมกรการบริโภคได้ และยังทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัญหาสาเหตุของตนเอง ทำให้สามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาที่พบ นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย หรือสิ่งที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง รวมถึงอุปสรรคในการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงสาเหตุของพฤติกรรมกรการบริโภคที่ไม่เหมาะสมกับโรคของตนเอง โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งที่ดีและไม่ดี ทำให้สามารถวางแผนแก้ไขปัญหา จัดการพฤติกรรมกรการบริโภคของ

ตนเองได้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นข้อมูลสำคัญในการดูแล เพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วย (Thanirat, Radabutra, Wicheanrat, & Sumawan, 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราภรณ์ เพ็ชรประสิทธิ์ พิกุล พรพิณ และประทุม ศรีอวยงค์ (Peanprasit, Phomphibul, & Soivong, 2022) พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการมีผลต่อพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการศึกษาของ สุนิรัตน์ สิงห์คำ (Singkham, 2023) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรการชะลอไตเสื่อมมากกว่าก่อนการทดลอง อัตราการกรองของไต (eGFR) มากกว่าก่อนการทดลอง ทำนองเดียวกันการศึกษาของจันทร์เพ็ญ หัตถพนิชพร (Hattapanitchporn, 2023) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง พฤติกรการชะลอไตเสื่อม และค่า eGFR สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 76.7 เป็นผู้ป่วยอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถจัดการตนเองได้ทุกเรื่องจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องอาหาร ต้องมีผู้ดูแลอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ซึ่งในประเด็นนี้ผู้วิจัยได้มีการเตรียมผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยได้ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรมการจัดการตนเอง (Udomsapp & Sripasert, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวทำนวยที่แข็งแกร่งสำหรับการจัดการตนเองที่เกี่ยวข้องกับโรค

เบาหวาน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับช่วยให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควบคุมโรคดีขึ้น (Sayed et al., 2020) อาจส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิรินันท์ กล้วยแสงจินดารัตน์ ชัยอาจ และชมพูนุท ศรีรัตน์ (Chaluesa et al., 2023) การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาของ ลี คิม และลี (Lee, Kim, & Lee, 2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากการได้รับความรู้และการศึกษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการอาหารเพื่อช่วยในการรักษาสุขภาพและชะลอการเสื่อมของไต การบริโภคอาหารที่ควบคุมปริมาณ โปรตีนและโซเดียมสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโภชนาการมีอัตราการเสื่อมของไตลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาของ วรณลักษ์ณ์ สุประดิษฐ์อรุณ (Suphpraditaporn, 2022) พบว่าการทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้การจัดการด้านอาหาร อาจส่งผลทำให้ไตทำงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยที่ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง เนื่องจากการพยาบาลตามปกติจะมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ทั่วไป ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำ หลังตรวจ แนะนำการปฏิบัติตนเมื่อพบความผิดปกติ และนัดตรวจครั้งต่อไป ซึ่งไม่มีกรจัดโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้หรือแรงจูงใจไม่เพียงพอที่จะปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ขาดการสนับสนุนในเชิงปฏิบัติ เช่น

การออกแบบแผนอาหารเฉพาะบุคคลหรือการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ จากประสบการณ์และปัจจัยด้านความคุ้นชินกับพฤติกรรมเดิม ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับความสำคัญของอาหารต่อโรคไต สอดคล้องกับงานวิจัยของ กาน คาซมีและซาคีด (Khan, Kazmi, & Saeed, 2019) พบว่า การให้การพยาบาลตามปกติโดยไม่มี การปรับโปรแกรมเฉพาะเจาะจงสำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้พฤติกรรมของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน เนื่องจากขาดการกระตุ้นและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง กลุ่มควบคุมมีค่า eGFR ก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการพยาบาลตามปกติอาจมุ่งเน้นไปที่การรักษาทางการแพทย์มากกว่าการป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตและการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ส่งผลถึงการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้ eGFR ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

## บทสรุป

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่จากการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์ และส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมชะลอการเสื่อมของไตได้ การประเมินการให้ความรู้ มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและฝึกทักษะการกำกับตนเอง รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญสามารถส่งผลดีต่อการชะลอการเสื่อมของไตได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายการศึกษาที่ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเหล่านี้ยั่งยืน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว ดังนั้นการพัฒนาและนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ใน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ควรเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและชะลอความเสี่ยงของไต

2. มีการปรับปรุงวิธีการพยาบาลตามปกติ โดยเพิ่มองค์ประกอบที่สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมหรือการจัดทำแผนการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทเชิงรุกในการติดตามผลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัญหาในระยะยาว

3. แนะนำให้พิจารณานำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมาใช้ในระบบการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในวงกว้าง

4. สร้างความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ เช่น นักโภชนาการและพยาบาล ในการออกแบบแผนดูแลที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรส่งเสริมการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของโปรแกรม เพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยในเขตชนบท

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่ปรึกษางานวิจัย ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคลินิกโรคไต กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ที่สนับสนุนทุนการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

Australian Kidney Foundation. (2022). The role of diet in managing chronic kidney disease. *Australian Journal of Renal Care*, 24(3), 123-130.

Bannakorn, P., Singweratham, N., Nawsuwan, K., & Phoophaniat, M. (2023). Effect of a self-management program on glomerular filtration rate in hypertensive patients with stage 3 of chronic kidney disease. *Journal of Nursing and Public Health Research*. 2023, 3(2), 52-62. [In Thai].

Chaluesa, S., Chairat, J., & Srirat, C. (2023). Effects of a self-management program for individuals and families on dietary behaviors and nutritional status among end-stage chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Journal of Public Health Nursing*, 33(2), 1-15. [In Thai].

Doungpibool, P. (2022). The development of self-management skills on eating behaviors for delayed chronic kidney disease in CKD clinic, Watphleng Hospital. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 2(3), 13-24. [In Thai].

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. retrieved 25 March 2024 from <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>.

Hattapanitchporn, C. (2023). The effect of a kidney deterioration delay program in stage 3 chronic kidney disease patients. *Journal of Hospital and Community Health Research*, 1(3), 220-226. [In Thai].

Kanfer, F. H., & Gaelick-Bays, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*, 4, 305-360. Pergamon Press.

- Kawisara, K., & Lukawee, L. (2020). Dietary behaviors and factors associated with nutritional status among chronic kidney disease patients treated at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province. *Journal of Health Systems Research, 14*(2), 254-273. [In Thai].
- Khan, S., Kazmi, K., & Saeed, S. (2019). Impact of routine nursing care on dietary behavior in chronic kidney disease patients. *Int J Nutr Metab, 11*(2), 45-52.
- Lee, J., Kim, J. H., & Lee, J. S. (2020). The effect of education on dietary management for patients with chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Renal Nutrition, 30*(4), 281-290.
- Ministry of Public Health. (2024). Report on health data services. Retrieved 25 March 2024 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?> [In Thai].
- Nephrology Society of Thailand. (2022). *Clinical practice guidelines for the management of chronic kidney disease (Revised edition)*. retrieved 25 March 2024 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>. [In Thai].
- Peaprasit, J., Phornphibul, P. & Soivong, P., (2022). The effect of a self-management nutrition promotion program on dietary behaviors and nutritional status in chronic kidney disease patients. *Journal of Health Systems Research and Development, 14*(2), 1-15. [In Thai].
- Saisuwan, N., Thongyoi, P., Tanasin, W., & Kaewsai, A. (2021). Factors related with glomerular filtration rate among diabetics and hypertension with reduced glomerular filtration rate in Nong Ma Saeo Health Promoting Hospital, Mueang District, Amnatcharoen Province. *Journal of Council of Community Public Health, 3*(2), 64-71. [In Thai].
- Sanglert, W. (2021). The effect of dietary behavior modification on slowing renal impairment in stage 3 chronic kidney disease patients, Sribunruang Hospital. *Journal of Health and Environmental Education, 6*(4), 28-35. [In Thai].
- Sayed, K. A., Qayyum, A., Jamshed, F., Gill, U., Usama, S. M., Asghar, K., & Tahir, A. (2020). Impact of Diabetes-related Self-management on Glycemic Control in Type II Diabetes Mellitus. *Cureus, 12*(4), e7845. retrieved 28 March 2024 from <https://doi.org/10.7759/cureus.7845>.
- Singkhom, S. (2023). The effect of a self-management program to slow the progression of stage 3-4 chronic kidney disease on dietary behavior and medication adherence. *Journal of Public Health Research, 1*(3), 224-235. [In Thai].
- Suphpraditaporn, W., (2022). Effects of a supportive and educational nursing program on dietary and nutritional behaviors Clinical outcomes of the elderly with chronic kidney disease stage 3-4 at the Kidney Disease Clinic, Tha Tako Hospital. *Science and Technology Northern Journal, 3*(4), 1-23. [In Thai].
- Thanirat, S., Radaburt, M., Wichainrat, S., & Sumawan, W. (2021). Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research, 15*(3), 83-94. [In Thai].
- Thiabrithi, S., Turnbull, N., Sriphuwong, C., Sriphuwong, W., & Sridakate, S. (2021). The effects of self-management support programs on chronic kidney disease prevention behaviors among risk groups in community. *Journal of Health and Nursing Research, 37*(3), 229-240. [In Thai].

Toto, R. D. (2020). Integrating self-management of CKD into clinical practice. *Kidney International Reports*, 5(5), 587-596. retrieved 28 March 2024 from <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2020.02.009>.

Udomsapp, P., & Sriprasert, K. (2022). Self-management and family involvement in diabetic patients. *Journal of Community and Health Development*, 10(3), 56-67. [In Thai].

Wongteerasup, S., Trakoolngamden, B., & Pumphuang, C. (2021). Effectiveness of the support program for healthy lifestyle and behavior modification to prevent diabetic kidney disease in high risk patient Type 2 diabetes. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 48(3), 631-649. [In Thai].