



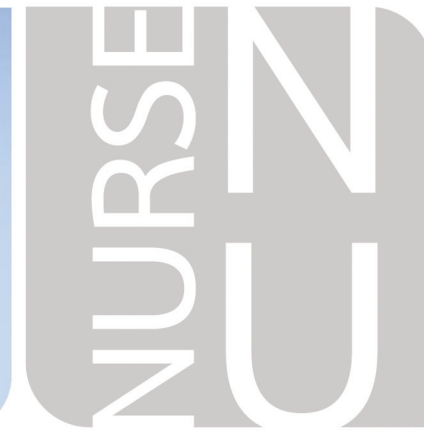
NU Journal of Nursing and Health Sciences

ISSN 3057-0840 (Online)

NU Journal of Nursing and Health Sciences

Vol.19 No.2

May–August 2025



Vol.19 No.2 May–August 2025

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

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

โทรศัพท์ 0 5596 6710 โทรสาร 0 5596 6709

www.nurse.nu.ac.th

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความวิชาการ

- นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์
กมลรัตน์ วงษ์จันทร์หาญ จิรรัตน์ หรือตระกูล
- บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาฆ่าเชื้อต้านมะเร็ง
อัครเดช บำรุงนาม

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
ขวัญเนตร โพธิ์ดี นงนุช โอปะะ วรธรรม ทิพย์วาริรมย์ นนท์ ไสวณะ
- การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
อภิัญญา เกตุนิล วรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน สภาพแวดล้อม การทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3
พิศสมัย สมบัวดู ภัทธมนัส พงศ์รังสรรค์
- ผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ต่อระดับความดันโลหิต ไชมันในเลือด และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ
ภานุเดช แก้วดี สุภาพร แนวบุตร ชุติกร ด่านยุทธศิลป์
- บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง
พรรณนิภา จำรูญ ภัทธมนัส พงศ์รังสรรค์ จรรยา สันตยากร
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลือกบุคลากรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
วิมลศิริ อินทร์จันทร์ ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี พรรณพิไล ศรีอารักษ์
- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง
ในชุมชน
วนิดา ศรีพรหมยา อิศริย์ ปัดภัย รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ ธิดารัตน์ ห้วยทราย
- การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์
สุพัฒน์ นันตะ ภูเกียรติ์ ก้อนแก้ว ปริมประภา ก้อนแก้ว
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
วรรณนิสา ศรีทอง จิราวรรณ ดีเหลือ นันทพร แสนศิริพันธ์
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกข้อมือส่วนล่างหัก
ศิวพร เขียวเงิน สุภารัตน์ วงศ์วิบูล จันทร์ฉาย โยธาทัญญ์
- ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของ
นักเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี
อรุณรัตน์ รอดเชื้อ น้ำฝน ปฏิการมณฑล ปุณยบุษ พิมใจใส มาติกา ถินกระโทก
- การพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน
พัชรพร ตาใจ เนตรชนก ศรีทุมมา สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
- การคัดกรองการมองเห็นในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก
จุลจิตร ตั้งตระกูลพงษ์ สุทธิศรีบุญพงษ์ จันโย ศตพร แว่นเสียงสังข์ ดวงพร พิภูทอง ชนกนันท์ ผาภูมิตร นัฐการณ์ สีจี้อ อัครวัฒน์ ช้างทอง
เจษฎากร ศิริวัฒน์ พงศ์นุกูล ลงใจดี กิตติกร สุพงศ์บุญ โอลิเทพ คารดา
- การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2
ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ วันชนา จินด้าง นิศรา พงษ์พานิช เมทิกา ไหมหลวงกาศ ชินราพร รัชตะวรรณ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจบทความ

รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา	สันตยากร
รองศาสตราจารย์ ดร.ชุติมา	ชลายนเดชะ
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา	ทำดี
รองศาสตราจารย์ ดร. ตติรัตน์	เดชะศักดิ์ศรี
รองศาสตราจารย์ ดร.โสภภาพรรณ	อินตะเพือก
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา	สนั่นเรื่องศักดิ์
รองศาสตราจารย์สมพร	ชินโนรส
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ	สาธกธณัชนัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน	ศิริลักษณ์นันท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัทธิยา	รัตนวิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิรรัตน์	หรือตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุไรพร	โสภารีย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์	คำบุญ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตติอาภา	ตั้งคำวานิช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิศากร	โพธิมาศ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทุมมา	ฤทธิ์โพธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญารักษ์	ธนะบุญปวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร	รจนเวช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพิศ	ศิริอรุณรัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก	กลิ่นขจร
ดร.ปวงกมล	กฤษณบุตร
ดร.สุริภรณ์	สุวรรณไธสง



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.สุกสิทธิ พรหมนารุโนทัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข หิงคานนท์

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์

พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณี ปานเทวัญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทรา ปากันทะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กัญญาณัฐ สารภรณ์ธัญย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริกนก กลิ่นขจร

ดร.ศุภิรินทร์ สุวรรณโอสถ

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ผู้จัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค

นายทะเบียนสมาชิก

นางนฤมล แสงจักร์

ธุรการ

นางสาวสุพรรณิ เกิดกล้า

ฝ่ายประชาสัมพันธ์ทางเว็บไซต์

นายพัลลภ พานกุลหลาบ

ฝ่ายการเงินและประสานงาน

นางสาวจิรนนท์ เพชรรักย์

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.

Ghunyanutt 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

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

ศ. นายแพทย์ ดร.สุกสิทธิ์ พรรณนารุโนทัย

ศ. ดร.รัตนศิริ พาโต

รศ. ดร.พูลสุข หิงคานนท์

รศ. ดร. เฉชา ทำดี

รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

รศ. ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิคย์

พันเอกหญิง ผศ. ดร.พรณี ปานเทวัญ

ผศ. ดร.อินทิรา ปากันทะ

ผศ. ดร.กัญญาณัฐ สาขกษรณัณชัย

ดร.สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ

ผศ.ดร.ศิริกนก กลั่นขจร

ดร.อลงกรณ์ อักษรศรี

ที่อยู่

Faculty of Nursing, Kent State University, United States

University of Kansas, Lawrence, KS, United States

School of Health Sciences, University of East Anglia,

United Kingdom

Kansas State University, United Kingdom

School of Nursing of University of Massachusetts Lowell, MA ,

United States

University of Alabama at Birmingham, United Kingdom

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



บรรณาธิการแถลง

ถึงแม้วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences จะอยู่ในระบบฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 กองบรรณาธิการและคณะทำงานยังคงทำงานอย่างละเอียดรอบคอบขึ้นกว่าเดิม แก้ไขความผิดพลาดที่ผ่านมา เพื่อนำไปสู่การประเมินเพื่อปรับกลุ่มวารสารอีกครั้งในปี พ.ศ. 2570 ทั้งนี้วารสารได้ยกเลิกระบบสมาชิก เปลี่ยนเป็นวารสารแบบออนไลน์เพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึงของผู้อ่าน วารสารฉบับนี้ มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง และบทความวิจัย 14 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในหลากหลาย สาขาทั้งการพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบริหารการพยาบาล

สำหรับกระบวนการส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์นั้น ให้ท่านส่งบทความที่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร การพยาบาลและสุขภาพ โดยทำตามขั้นตอนที่ Author guideline และสมัคร User ในระบบ ThaiJo พร้อมแนบ file หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อส่งบทความแล้วกองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความ เพื่อดูความเรียบร้อยของรูปแบบการเขียนและการเขียนเอกสารอ้างอิงก่อน แล้วจึงให้ชำระค่าตีพิมพ์เพียง ครั้งเดียว 3,500 บาท ก่อนส่งเข้าสู่กระบวนการ Peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่อง นั้น ๆ พิจารณา ในลักษณะผู้ทรงคุณวุฒิไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Double-Blind Peer Review) กระบวนการตีพิมพ์บทความแต่ละเรื่องจะใช้เวลาไม่เกิน 12 สัปดาห์ในกรณีที่มีการแก้ไขเพียง เล็กน้อย หรือไม่เกิน 16 สัปดาห์ ในกรณีที่มีการแก้ไขมาก ทั้งนี้ วารสารได้ยกเลิกระบบการรับบทความ แบบเร่งด่วน (Fast tract) ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566

ความสำเร็จของวารสารฯ เกิดขึ้นจากความไว้วางใจของทุกท่านที่ส่งบทความเข้ามาเผยแพร่และ การสนับสนุนจากทุกฝ่าย ที่ช่วยทำให้วารสาร NU Journal of Nursing and Health Sciences มีคุณภาพ น่าเชื่อถือและได้รับการยอมรับเพื่อให้เป็นวารสารที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดในกลุ่มวิชาการในระดับประเทศ และเตรียมเข้าสู่ความเป็นระดับนานาชาติในโอกาสต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ ทัพย์อารีมย์

บรรณาธิการ



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ งานสร้างสรรค์ ผลงานวิจัยทางการแพทย์ 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

บทความวิชาการ

- นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการ
พยาบาล
Innovation and Development of Nursing
Innovation
กมลรจน์ วงษ์จันทร์หาญ Kamonroj Wongchanhan 1
จิรรัตน์ หรือตระกูล Jirarat Ruetrakul
- บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ
ยามุ่งเป้าชนิดรับประทานกลุ่ม
EGFR TKIs The Role of Nurses in Caring
for Patients Receiving Oral Targeted Therapy
in the EGFR TKIs
อักรเดช บำรุงนาม Akradach Bamrungnam 10

บทความวิชาการ

- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม
การจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสม
ในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวาน
ขึ้นจอประสาทตา
Effects of Self-management Program on
Self-management Behaviors and A1C level
Among Type 2 Diabetes with Diabetic
Retinopathy
ขวัญเนตร โพธิ์ลี Khwannet Pholee 24
นงนุช โอปะ Nongnut Oba
วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์ Worawan Tipwareerom
นนท์ โสวัณณะ Non Sowanna
- การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วย
ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน
และใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง
Unit Cost Analysis of Management for
Patients Undergoing Percutaneous Transluminal
Coronary Angioplasty in a Private Hospital
Women with Preterm Labor
อภิญา เกตุนิล Apinya Ketunil 39
กรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร Kannikar Chadokmaiprai
เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย Phechnoy Singchangchai



สารบัญ

บทความวิจัย		หน้า
● ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3	พิศสมัย สมบัวดู ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	Phidsamai Sombuakhoo Phattharamanat Pongrangsarn 53
The Relationship Between Workload, Work Environment and Quality of Work Life of Professional Nurses in a General Hospital, Health Area 3		
● ผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ต่อระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	ภานุเดช แก้วดี สุภาพร แนวนุตร ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์	Phanudech Gaewdee Supaporn Naewbood Chuleekorn Danyuthasilpe 68
Effectiveness of Meditation SKT 3 on Blood Pressure, Lipid Profile and Cardiovascular Risk among Hypertensive Patients with Dyslipidemia		
● บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง	พรณิภา จำรูญ ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ จรรยา สันตยากร	Punnipa Jumroon Phattaramanas Pongrungsarn Chanjar Suntayakorn 81
Organizational Climate according to Expectation of Professional Nurses within Different Generation in Tertiary Hospital, A Health Area		



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มี ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Factors Related to Health Promoting Behaviors for Breastfeeding Among Mothers with Gestational Diabetes Mellitus	วิมลสิริ อินทร์จันทร์ ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนาเสรี พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Wimolsiri Injan Piyaporn Prasitwattanaseree Punpilai Sriarporn 95
● ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะ ต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะ การดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมองในชุมชน Effectiveness of an Educational and Skill Training Program on Knowledge, Skills of the Community Health Volunteers for Caring the Elderly with Stroke in the Community	วนิดา ศรีพรหมษา อิสริย์ ปัดภัย รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ ธิดารัตน์ ห้วยทราย Wanida Sripromsa Isaree Padphai Runghapa Prayoonsirisak Thidarat Huaisai 110
● การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว กลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ The Development of Comprehensive Care Model for One Day Surgery of Thai-Myanmar Border Hospital	สุพัฒน์ นันตะ ผู้เกียรติ ก้อนแก้ว ปริมประภา ก้อนแก้ว Supat Nanta Kukiet Konkaew Primprapha Konkaew 125
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Factors Associated with Sleep Quality Among Women with Gestational Diabetes Mellitus	วรรณนิสา ศรีทอง จิราวรรณ ดีเหลือ นันทพร แสนศิริพันธ์ Wannisa Srithong Jirawan Deeluea Nantaporn Sansiriphun 139



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกข้อมือหัก ส่วนล่างหัก Factors related to Readiness for Hospital Discharge among Patients with Lower Limb Fracture	สิวพร เขียวเงิน สุภารัตน์ วังศรีคุณ จันทร์ฉาย โยชาใหญ่ Siwaporn Khiaokhoen Suparat Wangsrikhun Chanchai Yothayai 155
● ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแล ตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกัน โรคโควิด-19 ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและ การปฏิบัติตัวของนักเรียนมัธยมแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี The Effects of a Program to Provide Self-care Knowledge of the New Normal for COVID- 19 Prevention on Self-care Knowledge and Practice among High School Students in Ratchaburi Province	อรุณรัตน์ รอดเชื้อ น้ำฝน ปฏิกรมณฑล บุญนุช พิมใจใส มาติกา ถินกระโทก Aroonrat Rodchua Namfon Patiganmonthon Punyanut Pimchaisai Matika Thinkrathok 167
● การพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน The Development of an Empowering Leader- ship Measurement Tools for Head Nurses in Private Hospitals	พัชรพร ตาใจ เนตรชนก ศรีทุมมา สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย Patcharaporn Tajai Netchanok Sritoomma Suchitra Luangamornlert Phechnoy Singchungchai 181



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
● การคัดกรองการมองเห็นในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก Vision Screening of Primary School Children Grades 1 to 6 in Phitsanulok Province	จุลจิตร ตั้งตระการพงษ์ สุทธิศรีบุญพงษ์ จันโย ศตพร แว่วเสียงสังข์ ดวงพร พิกุลทอง ชนกนันท์ ฝากมิตร นัฐการณ์ สีจ๊ะ อัครวันท์ ช้างทอง เจษฎากร ศิริวัฒน์ พงษ์นุกูล คงใจดี กิตติกร สุพงศ์ภิญโญ อดิเทพ ดารดา Jullajit Tungtrakanpoung Sutthisaranyupong Chanyo Sattaporn Weawsiangsang Tuangphorn Phikulthong Chanoknun Fakmit Nuttakan Seeja Akawan Changtong Jesadagorn Siriwath Pongnugoon Kongjaidee Kittikorn Supongpinyo Adithep Daradas 195
● การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 Development of a Value-Based Maternal and Child Health Care System in Health Region 2	ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ วันชนา จินด้าง นิตรา พงษ์พานิช เมทิกา ไหมหลวงกาศ ชินราพร รัชตะวรรณ Piyaphan Trakultip Wanshana Cheenduang Nitsara Pongpanit Maythika Mailoungkard Chinnaraporn Ratchatawan 207

บทความวิชาการ

นวัตกรรมและการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล Innovation and Development of Nursing Innovation

กมลกรจน์ วงษ์จันทร์หาญ (Kamonroj Wongchanhan)*
จิรรัตน์ หรือตระกูล (Jirarat Ruetrakul)**

Received: February 14, 2025

Revised: March 3, 2025

Accepted: May 8, 2025

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น กระบวนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วยหลายขั้นตอน ตั้งแต่การระบุปัญหาหรือความต้องการในการดูแลสุขภาพ การสร้างแนวคิด หรือ โมเดลนวัตกรรม การทดลองและปรับปรุง ไปจนถึงการนำไปใช้ในทางปฏิบัติและประเมินผลความสำเร็จของนวัตกรรมขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคลากรทางการพยาบาล การสนับสนุนจากองค์กร และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

ในยุคปัจจุบัน นวัตกรรมทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาลยุคใหม่ไม่ว่าจะเป็น การปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของพยาบาล ตัวอย่างของนวัตกรรมทางการพยาบาล เช่น ระบบปัญญาประดิษฐ์ในการช่วยวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ เทคโนโลยีหุ่นยนต์ช่วยดูแลผู้ป่วย และแนวทางพยาบาลที่ใช้ข้อมูลเป็นฐาน (Evidence-based nursing) การส่งเสริมและพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงสุดและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนานวัตกรรม, นวัตกรรมทางการพยาบาล

*Corresponding author: Kamonroj Wongchanhan; e-mail: kamonrojw@nu.ac.th

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

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

Abstract

This article presents the development of innovation and the innovation development process in nursing. Nursing innovation is a crucial factor in developing the healthcare system and improving the quality of patient care to be more effective. The process of developing nursing innovation consists of several steps, starting from identifying healthcare problems or needs, creating innovative ideas or models, experimenting and refining, to implementing and evaluating the innovation in practice. The success of the innovation depends on the involvement of nursing personnel, organizational support, and the appropriate use of technology.

In the modern era, nursing innovation plays a significant role in contemporary nursing, whether by improving patient outcomes or enhancing the efficiency of nursing practice. Nursing innovations include artificial intelligence systems for patient data analysis, health-tracking applications, robotic technology for patient care, and evidence-based nursing approaches. Promoting and developing nursing innovations is essential to ensuring optimal healthcare efficiency and adapting to the evolving healthcare system in the future.

Keywords: Innovation development, Nursing innovation

บทนำ

ในโลกที่การดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การพยาบาลซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการปรับตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายและซับซ้อนของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการยกระดับคุณภาพของการรักษาพยาบาลและส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย นวัตกรรมทางการแพทย์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การคิดค้นเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ใหม่ๆ เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการปรับปรุงกระบวนการทำงาน วิธีการดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่รูปแบบการสื่อสาร ที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์อาจเริ่มต้นจากการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานประจำวัน การสังเกตข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วย หรือแม้แต่การได้รับแรงบันดาลใจจากศาสตร์อื่นๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการพัฒนานวัตกรรมและกระบวนการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ความคิดสร้างสรรค์และความมุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้รับบริการให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น เพื่อนร่วมวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการนำนวัตกรรมไปใช้ในวงกว้างและอย่างยั่งยืน การพัฒนานวัตกรรมจึงเป็นกระบวนการที่จำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการทดลองและประเมินผลอย่างรอบคอบ เพื่อรับประกันว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้จริงและสร้างประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ

ความหมายของนวัตกรรมทางการแพทย์

“นวัตกรรม” หรือ Innovation มาจากรากศัพท์ในภาษาละติน “Innovare” ซึ่งมีความหมายว่า ทำสิ่งใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น (Tripopsakul & Pichyangkul, 2021) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาคำว่า “นวัตกรรม” มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและมีความหมายที่กว้างขึ้น ดังนี้

นวัตกรรม เป็นเครื่องมือพิเศษสำหรับผู้ประกอบการที่ต้องใช้ความแตกต่างเพื่อสร้างโอกาสให้กับธุรกิจหรือบริการใหม่ๆ ของตนเอง (Alum, 1986)

นวัตกรรม คือ การเปลี่ยนแปลงในผลิตภัณฑ์ กระบวนการหรือบริการที่สร้างมูลค่าใหม่ให้กับลูกค้า (Christensen, 1997)

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (National Innovation Agency Thailand, 2019) ให้ความหมายไว้ว่า นวัตกรรม คือการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อก่อให้เกิดคุณค่า รายละเอียด ดังนี้

ความรู้ (Knowledge) คือ ศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสร้างสรรค์นวัตกรรม ทำให้ความคิดกลายเป็นสินค้าบริการ โครงการ หรือกฎเกณฑ์ทางสังคมที่จับต้องได้ใช้งานได้จริง วัดผลและขยายผลได้ยกตัวอย่าง Dinsow Mini ซึ่งเป็นโครงการสร้างหุ่นยนต์ดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยความรู้หลายแขนง เช่น ด้านเครื่องกล ไฟฟ้า คอมพิวเตอร์ การเขียนซอฟต์แวร์ ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลคนไข้และผู้สูงอายุ ความรู้ด้านจิตวิทยา ฯลฯ ประกอบกัน

ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) คือ การคิดริเริ่มสิ่งใหม่ที่ยังไม่มีใครเคยคิดมาก่อนอาจนำความคิดจากที่ต่างๆ มาประกอบกันแต่ไม่ใช่การคัดลอกทั้งหมดตัวอย่าง เช่น การผลิตสินค้าหรือบริการระดับประเทศ อาจมีสินค้าหรือบริการลักษณะเดียวกันในประเทศอื่นแต่ไม่มีในประเทศไทย หากเป็นการสร้างสรรค์นวัตกรรมระดับโลกต้องเป็น นวัตกรรมที่ไม่เคยมีผู้ใดทำมาก่อน

คุณค่า (Value) การวัดได้ว่านวัตกรรมนั้นๆ สร้างขึ้นมาแล้วใครเป็นผู้ได้รับประโยชน์บ้าง เช่น ถ้าเป็นคุณค่าทางเศรษฐกิจ คุณค่าของนวัตกรรมอาจหมายถึงประโยชน์ที่ผู้ซื้อจะได้รับ นอกจากนี้ อาจหมายถึงคุณค่าเชิงสังคม เช่น เป็นนวัตกรรมที่ช่วยให้ชีวิตสะดวกสบายขึ้น ปลอดภัยขึ้น หรือลดปัญหาสังคมด้านต่างๆ ได้ เป็นต้น

นวัตกรรมการบริการสุขภาพ (Health Service Innovation) หมายถึง การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ แนวคิดใหม่ๆ ที่เป็นแนวคิดเชิงสร้างสรรค์ที่เกิดจากการใช้ความรู้ทักษะ ประสบการณ์ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการบริการสุขภาพให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายก่อให้เกิดความคุ้มค่าสำหรับการใช้การบริการสุขภาพ ซึ่งนวัตกรรมการบริการสุขภาพนี้จะสามารถพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางระบบสุขภาพได้ นวัตกรรมบริการสุขภาพ ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ รูปแบบการบริการสุขภาพใหม่ๆ ระบบงานบริการสุขภาพแบบใหม่ เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพ โปรแกรมการบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ กิจกรรมการบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูเป็นต้น (Fongkerd, Sinsuesatkul, & Tantalanukul, 2020)

นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง กระบวนการผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง คัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง และพัฒนาวิชาชีพ (Songwatthanayut, Pheetarakorn, & Klinhom, 2020)

นวัตกรรมทางการแพทย์ หมายถึง การนำแนวคิด วิธีการ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย (Nelson, 2020; Christensen, 1997)

นวัตกรรมทางการแพทย์เป็นการคิด ปฏิบัติ ประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ หรือคัดแปลงสิ่งที่มีอยู่เดิมให้สามารถใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมหรือมีประสิทธิภาพ สูงกว่าเดิมเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการบริการทางการแพทย์และการบริหารการพยาบาล (Songwatthanayut, Pheetarakorn, & Klinhom, 2021)

นวัตกรรมทางการแพทย์เป็นแนวคิด หรือ สิ่งประดิษฐ์ที่คิดค้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บน

พื้นฐานของหลายๆศาสตร์ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดเป็นผลงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านกายใจ สังคมและปัญญา โดยอาจมีจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกัน โรคการพยาบาลทั้งหมด 4 มิติ คือ 1) การดูแล 2) การส่งเสริม 3) การป้องกันและ 4) การฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยที่รับบริการโดยพยาบาลและทีมสุขภาพ ต้องให้ผู้รับบริการได้รับการบริการแบบใกล้ชิดมากที่สุด พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีคุณสมบัติและสมรรถนะในการให้บริการอย่างสร้างสรรค์และสามารถประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและองค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Prommul, Chullasap, Ananphitsit, Sutthinuan, & Low, 2025)

สรุปความหมายของนวัตกรรมทางการแพทย์ การนำแนวคิด วิธีการ หรือสิ่งประดิษฐ์ที่สร้างขึ้นใหม่จากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนพื้นฐานของศาสตร์ทางการแพทย์และศาสตร์อื่นหรือการพัฒนาปรับปรุง คัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้นมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการบริการพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการ

ความสำคัญของนวัตกรรมทางการแพทย์

ความสำคัญของนวัตกรรมต่อการบริการพยาบาลในยุคปัจจุบันมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภาคธุรกิจหรือองค์กรอื่นๆ เนื่องจากความต้องการบริการด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ผลักดันให้เกิดความจำเป็นในการค้นหาแนวทางหรือเครื่องมือที่เป็นนวัตกรรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานทางการแพทย์ (Ventura-Silva et al., 2024) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำนวัตกรรมมาใช้ในการบริการพยาบาลมีความสำคัญ เนื่องจาก (Khammathit, 2021; Songwatthanayut et al., 2020; Thummakul & Sukolpuk, 2020)

1. ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ นวัตกรรมช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ มากขึ้น

2. ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และการพัฒนาวิชาชีพ การพัฒนานวัตกรรม ส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหา โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีคุณภาพ

3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้ นวัตกรรมที่อิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยให้การตัดสินใจทางคลินิกมีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยพยาบาลสามารถพัฒนานวัตกรรมที่ตอบสนองต่อบริบทของผู้รับบริการและองค์กรได้อย่างเหมาะสม

4. พัฒนาทักษะและสมรรถนะของพยาบาลการมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมช่วยให้พยาบาลมีทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้รับบริการในยุคปัจจุบัน รวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ

ประเภทของนวัตกรรมทางการแพทย์

นวัตกรรมไม่ใช่สิ่งใหม่สำหรับวิชาชีพพยาบาล เป็นนวัตกรรมหรือรูปแบบที่นำมาใช้เพื่อให้การดำเนินงานในองค์กรมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ไม่เน้นที่การแสวงหาผลกำไร ปัจจุบันนวัตกรรมทางด้านสุขภาพหรือทางการแพทย์มีการพยาบาลมีเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (Thungjaroenkul, 2019)

1) นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นผลิตภัณฑ์ที่จับต้องได้หรือจับต้องไม่ได้ ซึ่งไม่เคยมีมาก่อน อาจอยู่ในรูปสินค้า หรือบริการทางด้านสุขภาพแบบใหม่ ที่ทำให้การดูแลและรักษาสุขภาพประชาชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น เวชภัณฑ์ หรือเครื่องมือทางการแพทย์แบบใหม่ ส่วนบริการที่เป็นนวัตกรรม เช่น วิธีการรักษาแบบใหม่ โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติทางการแพทย์ผู้ป่วยแบบใหม่ เป็นต้น

2) นวัตกรรมด้านกระบวนการ (Process Innovation) คือการเปลี่ยนแปลงวิธีการผลิตสินค้าหรือบริการ เน้นที่การคิดค้นวิธีการผลิตหรือการบริหารจัดการการผลิตในรูปแบบใหม่ที่ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม แต่ยังคงได้ผลิตภัณฑ์ที่เหมือนเดิม เช่น การบริหารงานคุณภาพองค์กรโดยรวม การจัดการด้วยเทคนิคการ จัดการแบบ Just in Time เป็นต้น

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

ตามที่สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติให้ความหมายนวัตกรรมไว้ว่า คือการใช้ความรู้และความคิดสร้างสรรค์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อก่อให้เกิดคุณค่าหมายความว่าเมื่อพยาบาลต้องการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนางานของตนพยาบาลต้องใช้ทักษะมากกว่าหนึ่งอย่างเพื่อให้เกิดแนวทาง วิธีการ หรือผลงานใหม่ที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาในงาน ทักษะที่สำคัญลำดับแรกและเป็นทักษะที่ถูกกล่าวถึงว่าเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 คือ **ความคิดสร้างสรรค์ (Creative Thinking)** เป็นกระบวนการคิดของสมองซึ่งมีความสามารถในการคิดได้หลากหลายและแปลกใหม่จากเดิม และความคิดดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์สร้างเป็นทฤษฎี หรือเสนอเป็นหลักการที่รอบคอบและมีความถูกต้องจนนำไปสู่การคิดค้นและสร้างสิ่งประดิษฐ์ที่แปลกใหม่ หรือรูปแบบความคิดใหม่ ความคิดสร้างสรรค์อาจแบ่งแยกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความคิดสร้างสรรค์ที่ทำให้เกิดนวัตกรรม คือแนวคิดที่เป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ขึ้น เช่น สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ผลิตภัณฑ์ใหม่บางครั้งเรียกว่า ความคิดเชิงนวัตกรรม เช่น การใช้ Virtual Reality (VR) ในการฝึกอบรมบุคลากรทางแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย 2) ความคิดสร้างสรรค์ที่ทำให้เกิดการสังเคราะห์ คือการผสมผสานแนวคิดจากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ที่คุณค่าเพิ่มขึ้น เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3) ความคิดสร้างสรรค์ที่ทำให้เกิดการต่อยอดเป็นการผสมผสานระหว่างความคิดสร้างสรรค์ประเภทนวัตกรรมกับความคิดสร้างสรรค์ประเภทสังเคราะห์ เช่น การสร้างหุ่นยนต์ช่วยการผ่าตัดจะมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องจากต้นแบบเดิมเพื่อให้มีคุณสมบัติและการใช้งานที่ดีขึ้น (Tripopsakul & Pichyangkul, 2021)

อีกแนวคิดที่มีความสำคัญสำหรับการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ คือ **การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP: Evidence-Based Practice)** การพัฒนานวัตกรรมที่ใช้ในการปฏิบัติงานหรือการปฏิบัติงานการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะนำไปสู่การดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้นค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่ลดลง และความพึงพอใจของพยาบาลที่มากขึ้นกว่าวิธีการดูแล

แบบดั้งเดิมบทความนี้จะนำเสนอภาพรวมโดยย่อของกระบวนการ EBP ตามแนวคิดของ เมลนิคส์, ไลน์เอท์-โอเวอร์โฮลต์, สติลเวล และ วิลเลียมสัน (Melnyk, Fineout-Overholt, Stillwell, & Williamson, 2010) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน เริ่มจากขั้นตอน 0 (ศูนย์)ปลูกฝังจิตวิญญาณแห่งการแสวงหาความรู้ (Cultivate a spirit of inquiry) ขั้นตอนที่ 1 ถามคำถามทางคลินิกในรูปแบบ PICOT ขั้นตอนที่ 2 ค้นหาหลักฐานที่ดีที่สุด ขั้นตอนที่ 3 ประเมินหลักฐานอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 4 บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับความเชื่อวิชาชีพทางคลินิกและความต้องการรวมถึงค่านิยมของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลลัพธ์ของการตัดสินใจทางปฏิบัติหรือการเปลี่ยนแปลงโดยอิงตามหลักฐานและขั้นตอนที่ 6 เผยแพร่ผลลัพธ์ของการปฏิบัติทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลควรเรียนรู้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพราะเป็นการนำผลการวิจัยที่มีคุณภาพมาสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้การตัดสินใจน่าเชื่อถือและยกระดับคุณภาพมาตรฐานการปฏิบัติงาน

บทบาทพยาบาลกับการพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนาหรือสร้างสรรค์นวัตกรรมมักจะเกิดขึ้นเมื่อพบปัญหาหรือเกิดผลกระทบต่อเป้าหมายของงานนั้นๆ พยาบาลจึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทของผู้นำการเปลี่ยนแปลงหรือผู้นำเชิงนวัตกรรม เพื่อนำตนเองและทีมไปสู่การพัฒนานวัตกรรมมาใช้ในการงานทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านการบริการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การวิจัยทางการแพทย์หรือการศึกษาทางการแพทย์ ดังนี้ (Prommul et al., 2025)

1) การสร้างแรงบันดาลใจด้วยการสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ ทดลองวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำเสนอตัวอย่างองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการนำนวัตกรรมมาใช้

2) การพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำเชิงนวัตกรรมในพยาบาลให้มีความสำคัญและส่งเสริมสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความสามารถในการนำเทคโนโลยีเครื่องมือและแนวทางใหม่ ๆ มาใช้ในกระบวนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงมีการสื่อสารที่ชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงเมื่อใช้นวัตกรรม

4) การสร้างวัฒนธรรมนวัตกรรมในหน่วยงานส่งเสริมวัฒนธรรมที่เปิดรับการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรม โดยสนับสนุนให้ทีมงานมีการพัฒนาการวิจัยและการศึกษานับสนุนการคิดสร้างสรรค์และทดลองแนวทางใหม่ ๆ ในการดูแลผู้รับบริการ

5) การใช้เทคโนโลยีใหม่กับการพยาบาลในยุคดิจิทัลยอมรับและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้รับบริการ มีการสำรวจบทบาทของเทคโนโลยีและผลกระทบต่อผู้รับบริการเช่น ระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) หรือแอปพลิเคชันที่ช่วยในการติดตามอาการและการรักษาการดูแลผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มความสะดวกและความปลอดภัย รวมถึงการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

6) การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการทำงานร่วมกับผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทำให้การดูแลครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

7) การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานมีการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์อุปสรรคและความท้าทาย นำเสนอการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอและนำผลมาปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล

มีข้อเสนอกระบวนการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 13 ขั้นตอน (Songwatthanayut et al., 2020) จะยกตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล คือ ชุดจำลองการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกที่เกิดขึ้น ณ สถานศึกษาทางการพยาบาลแห่งหนึ่งประกอบแต่ละขั้นตอน (Thaiudom, Bohplian, Yuroong, Ankanawin, & Suttalak, 2018) รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พยาบาลควรมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลหรือการบริหารจัดการงานทางการพยาบาลที่มีอยู่เดิม เมื่อพบสิ่งผิดปกติจากงานประจำ เพิ่มความใส่ใจ

และสนใจค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อการแก้ไขปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่าง อาจารย์พบว่าขาดแคลนหุ่นที่ใช้ฝึกการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายระบายทรวงอกสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. ประเมินความต้องการนวัตกรรม เป็นการประเมินสภาพปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน วิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่เป็นรากเหง้าของปัญหาจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ โดยใช้แนวทางวิเคราะห์รากสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วิธีการได้ข้อมูล เช่น การจัดประชุมกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใหญ่ เพื่อระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนข้อมูล การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ เป็นต้น ตัวอย่าง ประเมินปัญหาการขาดแคลนหุ่นส่งผลให้นักศึกษาขาดทักษะในการดูแลเมื่อต้องปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้รับบริการ

3. สร้างแนวร่วมและทีมงาน ได้มาจากการพูดคุยบอกต่อเพื่อค้นหาคณะที่มีความสนใจเดียวกันมาร่วมงานกัน ขั้นตอนนี้สามารถขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในประเด็นทางคลินิก การพัฒนานวัตกรรม และกระบวนการทำวิจัย เพื่อการเริ่มต้นที่ชัดเจนและตรงตามสภาพปัญหา ตัวอย่างอาจารย์รวมกลุ่มผู้สอนในการพัฒนานวัตกรรมปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการบาดเจ็บที่ทรวงอกและผู้เชี่ยวชาญด้านวิศวกรรมการผลิตสื่อทางการแพทย์

4. กำหนดประเด็น/หัวข้อที่ต้องการพัฒนานวัตกรรม ให้มีความเฉพาะเจาะจง เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการพัฒนานวัตกรรมให้ตรงกับความต้องการและสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย นวัตกรรมที่ต้องการสร้าง กลุ่มตัวอย่างที่นำนวัตกรรมไปใช้ในการแก้ปัญหา และผลลัพธ์ที่ต้องการประเมินตัวอย่างอาจารย์ผู้สอนเจาะจงพัฒนาชุดจำลองสำหรับหุ่นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกเนื่องจากสถานศึกษามุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือผู้รับบริการบาดเจ็บทั้งในภาวะปกติและภาวะสงคราม นักศึกษาพยาบาลต้องสามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการบาดเจ็บทรวงอกและใส่สายระบายทรวงอกได้

5. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการค้นหา คัดเลือก ประเมิน และสังเคราะห์งานวิจัยและเอกสารที่มีคุณภาพและเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการพัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่สืบค้นวรรณกรรมที่สนับสนุนการออกแบบนวัตกรรม ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์และพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงตามสภาพในคลินิก ตัวอย่าง *กลุ่มอาจารย์ผู้สอนจึงกำหนดหัวข้อและทบทวนวรรณกรรมศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกายภาพ สรีรวิทยา และพยาธิสรีรวิทยาการบาดเจ็บที่ทรวงอก*

6. สังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากวรรณกรรมที่มีคุณภาพเป็นกระบวนการวิเคราะห์ สรุป และเรียบเรียงข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยหลายๆ แหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการวางแผนออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์ ตัวอย่าง *มีการออกแบบกลุ่มอาจารย์ผู้สอนสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม*

7. ออกแบบนวัตกรรมทางการแพทย์คือกระบวนการคิดค้น พัฒนา และนำเสนอแนวทางใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยการให้บริการทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน รวมถึงตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่าง *มีการออกแบบโครงสร้างและองค์ประกอบของหุ่นฝึกจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ในการผลิต*

8. กำหนดวิธีวัดประสิทธิภาพของนวัตกรรมขั้นตอนนี้เริ่มตั้งแต่การระบุเป้าหมาย กำหนดให้ชัดเจนว่าต้องการวัดประสิทธิภาพของนวัตกรรมไปเพื่ออะไร เช่น เพื่อหาแนวทางปรับปรุง ลำดับต่อมา คือ การเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการวัดผลลัพธ์ของนวัตกรรม โดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการวัดผล และลักษณะของนวัตกรรมในการวัดผลควรเลือกวิธีการที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและรอบด้าน ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการวัดผลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ตัวอย่าง *มีการประเมินผลการใช้และความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา ประเมินความรู้และทักษะของนักศึกษาหลังใช้หุ่นฝึก*

9. กำหนดวิธีการใช้นวัตกรรมในคลินิกหรือในการทดลองเป็นการกำหนดขั้นตอนการใช้นวัตกรรมอย่างละเอียด ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การใช้งานจริง การติดตามผล และการประเมินผลตัวอย่างมีการกำหนด *วิธีการใช้และทำคู่มือการใช้*

10. ทดลองใช้นวัตกรรมในหน่วยงานตามแผนที่วางไว้เป็นการดำเนินการทดลองใช้นวัตกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยติดตามและสังเกตผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทดลองอย่างใกล้ชิดเป็นระบบ ตัวอย่าง *มีการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลพร้อมติดตามผลการใช้*

11. ประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมเป็นกระบวนการวิเคราะห์และวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำนวัตกรรมไปใช้ เพื่อตรวจสอบนวัตกรรมนั้น สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการได้มากน้อยเพียงใด และมีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย สังคม หรือสิ่งแวดล้อมอย่างไร ตัวอย่าง *มีการประเมินประสิทธิภาพโดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ แบบสอบถาม พบว่านักศึกษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายทรวงอก ค่าคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังการใช้หุ่นฝึกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการประเมินความคุ้มค่าและความทนทานของหุ่นฝึก*

12. บันทึกโดยสรุปผล พร้อมแหล่งอ้างอิงที่ใช้ในการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และการอภิปรายผลลัพธ์ของนวัตกรรมโดยระบุประเด็นสำคัญที่ได้จากการประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมข้อดี ข้อเสีย หรือข้อควรปรับปรุงของนวัตกรรม ตัวอย่าง *อาจารย์ผู้สอนบันทึกผลและนำเสนอผลการสร้างนวัตกรรมลงวารสารวิชาการ*

13. เผยแพร่วัตกรรมเป็นกระบวนการที่สำคัญเพื่อให้ผลงานที่สร้างสรรค์ขึ้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์และสร้างผลกระทบในวงกว้าง มีหลากหลายวิธีในการเผยแพร่วัตกรรมตัวอย่าง เช่น ตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับนวัตกรรมในวารสารที่เกี่ยวข้อง ส่งมอบให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ เป็นต้น ตัวอย่าง *ทีมอาจารย์ผู้สอนเผยแพร่ นวัตกรรมหลากหลายแห่ง เช่น งานประกวดนวัตกรรมงาน International Conference เป็นต้น*

ตัวอย่างการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล

การพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ นวัตกรรมที่ได้รับการคิดค้นและนำมาใช้ในปัจจุบันไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาเท่านั้น แต่ยังสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การบริหารจัดการทรัพยากร และการยกระดับสมรรถนะวิชาชีพพยาบาล ตัวอย่างนวัตกรรมที่น่าสนใจในที่นี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทและความสำคัญของการพัฒนาการพยาบาลในศตวรรษใหม่

1. ระบบผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้สนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำ เพื่อใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิดอารมณ์ หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผู้วิจัยพบว่าระบบผูกยึดที่นิยมใช้มีหลากหลายรูปแบบเช่น การใช้ผ้าผูกยึดรูปแบบต่างๆ การใช้ปลอกถุงมือแบบสวมที่มีมือซึ่งยังพบปัญหาผู้ป่วยสามารถถอดและหลุดจากที่ผูกยึดลำบากในการดูแลความสะดวกอุปกรณ์ที่สวมใส่และไม่มีสัญญาณเตือนพยาบาลเมื่อสิ่งที่ผูกยึดเลื่อนหลุด ระบบผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้สนามแม่เหล็กไฟฟ้าเหนี่ยวนำที่ถูกพัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการลดการบาดเจ็บ ลดอุบัติเหตุ อันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยให้การผูกยึดมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นการปรับปรุงคุณภาพการดูแล (Ratchapakdee & Piwdee, 2024)

2. นวัตกรรมอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ เป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพัฒนาภายใต้แนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความคิดเติบโตปัญหาจากที่พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถลุกไปดูแลความสะดวกร่างกายตัวเองในห้องน้ำได้เมื่อสิ้นคันและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยตรงจากศึกษาพยาบาล โดยการนำของอาจารย์พยาบาลจึงพัฒนาอ่างล้างหน้าเคลื่อนที่ขึ้น นวัตกรรมชิ้นนี้จึงเป็นกระบวนการเชิงผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง ดัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น (Songwatthanayut et al., 2020)

สรุป

จากความสำคัญและหลักการที่กล่าวมาทั้งหมด จะพบว่าปัญหาของผู้รับบริการจะได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและตรงความต้องการ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมนำนวัตกรรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนให้เพื่อนร่วมวิชาชีพเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน โดยใช้นวัตกรรมต้องประเมินผลการใช้นวัตกรรม และนำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนานวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น สุดท้ายจะเกิดความยั่งยืนได้พยาบาลควรเผยแพร่และแบ่งปันความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ สหวิชาชีพ และผู้ที่สนใจต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Alum, R. A. (1986). [Review of innovation and entrepreneurship: Practice and principles, by P. F. Drucker]. *Public Productivity Review*, 10(1), 105-109. <https://doi.org/10.2307/3380320>
- Christensen, C. M. (1997). *The innovator's dilemma: When new technologies cause great firms to fail*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Fongkerd, S., Sinsuesatkul, S., & Tantalakul, S. (2020). Innovative proactive health services: The role of community nurse practitioners in response to Thailand 4.0. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(2), 10-22. [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].
- Melnyx, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. (2010). Evidence based practice step by step: The seven steps of evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2>

- National Innovation Agency Thailand. (2019). *Innovation for the Future*. Retrived from <https://www.nia.or.th/frontend/bookshelf/zWf7zwTMcEWhI/62d3a82b0f129.pdf> [In Thai].
- Nelson, R. (2020). Nursing innovation. *AJN, American Journal of Nursing*, 120(3), 18-19. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000656300.77328.fe>
- Prommul, J., Chullasap, N., Ananphitsit, S., Sutthinuan, A., & Low, K. (2025). Leadership of nursing innovation. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 17(1), 345-362. [In Thai].
- Ratchapakdee, P., & Piwdee, W. (2024). Nursing innovation design and development "RTU magnetic patient restrainer". *Udonthani Hospital Medical Journal*, 32(2), 238-250. [In Thai].
- Songwatthanayuth, P., Pheetarakorn, P., & Klinhom, P. (2020). Development of nursing innovation for nursing student. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(3), 1-15. [In Thai].
- Songwatthanayuth, P., Pheetarakorn, P., & Klinhom, P. (2021). Development of an instructional program for enhancing nursing innovative ability among nursing student. *Hua Hin Medical Journal*, 6(2), 12-25. [In Thai].
- Thaiudom, A., Bohplian, S., Yuroong, A., Ankanawin, U., & Suttalak, C. (2018). Development of the army nurse chest drain care model. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 44-53. [In Thai].
- Thummakul, D., & Sukolpuk, M. (2020). Innovation and creative work in nursing: A challenging turning point in teaching and learning. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 284-292. [In Thai].
- Thungjaroenkul, P. (2019). *Strategies and tools for healthcare organization management*. Chiangmai: Smart Coating and Services Company Limited. [In Thai].
- Tripopsakul, S., & Pichyangkul, C. (2021). *Innovation management*. Bangkok: CU press [In Thai].
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L. de L., Faria, A. da C. A., Pereira, S., Zuge, S. S., ...Ribeiro, O. M. P. L. (2024). Artificial intelligence in the organization of nursing care: A scoping review. *Nursing Reports*, 14(4), 2733-2745. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040202>

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้าชนิดรับประทานกลุ่ม EGFR TKIs The Role of Nurses in Caring for Patients Receiving Oral Targeted Therapy in the EGFR TKIs

อัครเดช บำรุงนาม (Akradach Bamrungnam)*

Received: September 15, 2024

Revised: October 18, 2024

Accepted: December 16, 2024

บทคัดย่อ

ยามุ่งเป้ากลุ่ม Epidermal Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase Inhibitors (EGFR TKIs) เป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR โดยยาในกลุ่มนี้มีลักษณะเป็นชนิดรับประทาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ยาในกลุ่มนี้มีวิธีการบริหารยาที่จำเพาะและมีโอกาสในการเกิดอันตรกิริยาต่อยาอื่น รวมทั้งอาหารหรือสมุนไพร ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรือทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง นอกจากนี้ ยายังทำให้เกิดผลข้างเคียง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้าชนิดรับประทานกลุ่ม EGFR TKIs ประกอบไปด้วยกลไกการออกฤทธิ์ของยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในปัจจุบัน ผลข้างเคียงจากยาและการแบ่งระดับความรุนแรงแนวทางในการรักษาผลข้างเคียง แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ประกอบไปด้วยบทบาทด้านการประเมิน และให้ความรู้ ทั้งในด้านการบริหารยา และการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งกรณีศึกษา เพื่อให้พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีองค์ความรู้ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากแนวปฏิบัติหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ยามุ่งเป้าชนิดรับประทาน, ยากลุ่ม EGFR TKIs, บทบาทของพยาบาล

*Corresponding author: AkradachBamrungnam; Email: Tonglek19@gmail.com

*พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานเร่งรัดวิชา ฝายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย (Registered Nurse, Medical Oncology Unit, Department of Nursing, King Chulalongkorn Memorial Hospital)

บทคัดย่อ

Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors are used to treat patients with non-small cell lung cancer that have mutations in the EGFR gene. These drugs are taken orally, allowing patients to self-administer them. However, the administration of these drugs requires specific guidelines and may interact with other medications, foods, or herbs, potentially leading to harmful effects or reduced treatment efficacy. Additionally, these drugs can cause side effects that, if not properly managed, may lead to complications and negatively affect the patient's quality of life. This article aims to provide knowledge on caring for patients receiving oral EGFR TKIs, including drug mechanisms, current EGFR TKIs medications, potential side effects, grading of severity, side effect management, and guidelines for patient care. In addition, the role of nurses in patient care includes assessment and education, particularly in medication management and patient self-care, as well as case studies. This knowledge aims to support nurses in applying best practices and evidence-based knowledge to optimize patient care.

Keyword: Oral targeted therapy, EGFR-TKIs, Role of nurse

บทนำ

ปัจจุบันการรักษาด้วยยามุ่งเป้า (Targeted therapy) มีการใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ ยามุ่งเป้ากลุ่ม Epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors หรือ EGFR TKIs ซึ่งใช้รักษาผู้ป่วย มะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ด้วยการเข้าไปจับกับ Tyrosine kinase domain ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการส่ง สัญญาณลงไปในเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการ เจริญเติบโตและถูกทำลายไป (Carrington, 2015; Phillips et al., 2024)

ยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs มีรูปแบบการบริหารเป็น ชนิดรับประทาน ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้เองที่บ้าน แต่เนื่องจากยามีวิธีบริหารที่จำเพาะ และมีโอกาสเกิด อันตรกิริยาระหว่างยากับยา หรือยากับอาหาร รวมถึง การถูกรบกวนในกระบวนการเมตาบอลิซึมของยาจาก ยากลุ่มอื่นจากอาหารและสมุนไพรส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด ผลข้างเคียงจากยามากผิดปกติ หรือประสิทธิภาพการรักษา ลดลง (Veerman, Huisaarts, Jansman, Koolen, van

Leeuwen, & Mathijssen, 2020) นอกจากนี้ยามุ่งเป้า กลุ่ม EGFR TKIs ยังทำให้เกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ เช่น ผื่นขอบเล็บอักเสบ ท้องเสีย และเชื้อราช่องปากอักเสบ หากผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกัน และการดูแลตนเอง เมื่อเกิดผลข้างเคียง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทุกข์ทรมานและกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Chen et al., 2024) การบริหารยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยใน กลุ่มนี้ พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทใน การดูแลผู้ป่วย ทั้งในบทบาทของการประเมินผู้ป่วยก่อน และระหว่างได้รับยา เพื่อประเมินปัญหา ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งบทบาทในการให้ ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารยาการป้องกัน และการดูแล ตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ บริหารยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับ การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระหว่างที่ได้รับการรักษา (Anderson, Bettencourt, & LeFebvre, 2024)

กลไกการออกฤทธิ์ของยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs

ภาวะปกติตัวรับ EGFR ถูกกระตุ้นด้วยการจับกับ Epidermal Growth Factor ทำให้เกิดปฏิกิริยารวมตัวกันของฟอสเฟตที่บริเวณ Tyrosine Kinase Domain ของตัวรับ EGFR ส่งผลให้มีการส่งสัญญาณลงไปในเซลล์ (Downstream Signaling Pathway) เพื่อควบคุมการเจริญเติบโต การแบ่งตัว และการตายของเซลล์ แต่ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR บริเวณ Tyrosine Kinase Domain ทำให้เกิดการกระตุ้นตัวรับ EGFR ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องมีการจับกับ Epidermal Growth Factor ส่งผลให้มีการส่งสัญญาณลงไปในเซลล์อย่างต่อเนื่อง ทำให้เซลล์มะเร็งปอดมีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวอย่างรวดเร็วโดยยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs ถูกพัฒนาให้มีลักษณะเป็นโมเลกุลขนาดเล็ก (Small molecule) และจับกับ Tyrosine Kinase Domain ทำให้ไม่สามารถเกิดปฏิกิริยารวมตัวกันของฟอสเฟต ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณลงไปในเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต และถูกทำลายไป (Carrington, 2015)

ยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs ในปัจจุบัน

ยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs ได้มีการพัฒนากลไกการออกฤทธิ์ของยาต่อการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ชนิดต่างๆ ดังนี้ (Zhang, 2016; Karachaliou, Fernandez-Bruno, Bracht, & Rosell, 2019)

1. ยาในรุ่นแรก (First generation) ยากลุ่มนี้พัฒนาขึ้นในครั้งแรกเพื่อให้มีการออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับ Tyrosine Kinase Domain ของตัวรับ EGFR ที่มีการกลายพันธุ์บริเวณ Exon19del และ Exon21 (L858R) แบบผันกลับได้ ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณลงไปในเซลล์ ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต และถูกทำลายไป โดยยาในกลุ่มนี้ คือ Erlotinib และ Gefitinib เป็นต้น

2. ยาในรุ่นสอง (Second generation) จากการใช้ยาในรุ่นแรกแล้วเกิดกลไกการต่อต้าน หรือคือยา ทำให้มีการพัฒนายาในรุ่นสองเพื่อให้มีการออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับ Tyrosine Kinase Domain ของตัวรับ EGFR ที่มีการกลายพันธุ์แบบผันกลับไม่ได้ซึ่งเป็นการจับกันด้วย

พันธะ Covalent ทำให้ความสามารถในการจับกับ Tyrosine Kinase Domain ดีกว่ายาแรก โดยยาในกลุ่มนี้ คือ Afatinib เป็นต้น

3. ยาในรุ่นสาม (Third generation) ยากลุ่มนี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้มีการออกฤทธิ์โดยเข้าไปจับกับ Tyrosine Kinase Domain ของตัวรับ EGFR ที่มีการกลายพันธุ์บริเวณ T790M แบบผันกลับไม่ได้ โดยยาในกลุ่มนี้ คือ Osimertinib เป็นต้น

ผลข้างเคียงจากยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs

ภาวะปกติ EGFR มีหน้าที่กระตุ้นการเจริญเติบโต และคงสภาพปกติของเซลล์ต่าง ๆ เช่น เซลล์เยื่อผิว เซลล์ผิวหนัง และเซลล์ทางเดินอาหารเนื่องจากยากลุ่มนี้ มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งยีน EGFR ที่มีการกลายพันธุ์ ทำให้ยีน EGFR ปกติในเซลล์อื่นๆ ถูกยับยั้งไปด้วย ส่งผลต่อการเจริญเติบโต และการคงสภาพปกติของเซลล์ต่าง ๆ ทำให้มีผลข้างเคียงที่พบบ่อย ดังนี้ (Aw, Tan, Chin, Lim, Lee, & Soo, 2018; Huynh Dagher, Blom, Chabanol, & Funck-Brentano, 2021)

1. ผื่น (Rash) มีลักษณะเป็นผื่นคล้ายกับการเกิดสิ่วอักเสบ แต่ผื่นจะไม่พบหัวสิ่ว ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดตามรูขุมขน โดยผื่นมักเกิดขึ้นที่ใบหน้า หน้าอก และหลังส่วนบน โดยมักพบผื่นภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังได้รับยา หรือบางรายอาจพบผื่นภายใน 2-3 วันแรกหลังได้รับยา และอาการมักรุนแรงขึ้นใน 3-4 สัปดาห์ และหลังจากนั้น 2 สัปดาห์อาการรุนแรงจะลดลง แต่ในผู้ป่วยบางราย ผื่นอาจคงอยู่ได้นานหลายเดือน

2. ขอบเล็บอักเสบ (Paronychia) มักมีอาการอักเสบรอบขอบเล็บร่วมกับอาการเจ็บ บางครั้งอาจมีอาการเหมือนเป็นหนอง คล้ายการติดเชื้อ โดยมักเกิดขึ้นที่นิ้วหัวแม่มือมากที่สุด และอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น การหนาของเล็บ เล็บผิดรูป โดยมักพบหลังได้รับยา 4-8 สัปดาห์

3. ท้องเสีย (Diarrhea) มักมีอาการถ่ายเหลวเป็นน้ำ โดยมักพบหลังได้รับยา 4 สัปดาห์ หรือบางรายอาจพบหลังได้รับยาภายใน 24 ชั่วโมง-1 สัปดาห์

4. เชื้อราช่องปากอักเสบ (Oral mucositis) มักมีอาการเจ็บบริเวณช่องปาก หรือลิ้น และอาจมีแผลคล้ายร้อนใน หรือรอยแตกที่ริมฝีปาก โดยมักพบหลังได้รับยา 1-2 สัปดาห์

การแบ่งระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา ผลข้างเคียงจากยาฆ่าเชื้อ EGFR TKIs

ผลข้างเคียงจากยาฆ่าเชื้อ EGFR TKIs สามารถ
แบ่งระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ (Pluzanski &

Piorek, 2016; Aw et al., 2018) และมีแนวทางการรักษา
ผลข้างเคียงจากยาฆ่าเชื้อ EGFR TKIs ตามระดับ
ความรุนแรงของผลข้างเคียง ดังนี้ (Califano et al., 2015;
Hofheinz, Segaert, Safont, Demonty, & Prenen, 2017)

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษาผลข้างเคียงจากยาฆ่าเชื้อ EGFR TKIs

ระดับ	รายละเอียดของอาการ	แนวทางการรักษาผลข้างเคียง
ผื่น		
1	ผื่นขึ้นปกคลุมน้อยกว่าร้อยละ 10 ของพื้นที่ผิวร่างกาย ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บหรือคันตามผิวหนัง	พิจารณาให้ยาลดคันและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือพิจารณาการใช้ยาต้านเชื้อราชนิดทาภายนอก หรือยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน เช่น Clindamycin
2	ผื่นขึ้นปกคลุมร้อยละ 10-30 ของพื้นที่ผิวร่างกาย ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บหรือคันตามผิวหนัง และทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือผื่นขึ้นปกคลุมมากกว่าร้อยละ 30 ของพื้นที่ผิวร่างกาย โดยมีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ	พิจารณาให้ยาลดคันและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือพิจารณาการใช้ยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน เช่น Doxycycline เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์
3	ผื่นขึ้นปกคลุมมากกว่าร้อยละ 30 ของพื้นที่ผิวร่างกาย โดยมีอาการปานกลางหรือรุนแรง และทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน และอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน	พิจารณาหยุดยาลดคันชั่วคราว และพิจารณาการใช้ยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน เช่น Doxycycline เป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ และยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน เช่น Methylprednisolone หากอาการลดลงเหลือระดับ 1 สามารถกลับมาเริ่มยาลดคันใหม่ได้ และหลังจากเริ่มยา หากอาการกลับมามีความรุนแรงระดับ 3 ถึงแม้ว่าจะให้การรักษาแล้ว
4	ผื่นขึ้นปกคลุมพื้นที่ผิวของร่างกายมากเพียงพอที่จะตามแต่อาการมีมากจนส่งผลต่อชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บหรือคันตามผิวหนัง และมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนรุนแรง ต้องได้รับยาปฏิชีวนะชนิดทางหลอดเลือดดำ	พิจารณาการปรับลดขนาดยาลดคัน
ขอบเล็บอักเสบ		
1	ขอบเล็บมีอาการบวมหรือแดง หนังกำพร้าบริเวณขอบเล็บหลุด	พิจารณาการใช้ยาต้านเชื้อราชนิดทาภายนอก เช่น 2% Povidone-iodine หรือยาต้านเชื้อราชนิดทาภายนอก หรือยาต้านเชื้อราชนิดรับประทาน
2	ขอบเล็บมีอาการบวมและปวด มีน้ำออกมาจากเล็บหรือแผ่นเล็บหลุดออก และทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันบางอย่าง	

ตารางที่ 1 การแบ่งระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษาผลข้างเคียงจากยาฆ่ามะเร็งกลุ่ม EGFR TKIs (ต่อ)

ระดับ	รายละเอียดของอาการ	แนวทางการรักษาผลข้างเคียง
3	มีอาการจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด	พิจารณาให้การรักษาด้วยการถอดเล็บ หรือกรณีสงสัยว่ามีการติดเชื้อ พิจารณาการใช้ยากลุ่มปฏิชีวนะชนิดรับประทานร่วมด้วย
ท้องเสีย		
1	มีอาการท้องเสียน้อยกว่า 4 ครั้ง ต่อวัน เมื่อเทียบกับก่อนรักษา	พิจารณาการเปลี่ยนชนิดของอาหาร และพิจารณาการใช้ยากลุ่มต้านอาการท้องเสีย เช่น Loperamide เริ่มต้นรับประทาน Loperamide ขนาด 4 มิลลิกรัม และตามด้วย 2 มิลลิกรัม ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าอาการท้องเสียดีขึ้น หรือไม่มีอาการท้องเสียเป็นเวลา 12 ชั่วโมง
2	มีอาการท้องเสียเพิ่มขึ้น 4-6 ครั้ง ต่อวัน	
3	มีอาการท้องเสียเท่ากับหรือมากกว่า 7 ครั้ง ต่อวัน และหรือต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีภาวะกลืนอาหารไม่ได้ และหรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้	พิจารณาป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ พิจารณาการนอนโรงพยาบาล และให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ พิจารณาการใช้ยากลุ่มต้านอาการท้องเสีย เช่น Loperamide พิจารณาหยุดยาฆ่ามะเร็งแบบชั่วคราวจนกว่าอาการท้องเสียจะดีขึ้นหรือลดลง เหลือความรุนแรงระดับ 1 สามารถกลับมาเริ่มยาฆ่ามะเร็งใหม่ได้ โดยการปรับลดขนาดยาฆ่ามะเร็งลง แต่หากอาการไม่ดีขึ้นภายใน 14 วันหลังจากหยุดยา แนะนำให้หยุดยาฆ่ามะเร็งแบบถาวร
4	ภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน	
เยื่อช่องปากอักเสบ		
1	อาการไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา	พิจารณาการใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ชนิดทาภายนอก เช่น Kenalog หากอาการรุนแรง พิจารณาการใช้ยากลุ่มปฏิชีวนะชนิดรับประทาน เช่น Erythromycin และหรือปรับระดับความแรงของยากลุ่มสเตียรอยด์ขึ้น
2	มีอาการปวดระดับปานกลางแต่ยังสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ	
3	มีอาการปวดระดับรุนแรงรบกวนการรับประทานอาหารปกติ	พิจารณาให้การรักษาเหมือนกับความรุนแรงระดับ 1-2 พิจารณาหยุดยาฆ่ามะเร็งชั่วคราวจนกว่าอาการจะดีขึ้นหรือลดลงเหลือความรุนแรงระดับ 1-2 สามารถกลับมาเริ่มยาฆ่ามะเร็งใหม่ได้ โดยการปรับลดขนาดยาฆ่ามะเร็งลง หากไม่มีอาการจึงพิจารณาค่อย ๆ ปรับเพิ่มขนาดยาฆ่ามะเร็งขึ้นอย่างระมัดระวัง
4	มีอาการปวดระดับรุนแรงมาก มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน	

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

ตามแนวปฏิบัติของ Multinational Association of Supportive Care in Cancer หรือ MASCC ได้พัฒนาเครื่องมือ MASCC Oral Agent Teaching Tool หรือ

MOATT เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการประเมินและให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน ดังนี้ (Multinational Association of Supportive Care in Cancer: MASCC, 2016)

ตารางที่ 2 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

ข้อ	รายละเอียด
1	แผนการรักษาของแพทย์เกี่ยวกับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน
2	ประวัติการใช้ยาอื่น ๆ (ชนิดรับประทาน)
3	การกลืนยา
4	การอ่านฉลากยา
5	การเปิดขวดยา หรือการแกะยาจากแผงยา
6	ประวัติการใช้ยาต้านมะเร็งอื่น ๆ (ชนิดรับประทาน)
7	ผลข้างเคียงจากยา (ชนิดรับประทาน)
8	การเบิกจ่ายยา
9	เสริมฐานะ

ตารางที่ 3 การให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านมะเร็งชนิดรับประทาน

ข้อ	รายละเอียด
1	แจ้งประวัติการใช้ยาให้กับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องรับทราบ
2	การเก็บรักษายาให้ห่างจากเด็กเล็ก หรือสัตว์เลี้ยง
3	การเก็บรักษายาในบรรจุภัณฑ์เดิม
4	การล้างมือก่อนและหลังรับประทานยา
5	วิธีการรับประทานยา
6	การเก็บรักษายาให้ไม่สัมผัสกับความร้อน แสงแดด และความชื้น
7	ระบบตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา
8	การจัดการเมื่อลืมรับประทานยา
9	การจัดการเมื่อรับประทานยาเกินขนาด
10	การจัดการเมื่อไม่ได้รับประทานยา (หยุดการรักษา)
11	การจัดเก็บเอกสารรายละเอียดของยา
12	การจัดการในกรณีมีปัญหาทางด้านเสริมฐานะ
13	การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการประเมินก่อนการได้รับยามุ่งเป้าและการให้ความรู้ในการบริหารยาดังนี้

บทบาทของพยาบาลด้านการประเมินก่อนการได้รับยามุ่งเป้า

การประเมินผู้ป่วยก่อนการได้รับยามุ่งเป้าเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อประเมินปัญหา และให้การพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ (MASCC, 2016)

1. การทวนสอบแผนการรักษาจากบันทึกการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษา ประกอบไปด้วย ผลตรวจทางด้านพยาธิวิทยาและการวินิจฉัยโรค เนื่องจากยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs เป็นยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ดังนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยโรค และมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผลตรวจทางด้านพยาธิวิทยาที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนด นอกจากนี้ต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษา ระยะเวลา และการติดตามผลการรักษา เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจในแผนการรักษาของผู้ป่วย (Siegel et al., 2024)

2. สอดถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยามุ่งเป้า เพื่อประเมินความเข้าใจในแผนการรักษาของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนการรักษา

3. สอดถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการใช้ยาโดยเฉพาะยากลุ่มอื่นที่เป็นยาประทุกัน สมุนไพร หรืออาหารเสริม เนื่องจากยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม อาจมีอันตรกิริยาต่อยามุ่งเป้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงจากยามากผิดปกติ หรือทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง (Siegel et al., 2024)

4. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลืน เนื่องจากยามุ่งเป้า ผู้ป่วยต้องบริหารยาโดยรับประทานทางปาก หากผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน ควรแจ้งให้แพทย์รับทราบ หรือปรึกษาเภสัชกรเพื่อพิจารณาเปลี่ยนรูปแบบการบริหารยา

5. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านฉลากยา เนื่องจากผู้ป่วยต้องบริหารยามุ่งเป้าด้วยตนเอง

ที่บ้าน การอ่านฉลากยาจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น การเปิดขวดยา หรือการหยิบยา หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการรับประทานยา ซึ่งต้องให้ความรู้ และวิธีป้องกันการสัมผัสและอันตรายที่อาจได้รับจากยามุ่งเป้า

7. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการรับประทานยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งส่งผลต่อการรับประทานยา ควรแจ้งให้แพทย์รับทราบ เพื่อพิจารณาให้ยาป้องกันอาการก่อนรับประทานยา

8. ประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะทางกายภาพทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากยามุ่งเป้ามีราคาสูง หากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ อาจส่งผลต่อการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องจึงควรแจ้งให้แพทย์รับทราบเพื่อปรับแผนการรักษา

9. พยาบาลประเมินผลข้างเคียงจากการรับประทานยามุ่งเป้าในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ เพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของผลข้างเคียงรวมทั้งติดตาม และประเมินผลการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

10. พยาบาลประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์ โดยควรตรวจสอบ หรือนับเม็ดยาที่เหลือ เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

บทบาทของพยาบาลด้านการให้ความรู้

การให้ความรู้กับผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs เป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องบริหารยามุ่งเป้าด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารยาที่ถูกต้อง การป้องกัน และการดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยามุ่งเป้าจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนี้

บทบาทของพยาบาลด้านการให้ความรู้ในการบริหารยา

การให้ความรู้เป็นบทบาทหลักของพยาบาลที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องบริหารยามุ่งเป้าด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้น พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการบริหารยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานปลอดภัย ดังนี้

1. วิธีการรับประทานยาที่มีความสำคัญ เนื่องจากการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยามุ่งเป้าทั้งเม็ดพร้อมกับน้ำเปล่า ห้ามบด หัก หรือเคี้ยวยา ให้กลืนยาทั้งเม็ด โดยผู้ป่วยควรเคี้ยวเมื่อรับประทานในแต่ละครั้งเท่านั้น ไม่ควรแกะใส่กล่องหรือแก้วยาไว้เนื่องจากยาจะสัมผัสกับอุณหภูมิและความชื้นในอากาศ ทำให้ยาเสื่อมประสิทธิภาพ (Arnold-Korzeniowski, 2023) กรณีญาติเป็นผู้ช่วยเหลือในการรับประทานยา พยาบาลควรแนะนำให้ญาติสวมถุงมือเพื่อป้องกันการสัมผัสกับยามุ่งเป้าโดยตรงและล้างมือทุกครั้ง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนยาได้ทั้งเม็ด สามารถทำการละลายยาโดยมีข้อแนะนำดังนี้

1.1 ยา Erlotinib ละลายในน้ำเปล่าปริมาณ 100 ซีซี ทิ้งไว้จนยาละลายหมดแล้วดื่มทันทีตามด้วยดื่มน้ำเปล่าอีก 40 ซีซี (Li, Liu, Kolli, Wetz, Griffith, & Poi, 2016)

1.2 ยา Gefitinib ละลายในน้ำเปล่าปริมาณ 120-240 ซีซี คนประมาณ 15 นาที จนยาละลายหมดแล้วดื่มทันทีตามด้วยดื่มน้ำเปล่าอีก 120-240 ซีซี (Arnold-Korzeniowski, 2023)

1.3 ยา Afatinib ละลายในน้ำเปล่าปริมาณ 100 ซีซี คนประมาณ 15 นาที จนยาละลายหมดแล้วดื่มทันทีตามด้วยดื่มน้ำเปล่าอีก 100 ซีซี (Haddad et al., 2019)

1.4 ยา Osimertinib ละลายในน้ำเปล่าปริมาณ 60 ซีซีจนยาละลายหมดแล้วดื่มทันทีตามด้วยดื่มน้ำเปล่าอีก 120-240 ซีซี (Astra Zeneca, 2024)

2. เวลาการรับประทานยาที่มีความสำคัญ เนื่องจากการรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารมีผลต่อการดูดซึมของยา พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับเวลารับประทานยา โดยยา Erlotinib และ Afatinib ควรรับประทานก่อนอาหาร 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง เนื่องจากหากรับประทานหลังอาหารทันทีอาหารจะมีผลต่อการดูดซึมของยา ส่วนยา Gefitinib และ Osimertinib สามารถรับประทานหลังอาหารได้ เนื่องจากอาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมของยา (Bettencourt, 2014)

3. การจัดการเมื่อลืมรับประทานยาที่มีความสำคัญ เนื่องจากการลืมรับประทานยา ทำให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาไม่คงที่และส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา

พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการเมื่อลืมรับประทานยา โดยยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs มีวิธีการรับประทานวันละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยลืมรับประทานยาให้นับจุดตัดเวลาที่ 12 ชั่วโมง หากผู้ป่วยนึกขึ้นได้ภายใน 12 ชั่วโมงนับจากเวลาที่รับประทานยาเป็นประจำให้รับประทานยาได้เลยทันทีที่นึกขึ้นได้ หรือหากผู้ป่วยนึกขึ้นได้เกิน 12 ชั่วโมงให้ข้ามไปรับประทานยาในวันถัดไป โดยรับประทานยาขนาดเท่าเดิม ไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า (Bettencourt, 2014)

4. การจัดการเมื่อรับประทานยาเกินขนาดมีความสำคัญ เนื่องจากการรับประทานยาเกินขนาด ทำให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาเพิ่มขึ้น และเกิดผลข้างเคียงจากยามากผิดปกติ พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการเมื่อรับประทานยาเกินขนาด หากผู้ป่วยทราบว่าตนเองรับประทานยาเกินขนาด ควรรีบปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเภสัชกรทันที เพื่อขอคำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาเกินขนาด กรณีที่ผู้ป่วยไม่แน่ใจหรือจำไม่ได้ว่าตนเองรับประทานยาไปแล้ว พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยว่าไม่ต้องรับประทานยาซ้ำ ส่วนกรณีรับประทานยาแล้วมีอาการอาเจียน พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาเพิ่ม ให้รอรับประทานยาในวันถัดไป โดยรับประทานยาขนาดเท่าเดิม ไม่ต้องเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า (Bettencourt, 2014)

5. อาหาร ยา และสมุนไพรที่ควรงด หรือหลีกเลี่ยงมีความสำคัญ เนื่องจากอาหาร ยา และสมุนไพรบางชนิดมีอันตรกิริยา หรือรบกวนการเมตาบอลิซึมของยามุ่งเป้า ทำให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาไม่คงที่ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและอาจเกิดอันตรายจากการใช้ยา พยาบาลควรให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาหาร ยา และสมุนไพรที่ควรงด หรือหลีกเลี่ยงระหว่างที่ได้รับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ดังนี้

5.1 อาหารที่มีอันตรกิริยากับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มผลไม้สมุนไพร และเครื่องดื่ม โดยกลุ่มผลไม้ที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยงได้แก่ ผลไม้ตระกูลส้มโอ ทับทิม มะเฟือง มะนาว และเกรฟฟรุต ส่วนกลุ่มสมุนไพรที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง ได้แก่ โสม ใบกิงโกะ จิง ขมิ้นชัน ฟาทะลายโจร กระเทียม (Veerman et al., 2020) และเครื่องดื่มที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง เช่น

ไวน์แดง ชาเขียว เนื่องจากมีงานวิจัยที่ระบุว่า ชาเขียวสามารถลดระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาได้ถึงร้อยละ 74 (Maher, Alzoman, Shehata, & Abahussain, 2017)

5.2 บุหรี่ เป็นสาเหตุทำให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาลดลงหากพยาบาลประเมินและพบว่าผู้ป่วยยังมีประวัติการสูบบุหรี่ ควรแนะนำให้งดการสูบบุหรี่ (Sohn et al., 2015)

5.3 ยากลุ่มต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วาร์ฟาริน เมื่อใช้ร่วมกับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs จะทำให้มีค่า INR สูงขึ้น และส่งผลให้มีภาวะเลือดออกมากผิดปกติโดยทั่วไปแพทย์จะพิจารณาเปลี่ยนยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นแบบฉีดเข้าใต้ชั้นผิวหนังและมีการตรวจติดตามค่า INR และ Prothrombin time เป็นระยะ (Thomas, Billingsley, Amarshi, & Nair, 2010)

5.4 ยาที่ส่งผลต่อการดูดซึมของยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้ยามีการแตกตัวและดูดซึมได้ลดลงหากพยาบาลประเมินและพบว่าผู้ป่วยใช้ยากลุ่มต่อไปนี้ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาในการปรับเปลี่ยนยา หรือเวลาบริโภทยา ดังนี้ (Peters, Zimmermann, & Adjei, 2014; Occhipinti et al., 2021; Otten et al., 2022)

1) ยาลดกรดกลุ่ม Proton pump inhibitor เช่น Omeprazole และ Pantoprazole (Du et al., 2022)

2) ยาลดกรดกลุ่ม Antacid เช่น Alum milk และ Gaviscon พิจารณาให้ยามุ่งเป้าก่อนและตามด้วยยากลุ่ม Antacid ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือพิจารณาให้ยากลุ่ม Antacid ก่อนและตามด้วยยามุ่งเป้าห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (Gay, Toulet, & LeCorre, 2017)

3) ยาลดกรดกลุ่ม H2 Antagonist เช่น Ranitidine พิจารณาให้ยามุ่งเป้าก่อนและตามด้วยยากลุ่ม H2 Antagonist ห่างกันอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือพิจารณาให้ยากลุ่ม H2-Antagonist ก่อนและตามด้วยยามุ่งเป้าห่างกันอย่างน้อย 10 ชั่วโมง (Kucharczuk, Ganetsky, & Vozniak, 2018)

4) ยากลุ่ม Anticholinergic เช่น Amitriptyline, Chlorpheniramine, Dramamine, และ Olanzapine

5.5 ยาที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของยา โดยยากลุ่ม CYP34A มีผลต่อการเมตาบอลิซึมของยามุ่งเป้า ทั้งใน

ลักษณะของการเป็นตัวเหนี่ยวนำ (Inducer) ทำให้เกิดการเมตาบอลิซึมของยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาลดลง และทำให้ประสิทธิภาพการรักษาลดลง ส่วนในลักษณะของการเป็นตัวยับยั้ง (Inhibitor) ทำให้เกิดการเมตาบอลิซึมของยาลดลง ส่งผลให้ระดับของยามุ่งเป้าในพลาสมาเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยามากผิดปกติ ดังนี้ (Peters et al., 2014; Kucharczuk et al., 2018; Occhipinti et al., 2021; Otten et al., 2022)

1) ยาที่เหนี่ยวนำ CYP34A ทำให้ระดับของยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในพลาสมาลดลงและประสิทธิภาพการรักษาลดลง ได้แก่ ยากลุ่มกันชัก เช่น Phenytoin, Carbamazepine, และ Phenobarbital ยาต้านวัณโรค เช่น Rifampicin กลุ่มสมุนไพรต้านโรคซึมเศร้า เช่น St. John's Wort

2) ยาที่ยับยั้ง CYP34A ทำให้ระดับของยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในพลาสมาเพิ่มขึ้น และเกิดผลข้างเคียงจากยามากผิดปกติ ได้แก่ ยากลุ่มต้านเชื้อรา เช่น Ketoconazole, Itraconazole, และ Voriconazole ยากลุ่มต้านเชื้อ HIV เช่น Ritonavir ยากลุ่มปฏิชีวนะ เช่น Clarithromycin

6. การเก็บรักษาอย่างถูกวิธีมีความสำคัญเนื่องจากการเก็บรักษาที่ไม่ถูกวิธี อาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพพยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเก็บรักษาอย่างถูกวิธี โดยต้องเก็บยาไว้ในบรรจุภัณฑ์เดิมที่ได้รับมา ห้ามแกะยาออกจากแผงไปเก็บในภาชนะอื่น ควรเก็บยาไว้ในที่แห้ง อย่าให้โดนแสงแดดโดยตรง ควรเก็บยาไว้ในที่อุณหภูมิไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส ไม่ควรเก็บยาไว้ในที่ร้อนชื้น เช่น รถยนต์ ห้องน้ำ ห้องครัว และควรเก็บยาให้พ้นจากมือเด็ก (Bettencourt, 2014)

บทบาทของพยาบาลด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถป้องกัน และดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้ (Califano et al., 2015; Hofheinz et al., 2017; Aw et al., 2018; Cury-Martins, Eris, Abdalla, Silva, Moura, & Sanches, 2020; Huynh Dagher et al., 2021)

1. **ผื่น** พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับแสงแดดหรือการอาบแดด โดยเฉพาะในช่วงเวลา 10.00-16.00 น. หากมีความจำเป็นควรใช้ครีมกันแดดที่มี SPF ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป และทาครีมกันแดดทุก ๆ 2 ชั่วโมง ร่วมกับการใช้อุปกรณ์กันแดด เช่น การสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หมวกแวกกันแดดและร่ม แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์ หรือครีมบำรุงผิวเพื่อให้ผิวเกิดความชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์หรือโลชั่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือน้ำหอม ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผิวแห้ง เกิดการระคายเคือง และเกิดผื่นได้มากขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นหรือน้ำร้อน เนื่องจากทำให้ผิวแห้งได้ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีอาการคันตามผิวหนัง ควรใช้ผ้าเย็นประคบแทนการเกา เนื่องจากการเกาอาจทำให้เกิดแผลและมีกริดเชื้อ หลีกเลี่ยงการสวมใส่เสื้อผ้าที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังหรือทำให้เกิดอาการคัน ควรสวมเสื้อผ้าที่ใส่สบาย ไม่รัดแน่นจนเกินไป

2. **ขอบเล็บอักเสบ** พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยในการป้องกันโดยดูแลความสะอาดของเล็บอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรตัดเล็บสั้นหรือลิ้นจนเกินไป และไม่ควรรัดหรือฉีกบริเวณงูเล็บ พยายามซับมือหรือทำให้แห้งอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการเกิดแรงเสียดทาน การบาดเจ็บ หรือการระคายเคืองต่อเล็บ เช่น การสวมถุงมือขณะซักผ้า ล้างจาน หรือทำงานบ้าน การสวมถุงเท้าหากต้องเดินระยะไกลและควรสวมรองเท้าที่ไม่แน่นจนเกินไป หลีกเลี่ยงการตกแต่งสีเล็บหรือการทำเล็บ หากมีอาการสามารถแช่มือหรือเท้าในน้ำอุ่นผสมกับน้ำส้มสายชูในอัตราส่วนที่เท่ากัน เป็นเวลา 15 นาที ก่อนอาบน้ำเข้านอน

3. **ท้องเสีย** พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยจิบเกลือแร่ เพื่อชดเชยการสูญเสียเกลือแร่ และดื่มน้ำ 3-4 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยท้องเสีย ได้แก่ เบรทไดเอท (BRAT Diet) ประกอบด้วย กลัวย ข้าว แอปเปิ้ลซอส และขนมปัง นอกจากนี้ ควรดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณขั้วถ่าย เพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือการเกิดแผล

4. **เชือบุช่องปากอักเสบ** พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม หากรู้สึกลิ้นหรือมีแผลสามารถใช้ก๊อสน้ำเกลือ เช็ดทำความสะอาดได้ แนะนำการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังรับประทานอาหารและ

ก่อนนอน หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ร้อนจัด การสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากทำให้เกิดการระคายเคือง หรือเกิดแผลในเยื่อบุช่องปากได้

กรณีศึกษา

อาการสำคัญ: มีผื่นที่ใบหน้า หน้าอก และหลัง 1 สัปดาห์ ก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน: 2 เดือนก่อนมีอาการชัก ไม่รู้สึกตัว ประมาณ 2 นาที ทำ MRI brain พบ Large well defined solid mass about 3.3 x 3.5 x 4 cm. ได้รับการผ่าตัดแบบ Right craniotomy with tumor removal (27 สิงหาคม 2567) ตามด้วยการฉายแสงแบบ WBRT 30Gy/10Fx และเริ่มยา Dilantin ผลย้อมชิ้นเนื้อเป็น Metastasis adenocarcinoma ทำ CT chest พบ Mass 4.2 x 2.5 cm. in basal segment of LLL, Primary lung cancer ผลย้อมชิ้นเนื้อ EGFR พบ EGFR mutation exon 19del

1 เดือนก่อนมาแพทย์เริ่มการรักษาด้วยยา Erlotinib 150 mg 1 x 2 Oral PC (24 กันยายน 2567)

อาการแรกพบ ผู้ป่วยรู้ตัว รู้เรื่องดี ไม่มีอาการอ่อนแรง มีผื่นที่ใบหน้า หน้าอก และหลัง คล้ายกับตุ่มสิว ไม่มีขอบเล็บอักเสบ ไม่มีเยื่อบุช่องปากอักเสบ ไม่มีท้องเสีย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 99/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยา

1. ผลย้อมชิ้นเนื้อจาก Rt. Craniotomy พบ Metastasis adenocarcinoma

2. ผลย้อมชิ้นเนื้อ EGFR พบ EGFR mutation exon 19del

3. การวินิจฉัยโรค Adenocarcinoma of lung with brain metastasis

การรักษา

แพทย์ให้รับประทานยา Erlotinib 150 mg 1 x 2 Oral PC ต่อ และให้การรักษาผื่น ดังนี้

1. Doxycycline 100 mg 1 x 2 Oral PC

2. Chula soap สบู่อาบน้ำ เช้า-เย็น

3. 0.1% TA milk lotion ทาผื่นที่ลำตัว 2 ครั้ง เช้า-เย็น

4. 0.02% TA lotion ทาพื้นที่หน้า 2 ครั้ง เช้า-เย็น
5. Hydrophilic cream ทาหน้า 2 ครั้ง เช้า-เย็น
6. 10% Urea cream ทาลำตัว 2 ครั้ง เช้า-เย็น

การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process)

กระบวนการพยาบาล ประกอบไปด้วยการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) โดยปรับให้เข้ากับกรณีศึกษา ดังนี้

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยเครื่องมือ MASCC Oral Agent Teaching Tool ตามแนวปฏิบัติของ Multinational Association of Supportive Care in Cancer โดยปรับให้เข้ากับกรณีศึกษา ดังนี้

1. ประวัติการใช้ยา: ผู้ป่วยมีประวัติชักและผ่าตัดสมอง ต้องรับประทานยา Dilantin ทำให้ระดับของยาพุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในพลาสมาลดลง แพทย์ได้เปลี่ยนเป็นยา Keppra
2. การกลืน: หลังการผ่าตัดสมองสามารถกลืนยาได้ปกติ
3. การอ่านฉลากยา: หลังการผ่าตัดสมองสามารถอ่านฉลากยาได้ ไม่มีมองเห็นภาพซ้อน
4. ความสามารถในการดูแลตนเอง: Motor power grade V all สามารถรับประทานได้ด้วยตนเอง
5. ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา: มีผื่นขึ้นที่ใบหน้า หน้าอก และหลังความรุนแรงระดับ 2 (Grade2)
6. ความร่วมมือในการรับประทานยา: รับประทานยาครบตามแผนการรักษา

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ไม่สุขสบายเนื่องจากผื่นตามร่างกาย

การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแลผิวเพื่อลดการกระตุ้นการเกิดผื่น ดังนี้

- 1) หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับแสงแดดในช่วงเวลา 10.00-16.00 น. หากมีความจำเป็นให้ใช้ครีมกันแดดที่มี SPF ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป ร่วมกับการใช้อุปกรณ์กันแดด เช่น เสื้อและกางเกงขายาว หมวก แว่นกันแดด และร่ม

- 2) หลีกเลี่ยงการใช้ผลิตภัณฑ์ หรือ โลชั่นที่มีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ หรือน้ำหอม เนื่องจากกระตุ้นทำให้ผิวแห้ง

- 3) หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น เนื่องจากทำให้ผิวแห้ง
- 4) สวมเสื้อผ้าที่ใส่สบาย ไม่รัดแน่น เพื่อลดการเสียดสีและการระคายเคืองของผิวหนัง

2. พยาบาลให้คำแนะนำการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการผื่น ดังนี้

- 1) แนะนำให้ Chulasap ขณะอาบน้ำ เช้า-เย็น เพื่อลดการระคายเคืองของผิวหนัง

- 2) แนะนำให้ Hydrophilic cream ทาใบหน้า 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ตามด้วย 0.02% TA lotion ทาพื้นที่ใบหน้า 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อลดการอักเสบ

- 3) แนะนำให้ 10% Urea cream ทาลำตัว 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น ตามด้วย 0.1% TA milk lotion ทาพื้นที่หน้าอกและหลัง เพื่อลดการอักเสบ

- 4) แนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะ Doxycycline 100 mg 1 x 2 Oral PC

3. หากมีอาการคัน แนะนำให้ใช้ผ้าเย็นประคบแทนการเกาเพื่อป้องกันการเกิดแผลและติดเชื้อ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ หากมีผื่นมากขึ้น ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดเพื่อพิจารณาการหยุดยา Erlotinib

การประเมินผลการพยาบาล

22 ตุลาคม 2567 ผื่นที่ใบหน้า หน้าอกและหลัง มีความรุนแรงลดลงเหลือระดับ 1 (Grade 1)

การอธิบายผลการศึกษา

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ตำแหน่ง Exon19 del สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาพุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์เล็กที่มีการกลายพันธุ์ของยีน EGFR ผู้ป่วยได้เริ่มการรักษาด้วยการรับประทานยาพุ่งเป้า Erlotinib (150) 1*1 Oral PC ซึ่งเป็นยาพุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในรุ่นแรก หลังจากรับประทานยาไปแล้ว 1 เดือน ผู้ป่วยเริ่มมีผื่นคล้ายตุ่มสิวขึ้นที่ใบหน้า หน้าอกและหลัง สอดคล้องกับระยะเวลาของการเกิดผื่นในผู้ป่วยที่ได้รับยาพุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ซึ่งมักพบผื่นภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังได้รับยา และอาการมักรุนแรงขึ้นใน 3-4 สัปดาห์

โดยผื่นมักเกิดขึ้นที่ใบหน้า หน้าอกและหลังส่วนบนจากการประเมินความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 คือ ผื่นขึ้นปกคลุมมากกว่าร้อยละ 30 ของพื้นที่ผิวร่างกาย โดยมีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการตามแนวทางการรักษาผลข้างเคียงสามารถพิจารณาให้ยามุ่งเป้าต่อไปได้ และพิจารณาให้ยากลุ่มปฏิชีวนะชนิดรับประทาน สำหรับผู้ป่วยรายนี้แพทย์ได้พิจารณาให้รับประทานยามุ่งเป้าต่อไป ไม่ได้ปรับลดขนาดยา และให้ยากลุ่มปฏิชีวนะชนิดรับประทานเป็น Doxycycline (100) 1*2 Oral PC ยาเพิ่มความชุ่มชื้นและลดการระคายเคืองของผิวหนังเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยจากการประเมินข้อมูลในด้านต่างๆ ตามแนวปฏิบัติของ MASCC พบว่าหลังผ่าตัดสมองผู้ป่วยมีประวัติการใช้ยา Dilantin ซึ่งมีผลทำให้ระดับของยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ในพลาสมาลดลง แพทย์จึงพิจารณาเปลี่ยนเป็นยา Keppra ส่วนความสามารถในการกลืนยา ผู้ป่วยสามารถกลืนยาได้ตามปกติ สามารถอ่านฉลากยาและรับประทานยาได้ด้วยตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้จึงมีปัญหาที่สำคัญ คือ ผื่น ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงจากยามุ่งเป้าที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย หลังจากผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการข้างเคียง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ โดยหลังจากการตรวจติดตามอาการ พบว่า ผื่นลดลงและมีความรุนแรงอยู่ในระดับ 1

สรุป

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยามุ่งเป้ากลุ่ม EGFR TKIs ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยา ทั้งกลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่ม EGFR TKIs ที่ใช้ในปัจจุบัน ผลข้างเคียงจากยา การแบ่งระดับความรุนแรงแนวทางในการรักษาผลข้างเคียงและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยก่อนและแต่ละครั้งที่มารับยามุ่งเป้า เพื่อประเมินปัญหา หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการรักษา รวมทั้งบทบาทการให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับหลักการบริหารยาที่ถูกต้อง การให้ความรู้ในการป้องกันและการดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบริหารยาได้ถูกต้อง ปลอดภัย สามารถป้องกันหรือจัดการ

กับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างที่ได้รับการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- Anderson, M. K., Bettencourt, E. V., & LeFebvre, K. B. (2024). Defining the role and responsibilities of the oral anticancer Medication Nurse Navigator. *Seminars in Oncology Nursing*, 40(2), 151582.
- Arnold-Korzeniowski, K. (2023). *Gefitinib (Iressa)*. Retrieved from <https://www.oncolink.org/cancer-treatment/oncolink-rx/gefitinib-iressa-r>.
- AstraZeneca, (2024), *About TAGRISSO for late-stage EGFR+ NSCLC*. Retrieved from <https://www.tagrisso.com/late-stage-egfr-nsclc/about-tagrisso.html>.
- Aw, D. C. W., Tan, E. H., Chin, T. M., Lim, H. L., Lee, H. Y., & Soo, R. A. (2018). Management of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor-related cutaneous and gastrointestinal toxicities. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 14(1), 23–31.
- Bettencourt, E. (2014). Oral chemotherapy-what your patients need to know. *Oncology Issues*, 29(6), 44-51.
- Califano, R., Tariq, N., Compton, S., Fitzgerald, D. A., Harwood, C. A., Lal, R., Lester, ... Nicolson, M. (2015). Expert consensus on the management of adverse events from EGFR tyrosine kinase inhibitors in the UK. *Drugs*, 75(12), 1335-348.
- Carrington, C. (2015). Oral targeted therapy for cancer. *Australian Prescriber*, 38(5), 171.
- Chen, J. Y., Liang, S. K., Chuang, T. Y., Chu, C. Y., Tu, C. H., Yeh, Y. J., ...Chen, K. Y. (2024). The impact of comorbidities, neutrophil-to-lymphocyte ratio, and drug toxicities on quality of life in lung cancer patients receiving EGFR-TKI therapy. *Journal of the Formosan Medical Association*, 123(2), 198-207.

- Cury-Martins, J., Eris, A. P. M., Abdalla, C. M. Z., Silva, G. de B., Moura, V. P. T. de, & Sanches, J. A. (2020). Management of dermatologic adverse events from cancer therapies: recommendations of an expert panel. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 95(2), 221-237.
- Du, X., Liu, W., Chen, K., Wang, Z., Li, X., Yang, L., ...Xie, X. (2022). Impact of the Gastric Acid Suppressant Use on the Safety and Effectiveness of EGFR-TKIs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, 13, 796538.
- Gay, C., Toulet, D., & Le Corre, P. (2017). Pharmacokinetic drug-drug interactions of tyrosine kinase inhibitors: A focus on cytochrome P450, transporters, and acid suppression therapy. *Hematological Oncology*, 35(3), 259-280.
- Haddad, R., Guigay, J., Keilholz, U., Clement, P. M., Fayette, J., de Souza Viana, L., ... Gauler, T. (2019). Afatinib as second-line treatment in patients with recurrent/metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck: Subgroup analyses of treatment adherence, safety and mode of afatinib administration in the LUX-Head and Neck 1 trial. *Oral Oncology*, 97, 82-91.
- Hofheinz, R. D., Segart, S., Safont, M. J., Demonty, G., & Prenen, H. (2017). Management of adverse events during treatment of gastrointestinal cancers with epidermal growth factor inhibitors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 114, 102-113.
- Huynh Dagher, S., Blom, A., Chabanol, H., & Funck-Brentano, E. (2021). Cutaneous toxicities from targeted therapies used in oncology: Literature review of clinical presentation and management. *International Journal of Women's Dermatology*, 7(5), 615-624.
- Karachaliou, N., Fernandez-Bruno, M., Bracht, J. W. P., & Rosell, R. (2019). EGFR first- and second-generation TKIs-there is still place for them in EGFR-mutant NSCLC patients. *Translational Cancer Research*, 8(Suppl 1), S23-S47.
- Kucharczuk, C. R., Ganetsky, A., & Vozniak, J. M. (2018). Drug-drug interactions, safety, and pharmacokinetics of EGFR tyrosine kinase inhibitors for the treatment of non-small cell lung cancer. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 9(2), 189.
- Li, Q., Liu, Z., Kolli, S., Wetz, K., Griffith, N., & Poi, M. J. (2016). Stability of extemporaneous erlotinib, lapatinib, and imatinib oral suspensions. *American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 73(17), 1331-1337.
- Maher, H. M., Alzoman, N. Z., Shehata, S. M., & Abahussain, A. O. (2017). UPLC-ESI-MS/MS study of the effect of Green tea extract on the oral bioavailability of erlotinib and lapatinib in rats: Potential risk of pharmacokinetic interaction. *Journal of Chromatography. B, Analytical Technologies in the Biomedical and Life Sciences*, 1049-050, 30-40.
- Melosky, B., & Hirsh, V. (2014). Management of common toxicities in metastatic NSCLC related to anti-lung cancer therapies with EGFR-TKIs. *Frontiers in Oncology*, 4, 238.
- Multinational association of supportive care in cancer. (2016). *MASCC Oral Agent Teaching Tool (MOATT)*. Retrieved from <https://mascc.org/resources/assessment-tools/mascc-oral-agent-teaching-tool-moatt/>

- Occhipinti, M., Brambilla, M., Galli, G., Manglaviti, S., Giammaruco, M., Prelaj, A., ... Marchetti, P. (2021). Evaluation of drug-drug interactions in EGFR-mutated non-small-cell lung cancer patients during treatment with tyrosine-kinaseinhibitors. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5).
- Otten, L.-S., Heine, R. ter, Chiong, J., Martin, J., van den Heuvel, M. M., Piet, B., & Burger, D. (2022). EP08.02-090 sotorasibdrug-drug Interactions: essential guidance requested by physicians worldwide. *Journal of Thoracic Oncology*, 17(9), S444-S445.
- Peters, S., Zimmermann, S., & Adjei, A. A. (2014). Oral epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors for the treatment of non-small cell lung cancer: comparative pharmacokinetics and drug-drug interactions. *Cancer Treatment Reviews*, 40(8), 917-926.
- Phillips, W. J., Leighl, N. B., Blais, N., & Wheatley, P. (2024). Oral targeted therapy for the treatment of non-small cell lung carcinoma. *CMAJ*, 196(16), E558-E561.
- Pluzanski, A., & Piorek, A. (2016). Side effects of tyrosine kinase inhibitors-management guidelines. *Oncology in Clinical Practice*, 12(4), 113-118.
- Siegel, R. D., LeFebvre, K. B., Temin, S., Evers, A., Barbarotta, L., Bowman, R. M., ...Olsen, M. M. (2024). Antineoplastic therapy administration safety standards for adult and pediatric oncology: ASCO-ONS standards. *Oncology Nursing Firum*, 51(3), 1-24
- Sohn, H. S., Kim, H., Song, I. S., Lim, E., Kwon, M., Ha, J. H., ...Kwon, J. W. (2015). Evidence supporting the need for considering the effects of smoking on drug disposition and effectiveness in medication practices: a systematic narrative review. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 53(8), 621-634.
- Thomas, K. S., Billingsley, A., Amarshi, N., & Nair, B. A. (2010). Elevated International Normalized Ratio associated with concomitant warfarin and erlotinib. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 67(17), 1426-1429.
- Veerman, G. D. M., Hussaarts, K. G. A. M., Jansman, F. G. A., Koolen, S. W. L., van Leeuwen, R. W. F., & Mathijssen, R. H. J. (2020). Clinical implications of food-drug interactions with small-molecule kinase inhibitors. *The Lancet. Oncology*, 21(5), e265-e279.
- Zhang, H. (2016). Three generations of epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors developed to evolutionizethe therapy of lung cancer. *Drug Design, Development and Therapy*, 10, 3867.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

Effects of Self-management Program on Self-management Behaviors and A1C level Among Type 2 Diabetes with Diabetic Retinopathy

ขวัญเนตร โพธิ์ลี (Khwannet Pholee)*

นงนุช โอปะ (Nongnut Oba)**

วรวรรณ ทิพย์วารีรัมย์ (Worawan Tipwareerom)**

นนท์ โสวัณณะ (Non Sowanna)***

Received: March 4, 2024

Revised: March 15, 2024

Accepted: April 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่มารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอศีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้าน และแบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มีค่าความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง คือ Paired t-test และ Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้านและพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) พฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้านและพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดซึ่งจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, เบาหวานชนิดที่ 2, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา

*Corresponding author: Khwannet Pholee; E-mail: khwannetp64@nu.ac.th

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร(Student, Master of Nursing ScienceProgramin Community Nursing Practitioner, Naresuan University)

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร(Assistant Professor, Faculty of Medicine, Naresuan University)

Abstract

This quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design aimed to study the effects of self-management program on self-management behaviors and A1C level among type 2 diabetes with diabetic retinopathy who received treatment at the Subdistrict Health Promoting Hospital, Khiri Mat District, Sukhothai Province. The sample was diabetes patients with diabetic retinopathy from mild to moderate non-proliferative diabetic retinopathy. Sixty samples were selected using purposive random sampling and divided into experimental and control group by matched pair. The experimental group received a self-management program, consisted of 6 steps: goal setting, data collection, data processing and evaluation, decision making, action and self-reflection for a period of 12 weeks, while the control group received routine care. Research collecting instruments consisted of 1) self-management behaviors questionnaire, the questionnaire was tested which its reliability of Cronbach's alpha coefficient was 0.96. The data was analyzed by using descriptive statistics including number, percentage, mean and standard deviation and the reference statistics were paired t-test and independent t-test.

The results of the study found that the self-management behaviors score and total self-management behaviors after intervention of experimental group were significantly higher than those before intervention at .001 level. And the A1C level after intervention of experimental group was significantly lower than that before intervention at .001 level. Moreover, the average score of self-management behaviors and total self-management behaviors after intervention of experimental group was significantly higher than those of the control group at .001 level. And the A1C level after intervention of experimental group was significantly lower than that of the control group at .001 level. In conclusion, self-management program should be implemented in type 2 diabetes in order to adjust self-management behaviors and reduced the A1C level, which may reduce the severity of diabetic retinopathy.

Keywords: Self-management program, Self-management behaviors, A1C, Type 2 diabetes, Diabetic retinopathy.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกในวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยพบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานปี 2560-2564 เพิ่มขึ้นจาก 3.3 ล้านคนเป็น 4.4 ล้านคนและมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 1.5 แสนคนต่อปี (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2022) ในเขตสุขภาพที่ 2 โรคเบาหวานของจังหวัดสุโขทัย พบเป็นลำดับที่ 2 คิดเป็น 1,266.34, 1,270.32 และ 1,286.42 ต่อประชากรแสนคน (Sukhothai Provincial Public Health Office, 2021) เบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นสาเหตุที่สำคัญ 1 ใน 5 อันดับแรกที่ทำให้เกิดตาบอด จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy: DR) อยู่ 93 ล้านคน และ 28 ล้านคนเป็นชนิดรุนแรง (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์และความรุนแรงเบาหวานขึ้นจอประสาทตาปี 2560 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Meletus) ร้อยละ 24.0-31.4 เกิดการสูญเสียการมองเห็นขั้นรุนแรงร้อยละ 10 และมีภาวะตาบอดร้อยละ 2 (Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, and National Health Security Office, 2017) ในเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดสุโขทัยมีผู้ป่วยตาบอดจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพบเป็นลำดับแรก มีอัตราป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่อประชากรแสนคนระหว่างปี 2562-2564 เท่ากับ 125.69, 147.99 และ 198.91 ตามลำดับ (Sukhothai Provincial Public Health Office, 2021)

โรคเบาหวานถ้าไม่ได้รับการควบคุมดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetes Association of Thailand et al., 2017) เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic Retinopathy: DR) ทำให้สูญเสียการมองเห็น ปัจจัยหลักคือไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และระยะเวลาเป็นมานานทำให้เบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ถึงร้อยละ 80 (Diabetes Association of Thailand et al., 2017) ซึ่งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงสามารถลดการสูญเสียการมองเห็น

ได้ถึงร้อยละ 90 มีกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การตรวจคัดกรอง (Screening) เพื่อค้นหาโรคตั้งแต่เริ่มแรก (Early detection) และได้รับการรักษาทันเวลาที่ (Timely treatment) คู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน (Lifestyle modification) (Medical Technology Research and Evaluation Institute Bureau of Noncommunicable Diseases & the Royal College of Ophthalmologists of Thailand, 2015) และเป้าหมายการรักษาที่สำคัญคือ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้น้อยกว่า 7% (Diabetes Association of Thailand et al., 2017)

อำเภอคีรีมาศ มีร้อยละของเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด พบอัตราป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี 2562-2564 เท่ากับ 11.24, 12.36 และ 13.27 ตามลำดับ พบว่ามีระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลางมากที่สุด และผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต้องได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสุโขทัยเพื่อทำการรักษาโดยการทำเลเซอร์หรือผ่าตัดปี 2564-2565 เพิ่มขึ้นจาก 8 เป็น 13 คน ตามลำดับและจากรายงานอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับเล็กน้อยและปานกลางปี 2564-2565 เพิ่มขึ้นจาก 71.68 เป็น 75.59 ตามลำดับ (Health Data Center, Sukhothai Provincial Public Health Office, 2022) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพิ่มขึ้นจนเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) สร้างโดย เครียร์ (Creer, 2005) เป็นแนวคิดของการจัดการโดยการสร้างทักษะการแก้ปัญหาและการวางแผนการจัดการด้วยตนเองเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบจากโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ และลงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นปกติสุข โดยมีลักษณะเป็นกระบวนการประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decisionmaking) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนตนเอง

(Self-reaction) มีงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้แล้วได้ผลดี ได้แก่ งานวิจัยที่ทดลองที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Pintana, & Kitreerawutiwong, 2018) และงานวิจัยที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Nampathay, 2018) อีกทั้งการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Boontanapisan, Naewbood, & Tipwareerom, 2022) ดังนั้น จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสามารถปรับพฤติกรรมได้ดีขึ้นและสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตากลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตากลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตากลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง
4. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาหลังทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการตนเอง

1. การตั้งเป้าหมาย

1.1 การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและการแปลผลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

1.2 การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลที่สำคัญของตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและอาการทางตา

3. การประมวลและประเมินข้อมูล

3.1 รับทราบระดับความรุนแรงพยาธิสภาพจอประสาทตาของตนเอง

3.2 การสรุปพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4. การตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน

5. การลงมือปฏิบัติ

5.1 การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

5.2 การได้รับการติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองโดยการเยี่ยมบ้าน

5.3 การได้รับการติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์

กลุ่ม

6. การสะท้อนตนเอง

การสะท้อนตนเองและการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

พฤติกรรมจัดการตนเอง

- 1) ด้านการบริโภคอาหาร
- 2) ด้านการใช้ยากระดับน้ำตาลในเลือด
- 3) ด้านการออกกำลังกาย
- 4) ด้านการจัดการความเครียด
- 5) ด้านการดูแลตา

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ประชากร ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35-59 ปี ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางของโรงพยาบาลศิริราช ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 891 คน

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีเกณฑ์การคัดเลือก 1) ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง เป็นมากกว่า 1 ปี 2) เป็นผู้ป่วยที่มีค่า A1C > 8-0% 3) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานยากระดับน้ำตาลในเลือด 4) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตอำเภอศิริราช จังหวัดสุโขทัย 5) สามารถ อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะดี 6) สามารถติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ทางโทรศัพท์ได้ และ 7) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดช่วงการศึกษาวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีโรคแทรกซ้อนอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 2) มีความพิการทางกาย

ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต 3) มีความพิการทางการได้ยิน ได้แก่ หูหนวก เป็นใบ้ และเกณฑ์การถอดถอน ได้แก่

- 1) ได้รับการปรับแผนการรักษาจากยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นยาฉีดอินซูลิน 2) มีเหตุการณ์หรือผลกระทบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ 3) ขาดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 ครั้งขึ้นไป 4) ขอดอนตัวออกจากโครงการวิจัย และ 5) ย้ายที่อยู่อาศัยไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพแห่งอื่น

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณหาค่า Effect size จากสูตรของกลาส (Glass, 1976) โดยนำผลการวิจัยของสาวิตรีนามพะราช (Nampathay, 2018) มาใช้ในการคำนวณค่าอิทธิพล (d) ได้เท่ากับ 1.11 ซึ่งนำไปประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยของโคเฮน ที่ระบุว่าค่าอิทธิพลมากกว่า 0.8 จัดเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect) จากนั้นเปิดตาราง JACOB COHEN กำหนด $\alpha = .05$,

power = .80, ที่ large effect ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (Srisatitnarakul, 2010) เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมเป็น 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มทดลอง ดำเนินการเลือก รพ. สต. กลุ่มตัวอย่างในอำเภอกีรีมาศ จากทั้งหมด 12 แห่ง สุ่มแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรม Thaiware (Thaiware Communication, 2004) สุ่มครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองได้แก่ รพ.สต.นาเชิงคีรี มีประชากรจำนวน 136 คน และสุ่มครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ รพ. สต. น้ำพุ มีประชากรจำนวน 77 คน จากนั้น ทำการสุ่ม กลุ่มทดลองแบบ Simple random sampling ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Thaiware โดยสร้างเลขสุ่มขึ้นมาเลข 1-136 สุ่มหมายเลขจำนวน 30 หมายเลข นำหมายเลขที่ได้จากการสุ่มไปเทียบกับตารางเรียงลำดับรายชื่อจนได้รายชื่อกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน

2. การคัดเลือกกลุ่มควบคุม จากประชากรจำนวน 77 คน เลือกผู้ป่วยที่มีความเท่าเทียมกับกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนด้วยวิธีการจับคู่ (Match paired) โดยมีเกณฑ์การจับคู่ ได้แก่ 1) ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาห่างกันไม่เกิน 2 ปี และ 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีค่าห่างกันไม่เกิน 0.5%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการจัดการตนเองของแครี (Creer, 2005) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรค 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการดูแลและการแปลผลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยมอบคู่มือการจัดการตนเอง และ

แนะนำให้กลุ่มทดลองเขียนเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของตนเอง 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำวิธีบันทึกข้อมูลและอาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน และอาการทางตา 3) การประเมินผลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจจอประสาทตาสุดท้ายจากนั้นให้กลุ่มทดลองประเมินระดับความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและผลกระทบต่อตนเอง รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ผ่านมาซึ่งมีผลทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 4) การตัดสินใจ ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับผลการตรวจจอประสาทตาและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของตนเอง 5) การลงมือปฏิบัติโดยกลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามที่ตัดสินใจเลือกไว้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องและได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและทางแอปพลิเคชันไลน์และ 6) การสะท้อนตนเอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเล่าประสบการณ์ของกลุ่มทดลองให้เพื่อนในกลุ่มฟัง จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย มีระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระยะเวลาที่รู้ว่ามีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และส่วนที่ 2 พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริโภคอาหาร 2) ด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด และ 5) ด้านการดูแลตา จำนวน 12, 8, 10, 6 และ 6 ข้อ ตามลำดับรวมทั้งสิ้น 42 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การปฏิบัติ ดังนี้ 5 = ปฏิบัติประจำ หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ เป็นประจำทุกวัน สม่ำเสมอ, 4 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์, 3 = ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ

3-4 ครั้งต่อสัปดาห์, 2 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นๆ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึงผู้ป่วยไม่เคยมีพฤติกรรมตามข้อนั้นเลย

2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นตารางบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ซึ่งวัดได้จากเครื่องตรวจวิเคราะห์ Biomajesty JCA-BM-6010/c ของโรงพยาบาลศิริราชผ่านการตรวจรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการจากบริษัทเอกชนเป็นประจำทุกปี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านทำการประเมินเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมีค่า CVI เท่ากับ 0.88

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของคลินิกโรคเบาหวาน รพ. ศต. ดงเคียว อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตฯ เก็บข้อมูลวิจัยถึงสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการ รพ. ศต. กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพในการค้นหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการวิจัย

1. การดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง

ก่อนสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการตนเองดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการตั้งเป้าหมายโดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาและการแปลผลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด จากนั้นให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้ลดลงจากเดิม กิจกรรมการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบันทึกข้อมูลตนเองได้แก่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน และอาการทางตา กิจกรรมการประมวลผลและประเมินข้อมูลโดยผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจจอประสาทตาให้กลุ่มทดลองรับทราบระดับความรุนแรงจอประสาทตาของตนเอง และบันทึกสรุปพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้านของตนเองและกิจกรรมการตัดสินใจโดยผู้วิจัยเชิญชวนให้กลุ่มทดลองทำการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติตน 5 ด้านที่เหมาะสมกับตนเอง

สัปดาห์ที่ 1-12 กิจกรรมการลงมือปฏิบัติ คือ ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้านที่ตัดสินใจที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 กิจกรรมติดตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยการเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง สอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันวางแผนแก้ไขและปรับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนให้เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 3 และ 7 กิจกรรมติดตามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์รายกลุ่ม โดยผู้วิจัยส่งข้อความสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นซึ่งผู้วิจัยสรุปและให้กลุ่มทดลองตอบคำถามทั้ง 30 คน หากมีรายที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยช่วยหาทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 4 และ 8 กิจกรรมการสะท้อนตนเองโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองพูดถึงการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์รายบุคคล

หลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัย รวบรวมแบบสอบถามและบันทึกระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด

2. การดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

ก่อนสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัย รวบรวมแบบสอบถามและบันทึกระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด

สัปดาห์ที่ 1-12 กลุ่มควบคุมรับการดูแลตามปกติ จากทีมสุขภาพคลินิกโรคเรื้อรังของรพ.สต.น้ำพุ

หลังสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัย รวบรวมแบบสอบถามและบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมี หนังสือรับรองโครงการวิจัยหมายเลข COA No. 172/2023 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2566 ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยหลังการทดลอง นำโปรแกรมนี้ไปใช้กับกลุ่มควบคุมด้วยเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติ Paired sample t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยค่าสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 86.7 และ 93.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 55-59 ปี ร้อยละ 43.3 และ 46.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 86.7 และ 90 ตามลำดับ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 80.0 และ 63.3 ตามลำดับ และระยะเวลาที่รู้ว่า มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาส่วนใหญ่ 2 ปี ร้อยละ 50 และ 46.7 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม			-20.60	< .001
ก่อนทดลอง	2.38	0.51		
หลังทดลอง	4.73	0.50		
ด้านการบริโภคอาหาร			-27.28	< .001
ก่อนทดลอง	2.35	0.32		
หลังทดลอง	4.72	0.49		
การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด			-12.18	< .001
ก่อนทดลอง	2.74	0.95		
หลังทดลอง	4.77	0.50		
ด้านการออกกำลังกาย			-19.63	< .001
ก่อนทดลอง	2.41	0.49		
หลังทดลอง	4.75	0.50		
การจัดการความเครียด			-15.20	< .001
ก่อนทดลอง	2.30	0.63		
หลังทดลอง	4.67	0.61		
การดูแลตา			-19.01	< .001
ก่อนทดลอง	2.07	0.64		
หลังทดลอง	4.74	0.48		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด			8.76	< .001
ก่อนทดลอง	9.91	1.82		
หลังทดลอง	7.83	1.61		

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการดูแลตาและพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม

หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังทดลองกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลสะสม ในเลือดก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 30) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม			16.27	< .001
กลุ่มทดลอง	4.73	0.50		
กลุ่มควบคุม	3.15	0.18		
ด้านการบริโภคอาหาร			18.09	< .001
กลุ่มทดลอง	4.72	0.49		
กลุ่มควบคุม	2.99	0.18		
การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด			18.20	< .001
กลุ่มทดลอง	4.77	0.50		
กลุ่มควบคุม	2.81	0.31		
ด้านการออกกำลังกาย			15.81	< .001
กลุ่มทดลอง	4.75	0.50		
กลุ่มควบคุม	2.72	0.50		
ด้านการจัดการความเครียด			8.66	< .001
กลุ่มทดลอง	4.67	0.61		
กลุ่มควบคุม	3.54	0.37		
การดูแลตนเอง			9.91	< .001
กลุ่มทดลอง	4.74	0.48		
กลุ่มควบคุม	3.67	0.35		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด			-5.70	< .001
กลุ่มทดลอง	7.83	1.61		
กลุ่มควบคุม	10.06	1.41		

จากตาราง 2 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และ การดูแลตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม

หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยอภิปรายผล ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 1 และ 2 แสดงว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพฤติกรรมจัดการตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การดูแลเท้าที่เหมาะสมกับโรค และการจัดการความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบกับปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดระหว่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตามีความเครียดมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เพราะทำให้การมองเห็นแยลงและตาบอดได้ (Thumaya & Juntarawijit, 2018) นอกจากนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการแปลผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยหมอบคุมมือการจัดการตนเอง ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ถึงการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อจอประสาทตาเพิ่มมากขึ้น และยังมีกิจกรรมการกำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของตนเองทำให้กลุ่มทดลองมีเป้าหมายอย่างชัดเจน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาบันทึกข้อมูลและอาการสำคัญที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน และอาการทางตาทำให้กลุ่มทดลองเรียนรู้วิธีการบันทึกข้อมูลของตนเอง 3) การประมวลและประเมินข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจจอประสาทตาล่าสุด และกลุ่มทดลองวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ผ่านที่มีผลทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้กลุ่มทดลอง รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงพฤติกรรมบริโภคอาหาร การรับประทานยา ฯลฯ ที่เป็นสาเหตุทำให้ควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ จนเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

4) การตัดสินใจ เป็นขั้นตอนที่กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับผลการตรวจจอประสาทตา และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของตนเอง โดยนำความรู้ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการเลือกปฏิบัติตน ทำให้กลุ่มทดลองมีแนวทางในการปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลเท้าที่ชัดเจน 5) การลงมือปฏิบัติ ในขั้นตอนนี้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองตามที่ตัดสินใจเลือกไว้ที่บ้านอย่างต่อเนื่องและได้รับการติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน และทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยพบปัญหาและให้คำแนะนำ ได้แก่ การปรับการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ เปลี่ยนการรับประทานหมูสามชั้นเป็นปลาการออกกำลังกายในเวลาที่เหมาะสม เช่น ก่อนทำงาน หรือหลังเลิกงาน เป็นต้น มีการนั่งสมาธิก่อนนอนเพื่อลดความเครียด และเปลี่ยนการชื้อยาหยอดตาใช้เองเป็นการปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของดวงตา และ 6) การสะท้อนตนเอง เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย ทำให้มีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นสรุปว่ากิจกรรมทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ ทำให้ทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่เหมาะสมกับโรคได้ดีขึ้น เป็นไปตามกระบวนการจัดการตนเองของเคิร์ซที่กล่าวว่าการสร้างทักษะการแก้ปัญหาและการวางแผนการจัดการด้วยตนเองสามารถควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพ และทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างปกติสุข (Creer, 2005) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวานได้ร้อยละ 17 ($R^2 = .17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Kaewjaiboon, Soivong, & Suksatit, 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยถึงทดลองที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการ

ตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Pintana & Kiteerawutiwong, 2018) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Nampathay, 2018) สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 และ 4 พบว่า กลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมได้ดีขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังทดลองลดลงได้ ทั้งนี้ เนื่องจากหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองสามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งรายด้านและโดยรวมได้ดีขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้เป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานที่ระบุว่า การปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมโดยการรับประทานอาหารเหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง 0.5-2% และการใช้ยาสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ 1-2 % (Royal College of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, and National Health Security Office, 2023) สอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .01$) (Chaimongkol, 2021) และอีกงานวิจัยที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Nampathay, 2018) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของไชยา ทำแดง และนิทรากิจจิระวุฒินันท์ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองและไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม (Thadaeng & Kiteerawutiwong, 2020)

สรุปโปรแกรมการจัดการตนเองนี้สามารถปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองและสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำรูปแบบของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาไปใช้เป็นแนวทางในระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

2. กิจกรรมการตั้งเป้าหมายสำคัญมากควรแนะนำผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการลดลงให้เหมาะสมกับตนเองไม่จำเป็นต้องให้ลดลงถึงระดับปกติ พยาบาลควรกระตุ้นและจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องต่อเนื่องจึงจะมีประสิทธิภาพ และนำเทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ มาใช้เพื่อให้เกิดความสะดวกและรวดเร็ว และเป็นการลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างต่อเนื่องและนานขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน และครบ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

2. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและพหุวิสัยภาพที่จอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

3. ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและพหุวิสัยภาพที่จอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในรูปแบบของ Randomized control trial

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช สาธารณสุขอำเภอศิริราช ผู้อำนวยการและบุคลากร รพ. สต. ดงเคือย รพ. สต. น้ำพุ และ รพ. สต. นาเชิงศิริ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Boontanapisan, N., Naewbood, S., & Tipwareerom, W. (2022). Effectsof self-management promotion program using LINE Application on health behaviors and A1C Levels among uncontrolled diabetes patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 16(3), 47-59. [In Thai].
- Creer, L. T. (2005). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Printrich & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). San Diego: Academic Press.
- Chaimongkol, S. (2021). Effects of type 2 diabetes self-management support program in Khon San District, Chaiyaphum Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(27), 237-249. [In Thai].
- Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, and National Health Security Office. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017*. Pathumthani: Romyen Media. [In Thai].
- Glass, G. V. (1976). Primary secondary and meta-analysis of research. *Education Research*, 10, 3-8. Retrived from <https://www.jameslindlibrary.org/glass-gv-1976>.
- Health Data Center, Sukhothai Provincial Public Health Office.(2022). *Report on public health statistics in Sukhothai Province in 2022*. Retrived from <http://info.skto.moph.go.th>. [In Thai].
- Kaewjaiboon, S., Soivong, P., & Suksatit, B. (2023). Factors predicting self-management behaviors among persons with diabetic retinopathy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(3), 148-164. [In Thai].
- Medical Technology Research and Evaluation Institute Bureau of Noncommunicable Diseases & The Royal College of Ophthalmologists of Thailand. (2015). *Guidelines for screening and caring for diabetic retinopathy*. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly Press of Thailand. [In Thai].
- Namphathay, S. (2018). *The effects of a diabetes self-management program on glycemic control behaviors and hemoglobin A1c of uncontrolled type 2 diabetic patients*. Faculty of Nursing Christian University, Nakhonpathom. [In Thai].
- Pintana, Y., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Effects of the self-management program on self-management behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 72-83. [In Thai].

- Royal College of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, and National Health Security Office. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes 2023*. Bangkok: Sri Muang Printing Company Limited. [In Thai].
- Srisatitnarakul, B. (2010). *Nursing research methodology* (5th ed.). Bangkok: You & I Intermedia Company Limited. [In Thai].
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2022). *Statistics of diabetes Year 2019-2021*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>. [In Thai].
- Sukhothai Provincial Public Health Office. (2021). *Report on public health statistics in Sukhothai Province in 2021-2022*. Retrieved from <http://info.skto.moph.go.th>. [In Thai].
- Thadaeng, C., & Kitteerawutiwong, N. (2020). Effect of self-management program on self-efficacy, self-management behaviors, fasting plasma glucose and hemoglobin A1C among type 2 diabetes mellitus patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(4), 61-73. [In Thai].
- Thaiware Communication. (2004). *Statistic & Search*. Retrived from <https://www.thaiware.co.th>. [In Thai].
- Thumaya, D., & Juntarawijit, Y. (2018). The Comparative Study on Factors and Health Behaviors of Type 2 Diabetes Patients With and Without Retinopathy. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(1), 128-138. [In Thai].
- World Health Organization. (2021). *World health statistics 2015*. [cite June 30 2021]. Retrived from http://www.who.int/gho/publications/world_health/statistics.

บทความวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

Unit Cost Analysis of Management for Patients Undergoing Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in a Private Hospital

อภิัญญา เกตุนิล (Apinya Ketunil)*

กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (Kannikar Chadokmaiprai)**

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (Phechnoy Singchangchai)***

Received: March 4, 2024

Revised: May 10, 2024

Accepted: June 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นรายงานต้นทุนต่อหน่วยบริการที่เกิดจากค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจำนวน 30 ราย ในระยะเวลา 1 ปี (1 มกราคม 2564 - 31 ธันวาคม 2564) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจำนวน 20 หน่วยต้นทุนและผู้รับบริการจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา (จำนวน ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วน)

ผลการวิจัย พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดใน 1 ปี เท่ากับ 15,838,263.39 บาท เทียบกับสัดส่วน ต้นทุนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าลงทุน เท่ากับ ร้อยละ 80.95 : 18.02 : 1.03 (12,820,952.00 : 2,854,771.36 : 162,540.03) โดยต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 321,946.51 บาท/ราย ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยมีความจำเป็นต้องวิเคราะห์ต้นทุนที่แท้จริงของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้บริหาร โรงพยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยต้นทุนของการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด พิจารณาคำแนะนำการดำเนินการด้านเศรษฐศาสตร์ในการวางแผนงบประมาณควบคู่กับการวิเคราะห์ต้นทุน

การขยายหลอดเลือดหัวใจและการใส่ขดลวด ไปประกอบการพิจารณาวางแผนบริหารจัดการงบประมาณ
อย่างมีประสิทธิภาพการจัดการต้นทุนและทรัพยากรในหน่วยงานต่อไป

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, การจัดการ, การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

Abstract

This descriptive research aimed to analyze the unit cost analysis of managing patients undergoing Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in a private hospital. The sample group was the report of cost per unit of service resulting from the expenses of 30 patients who received services in a period of 1 year (January 1st, 2021-December 31st, 2021). The tools used to collect data consisted of 20 cost units and 30 service recipients from labor cost, material cost, capital cost involved in providing management, when checking for content validity, CVI value was 0.85, statistical analysis was performed using descriptive statistics (number frequency, percentage, ratio).

The study results revealed that the total cost of all departments in managing patients undergoing Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in 1 year(Full cost unit), equal to 15,838,263.39 baht compared to the proportion of labor costs: material costs: investment cost was 80.95: 18.02: 1.03 percent (12,820,952.00: 2,854,771.36: 162,540.03) which the unit cost was 321,946.51 bath/person.

The result of this research show that unit cost analysis It is therefore necessary to analyze the real costs of all related units in order to be a guideline for hospital administrators, and those involved with each unit cost in managing patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty in considering economics planning. The results of the cost analysis of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty should be used to consider planning the efficiency of cost and resource management at once.

Keywords: Per unit cost, The Management, Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty

*Corresponding author: Apinya Ketunil; E-mail: apinya482@gmail.com

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ((Student, Master of Nursing Science Program in Nursing Management, Christian University)

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

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันแนวโน้มโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease: CAD) มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงเป็นอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2015 จำนวนผู้เสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เท่ากับ 17.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้เสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน (American Heart Association, 2015) ทั้งนี้พบว่าสำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของเมืองไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2563-2565 พบว่า อัตราการป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 32.633.5 และ 33.1 ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 20,000 คนต่อปี (Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division, 2023) โดยผู้ป่วย ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) เสียชีวิตร้อยละ 14 และผู้ป่วย non-ST Elevation Myocardial Infarction (non-STEMI) เสียชีวิตมากถึงร้อยละ 25 (The Heart Association of Thailand under The Royal Patronage of H. M. The King, 2020) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างทันทั่วทั้งที่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง การรักษาโดยใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เป็นหัตถการที่กระทำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจตรงจุดที่ตีบแคบโดยการใส่บอลลูน เรียกว่า เพอคิวตาเนียสทรานส์ลูมินอล โคโรนารี แองจิโอพลาสตี (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) และบางครั้งต้องใส่ขดลวดเข้าไปในหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้หลอดเลือดหดกลับ (Tepkratoke, 2015) นอกจากการทำหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดจะเป็นการวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วทั้งที่แล้ว การจัดการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานก็เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการใช้จ่ายที่เกิดขึ้นซึ่งหมายถึงต้นทุน นั่นเอง (Singchungchai, 2013) วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนสำหรับ

การจัดบริการสุขภาพ ในทางปฏิบัติมี 2 วิธี (Creese & Parker, 1994; Sphepard, Hodgkin, & Anthony, 2000; Kuchta & Zabek, 2011) ได้แก่ 1) วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยต้นทุน (Cost center approach) หรือการใช้วิเคราะห์ต้นทุนตามบัญชีต้นทุนแบบดั้งเดิม (Traditional cost accounting method) 2) วิธีการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activity based costing approach : ABC) สำหรับการจัดบริการสุขภาพ จากการทบทวนในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ต้นทุนตามหน่วยต้นทุน เนื่องจากเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนของโรงพยาบาล มักวิเคราะห์ในรูปแบบต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) คือ การเปรียบเทียบปริมาณทรัพยากรที่ใช้กับผลลัพธ์หรือปริมาณงานที่เกิดขึ้น เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ในการตรวจสอบประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร (Singchungchai, 2013) การรักษาดูแลการบำบัดดูแลสุขภาพเป็นการรักษาเฉพาะที่ต่ออวัยวะของร่างกายที่มีความเชี่ยวชาญและอุปกรณ์ที่มีความทันสมัย รวมทั้งต้องสังเกตอาการหลังการดำเนินการเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน การมีเลือดออกผิดปกติ การแพ้สารทึบแสง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น จากความซับซ้อนของกระบวนการบำบัดดูแลสุขภาพส่งผลให้ต้นทุนการรักษาก่อนข้างสูง การวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาก็มีความสำคัญเพื่อใช้วางแผนบริหารทางการเงินของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมพบการวิเคราะห์ต้นทุนทางการเงินของโรงพยาบาลและเรื่องอื่นๆ แต่ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนทำให้พบปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอและสอดคล้องกับงบประมาณและทรัพยากร

โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนเตียง 250 เตียง เปิดให้บริการห้องสวนหัวใจ เพื่อให้การรักษาการฉีดสตีวินิจัยและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 เพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทางด้านหัวใจที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยจากการรายงานจำนวนผู้รับบริการที่มารับการรักษาและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ

การใส่ขดลวดตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวด ทั้งหมด จำนวน 36 คน เฉลี่ย 2.25 ราย/เดือน (A Private Hospital, 2019) จึงจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยเพื่อเป็น ข้อมูลเชิงประจักษ์ใหม่ใช้ตอบคำถามการบริหารต้นทุน ให้กับหน่วยงานเพื่อบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ

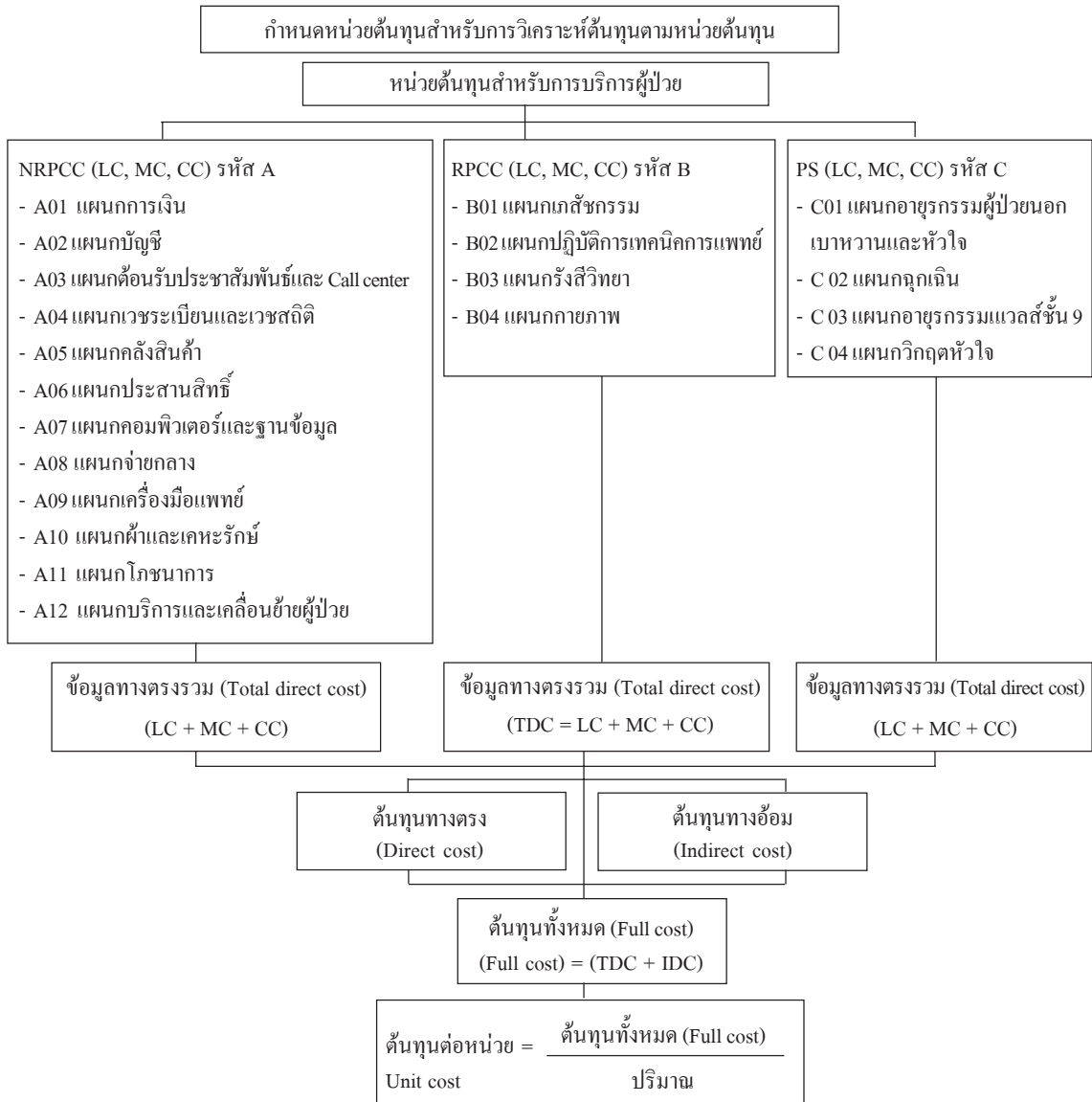
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการผู้ป่วยที่ได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและการใส่ขดลวดในโรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง อีกทั้ง จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีพบ ว่ามีการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ ใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชน จึงจำเป็นที่จะต้องมีการ วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อ หน่วยการจัดบริการการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวดเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ได้มากับสิ่ง ที่ใช้จ่ายไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ค่าเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าดำเนินการและค่าลงทุน ซึ่งจะส่งผลให้มีการบริหารจัดการทรัพยากร การวางแผน อัตราค่าตั้ง การควบคุมค่าใช้จ่ายและบริหารจัดการทรัพยากร ที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการให้ บริการ อีกทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการ วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการให้กับหน่วยงาน อื่นๆ ในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย การจัดบริการผู้ป่วยที่ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการผู้ป่วย ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้นำการวิเคราะห์ ต้นทุนต่อหน่วยของคริสและปาร์กเกอร์ (Creese & Parker, 1994) เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอย่างง่าย ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์ห้วงจักรและโครงสร้างการบริหารงบประมาณ โรงพยาบาล 2) จำแนกหน่วยต้นทุนตามองค์ประกอบ ของต้นทุน แบ่งออกเป็น หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิด รายได้ (Non Revenue Producing Cost Center: NRPPC หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) หน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง (Patient Service: PS) 3) หน่วยต้นทุนชั่วคราว (Transient Cost Center: TCC) คือ 2 หน่วยต้นทุน ได้แก่ หน่วยต้นทุน ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPPC) และหน่วยที่ก่อให้เกิด รายได้ (RPCC) ที่จะกระจายต้นทุนให้กับหน่วยรับต้นทุน (Absorbing cost center: ACC) คือ หน่วยต้นทุนที่ให้บริการ ผู้ป่วยโดยตรง (Patient Service: PS) 4) คัดต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) โดยการรวบรวมค่าแรง (Labor cost) ค่าวัสดุ (Material cost) และค่าลงทุน (Capital cost) ในทุกๆ หน่วยต้นทุนที่ทำการศึกษา 5) ทำการกระจายต้นทุนจาก หน่วยต้นทุนชั่วคราวไปยังหน่วยรับต้นทุน โดยวิธีการ กระจายโดยตรง (Direct allocation) จะเป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ที่เกิดขึ้นแก่หน่วยรับต้นทุน 6) นำต้นทุน ทางตรงรวม (Total direct cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) มารวมกันจะได้ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ของหน่วยรับต้นทุน และ 7) วิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย บริการ (Unit cost analysis) โดยนำต้นทุนทั้งหมด (Full cost) หารด้วย จำนวนผู้มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งโดยการวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective study) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary source) โดยข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและค่าลงทุน/ค่าเสื่อมราคาของอาคารสถานที่ รวบรวมค่าใช้จ่ายหมวดค่าแรง ข้อมูลค่าลงทุน/ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด รวบรวมจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยใช้วิธีวิเคราะห์ด้วยระบบบัญชีแบบดั้งเดิม (Traditional cost analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2563 ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่ม คือ

1. รายงานต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงินที่ได้จากบุคลากรสุขภาพ จำนวน 420 คน
2. รายงานต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการจัดบริการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดจำนวน 30 คน ที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกบัญชีทางการเงินและสถิติการรับบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษ ในปีงบประมาณ 2564 การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ งานวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าวิชาชีพขาดแคลน ค่าวิชาชีพค่าล่วงเวลา ค่า HA ค่าครองชีพ และค่าเวรต่อเดือน แยกตามหน่วยต้นทุน
- 2) แบบบันทึกข้อมูลค่าวัสดุ ได้แก่ วัสดุสำนักงาน บ้าน เครื่องแต่งกาย วัสดุอาหาร เวชภัณฑ์ ยา วัสดุ

การแพทย์ วัสดุก่อสร้าง ค่าจ้างเหมาบริการ แยกตามหน่วยต้นทุน

3) แบบบันทึกค่าสาธารณูปโภค ได้แก่ ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ ค่าไปรษณีย์ ค่ากำจัดขยะ ค่าเช่าอินเทอร์เน็ต แยกตามหน่วยต้นทุน

4) แบบบันทึกต้นทุนทางการแพทย์ ได้แก่ ต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ต้นทุนการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ต้นทุนการตรวจด้วยรังสีวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

5) แบบบันทึกค่าเสื่อมราคา อาคาร สถานที่ แยกตามหน่วยต้นทุน

6) แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาเครื่องมือแพทย์และครุภัณฑ์ทั้งหมด แยกตามหน่วยต้นทุน

7) แบบบันทึกผลงานของหน่วยต้นทุนสุดท้าย

8) แบบบันทึกการประมวลต้นทุนทางตรงของหน่วยต้นทุน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวรรณกรรม เอกสารวิชาการ งานวิจัย โดยนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษ โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในหน่วยงาน
2. หลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยเข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับรายงานต้นทุนของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ

ใส่ชัดเจน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในปี 2564 โดยชี้แจงขั้นตอนการศึกษาวัตถุประสงค์เนื้อหา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งแจ้งกำหนดการที่จะเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลา ที่กำหนด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้น

4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ ให้ถูกต้อง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง "การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง" ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ น.02/2565 ลงวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ประเด็นจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. จัดเตรียมข้อมูลจากแบบบันทึกที่สร้างขึ้นเพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้การประมวลผลโปรแกรมสำเร็จรูป (Microsoft excel) และการกระจายต้นทุนแบบ Simultaneous equation method ซึ่งใช้สมการเส้นตรง (Linear equation) และสร้างเมตริกซ์การกระจายต้นทุน (Allocation matrix) แก้ปัญหาในการย้อนต้นทุนไปมา (Reciprocal service allocation problem) ลงรหัสข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้วิจัย

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน หลังการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วมาประมวลผลเพื่อหาต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost) ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) และต้นทุนทั้งหมด (Full cost)

3. สถิติที่ใช้ในการวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต้นทุน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ให้บริการการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ได้ทำการศึกษามีจำนวน 20 หน่วยงาน คือ 1) แผนกการเงิน 2) แผนกบัญชี 3) แผนกต้อนรับประชาสัมพันธ์และ call center 4) แผนกเวชระเบียนและเวชสถิติ 5) แผนกคลังสินค้า 6) แผนกประสานสิทธิ์ 7) แผนกคอมพิวเตอร์และฐานข้อมูล 8) แผนกจ่ายกลาง 9) แผนกเครื่องมือแพทย์ 10) แผนกผ้าและเคหะรักษา 11) แผนกโภชนาการ 12) แผนกบริการและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 13) แผนกเภสัชกรรม 14) แผนกปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ 15) แผนกรังสีเทคนิค 16) แผนกกายภาพบำบัด 17) แผนกอาชีวกรรมเบาหวานและหัวใจ 18) แผนกฉุกเฉิน 19) แผนกอาชีวกรรมหลอดเลือดหัวใจ 20) แผนกวิกฤตหัวใจ โดยจำแนกออกตามข้อมูลทั่วไปของปี 2564 มีจำนวนบุคลากรทั้งหมดที่เกี่ยวข้องจำนวน 420 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวน 292 คน และ 128 คน (ร้อยละ 69.52 : 30.48) จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ทำการศึกษามีจำนวน 30 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง จำนวน 22 คน และ 8 คน (ร้อยละ 73.33 : 26.67)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านต้นทุนของหน่วยจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แบ่งออกเป็น

1) องค์ประกอบของต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ

ใส่ชุดลดในปีงบประมาณ 2563 ตั้งแต่ วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2564 ทั้งหมดรวม 20 หน่วย ต้นทุน โดยแบ่งตามลักษณะหน้าที่และความสัมพันธ์ของ ต้นทุนเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุน ค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน

2) ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) ของ หน่วยจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยบอลลูนและใส่ชุดลด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ทำการศึกษานี้ปี 2564 ทั้งหมดเท่ากับ 15,838,263.39 บาท

3) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) ของหน่วย การจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย

บอลลูนและใส่ชุดลด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ทำการศึกษานี้ ปี 2564 โดยจำแนกตามหน่วยต้นทุนพบว่า แผนกวิกฤตหัวใจมีต้นทุนทางอ้อมมากที่สุด รองลงมา คือ แผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 และแผนกเครื่องมือแพทย์ มีต้นทุนทางอ้อมน้อยที่สุด

4) ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full cost) ของหน่วยต้นทุน ที่จัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและใส่ชุดลด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ทำการศึกษานี้ปี 2564 พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดของแผนก เกศษกรรมมากที่สุด รองลงมาคือแผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 และต้นทุนรวมทั้งหมดของแผนกเครื่องมือแพทย์น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละขององค์ประกอบของต้นทุน ของหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยบอลลูนและใส่ชุดลด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ศึกษาปี 2564 แยกตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุน

องค์ประกอบของต้นทุน	จำนวนเงิน (บาท)	ร้อยละ
ต้นทุนค่าแรง (Labor cost)	12,820,952.00	80.95
ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost)	2,854,771.36	18.02
ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost)	162,540.03	1.03
ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost)	15,838,263.39	100

หมายเหตุ ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) = ต้นทุนค่าแรง (LC) + ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) + ต้นทุนค่าลงทุน (CC)

จากตาราง 1 องค์ประกอบของต้นทุนทั้งหมดจำนวน 20 หน่วยต้นทุน แบ่งตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุนประกอบด้วย 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน และเมื่อพิจารณาตามสัดส่วน พบว่า ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด เท่ากับ

12,820,952.00 บาท (ร้อยละ 80.95) รองลงมา คือ ต้นทุน ค่าวัสดุ เท่ากับ 2,854,771.36 บาท (ร้อยละ 18.02) และ ต้นทุนค่าลงทุนน้อยที่สุด เท่ากับ 162,540.03 บาท (ร้อยละ 1.03)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) ของหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งปี 2564 จำแนกตามกลุ่มหน่วยต้นทุน

กลุ่มหน่วยต้นทุน	ต้นทุนโดยตรง			ต้นทุนทางตรงรวม (ร้อยละ)
	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าลงทุน (ร้อยละ)	
หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC)	5,564,395.00 (89.90)	582,871.78 (9.42)	42,400.00 (0.68)	6,189,666.78 100
หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC และ PS)	7,256,557.00 75.21	2,271,899.58 23.55	120,140.03 1.24	9,648,596.61 100
รวม	12,820,952.00 (80.95)	2,854,771.36 (18.02)	162,540.03 (1.03)	15,838,263.39 100

หมายเหตุ : ต้นทุนทางตรงรวม (TDC) = ต้นทุนค่าแรง (LC) + ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) + ต้นทุนค่าลงทุน (CC)

จากตาราง 2 ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) ของหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่ทำการศึกษาในปี 2564 ทั้งหมด 15,838,263.39 บาท ซึ่งพิจารณาตามกลุ่มหน่วยต้นทุน โดยแบ่งออกเป็น 2 หน่วย คือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC/NPS) และ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) พบว่า ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC/NPS) มีค่าสูงสุดเท่ากับ 6,189,666.78 บาท (ร้อยละ 100) เมื่อจำแนกตามสัดส่วนของต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน เท่ากับ 89.90 : 9.42 : 0.68 ส่วนต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) เท่ากับ 9,648,596.61 บาท (ร้อยละ 100) โดยมีต้นทุนค่าแรงสูงที่สุดเท่ากับ 12,820,952.00 บาท (ร้อยละ 80.95) รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 2,854,771.36 บาท (ร้อยละ 18.02) และมีต้นทุนค่าลงทุนน้อยที่สุดเท่ากับ

162,540.03 บาท (ร้อยละ 1.03) จำแนกตามสัดส่วนต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน เท่ากับ 80.95 : 18.02 : 1.03

ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full cost) ของหน่วยต้นทุนที่ให้การจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด พบว่า ค่าเฉลี่ยของต้นทุนรวมทั้งหมดของเกสัชกรรมมีค่าสูงที่สุดเท่ากับ 1,923,148.15 บาท (ร้อยละ 12.16) รองลงมาคือ แผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 เท่ากับ 1,136,205.35 บาท (ร้อยละ 7.42) และต้นทุนทั้งหมดของแผนกเครื่องมือแพทย์น้อยที่สุดเท่ากับ 209,061.32 บาท (ร้อยละ 1.32)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด จำแนกตามหน่วยต้นทุนที่ให้บริการ การจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ปี 2564

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย

หน่วยต้นทุนบริการ	ต้นทุนทั้งหมด		รวมต้นทุนทั้งหมด	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	Unit cost (บาท/คน)
	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม			
แผนกเภสัชกรรม	1,922,763.60	384.55	1,923,148.15	30	64,104.94
แผนกปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์	1,295,175.10	129.52	1,295,304.62	30	43,176.82
แผนกรังสีเทคนิค	1,213,521.89	121.35	1,213,643.24	30	40,454.77
แผนกกายภาพ	824,261.70	82.43	824,344.13	30	27,478.14
แผนกอายุรกรรมเบาหวานและหัวใจ	904,940.18	904.94	905,845.12	30	30,194.84
แผนกฉุกเฉิน	1,136,278.67	1,136.28	1,137,414.95	30	37,913.83
แผนกแวลส์ 9	1,393,001.45	3,203.90	1,396,205.35	30	46,540.18
แผนกวิกฤตหัวใจ	958,655.02	3,834.62	962,489.64	30	32,082.99
รวม	9,648,597.61	9,797.59	9,658,395.20	30	321,946.51

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย การจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ปี 2564 พบว่า ต้นทุนของแผนกเภสัชกรรมมีต้นทุน ต่อหน่วยการบริการมากที่สุด เท่ากับ 64,104.94 บาท รองลงมาคือ ต้นทุนต่อหน่วยการบริการของแผนก

อายุรกรรมแวลส์ 9 เท่ากับ 46,540.18 บาท และต้นทุน ต่อหน่วยการบริการของแผนกกายภาพมีน้อยที่สุด เท่ากับ 27,478.14 บาท และเมื่อคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการของ แผนกวิกฤตหัวใจโดยตรงพบว่ามีต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 32,082.99 บาท

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนทางตรงรวม (TDC) ต้นทุนทางอ้อม (IDC) รวมต้นทุนทั้งหมด (Full cost)

หน่วยต้นทุนบริการ	ต้นทุนทั้งหมด		รวมต้นทุนทั้งหมด	จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	Unit cost (บาท/คน)
	ต้นทุนทางตรง	ต้นทุนทางอ้อม			
แผนกการเงิน	710,903.77	142.18	711,045.95	30	23,701.53
แผนกบัญชี	393,131.84	39.31	393,171.15	30	13,105.71
แผนกต้อนรับประชาสัมพันธ์และ Call center	343,923.49	34.39	343,957.88	30	11,465.26
แผนกเวชระเบียนและเวชสถิติ	646,295.40	64.63	646,360.03	30	21,545.33
แผนกคลังสินค้า	373,623.31	37.36	373,660.67	30	12,455.35
แผนกประสานสิทธิ์	978,511.80	195.70	978,707.50	30	32,623.58
แผนกคอมพิวเตอร์และฐานข้อมูล	294,063.46	29.41	294,092.84	30	9,803.09
แผนกจ่ายกลาง	487,639.31	48.76	487,688.07	30	16,256.27
แผนกเครื่องมือแพทย์	209,040.42	20.90	209,061.32	30	6,968.71
แผนกผ้าและเคหะรักษา	499,732.83	49.97	499,782.80	30	16,659.43
แผนกโภชนาการ	744,454.67	74.44	744,529.11	30	24,817.64
แผนกบริการและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	508,346.48	50.83	508,397.31	30	16,946.58
แผนกเภสัชกรรม	1,922,763.60	384.55	1,923,148.15	30	64,104.94
แผนกปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์	1,295,175.10	129.52	1,295,304.62	30	43,176.82
แผนกรังสีเทคนิค	1,213,521.89	121.35	1,213,643.24	30	40,454.77
แผนกกายภาพบำบัด	824,261.70	82.43	824,344.13	30	27,478.14
แผนกอายุรกรรมเบาหวานและหัวใจ	904,940.18	904.94	905,845.12	30	30,194.84
แผนกฉุกเฉิน	1,136,278.67	1,136.28	1,137,414.95	30	37,913.83
แผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9	1,393,001.45	3,203.90	1,396,205.35	30	46,540.11
แผนกวิกฤตหัวใจ	958,655.02	3,834.62	962,489.64	30	32,082.99
รวม	15,838,263.39	10,585.47	15,848,848.86	30	528,294.96

หมายเหตุ ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) = ต้นทุนทางตรงรวม (Total direct cost) + ต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost)

$$\text{ต้นทุนต่อหน่วย (Unit cost)} = \frac{\text{ต้นทุนทั้งหมด (Full cost) ของแต่ละหน่วยบริการ}}{\text{ปริมาณผู้รับบริการที่ได้รับการขยาย
หลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด}}$$

จากตารางที่ 4 พบว่า ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost: TDC) ของหน่วยต้นทุนการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษาปี 2564 ทั้งหมด เท่ากับ 15,838,263.39 บาท ต้นทุนทางอ้อมเท่ากับ 10,585.47 บาท ดังนั้น จะได้ต้นทุนรวมทั้งหมดเท่ากับ 15,848,848.86 บาท

และเมื่อนำมาคิดต้นทุนต่อหน่วยของการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด จากตารางที่ 3 ต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดในโรงพยาบาลเอกชนที่ศึกษาคิดจากต้นทุน รวมทั้งหมดของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) 9,658,395.20 บาท หาคด้วยปริมาณผู้รับบริการที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดจำนวน 30 ราย เท่ากับ 321,946.51 บาท ต่อราย (ครั้ง)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดการ (Unit cost) ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ปี 2564 แบ่งออกเป็น

1) องค์ประกอบของต้นทุนต่อหน่วยบริการ องค์ประกอบของต้นทุน แบ่งตามลักษณะหน้าที่ความสัมพันธ์ของต้นทุนแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน โดยคิดเป็นมูลค่า เท่ากับ 12,820,952.00 บาท 2,854,771.36 บาท 162,540.03 บาท ตามลำดับ พิจารณาตามสัดส่วนต้นทุนเท่ากับ 80.95 : 18.02 : 1 จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า มีหน่วยงานที่เป็นหน่วยต้นทุนจำนวน 20 หน่วยงาน มีจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดจำนวน 420 คนทำให้ต้นทุนค่าแรงมีค่ามากที่สุดและมีจำนวนผู้ป่วยที่มาทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดจำนวนเท่ากับ 30 คน เนื่องจากทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ได้เริ่มดำเนินการเปิดใช้ห้องสวนหัวใจเดือนตุลาคม 2563 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างๆ ได้แก่ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 67.49 : 26.78 : 5.73 (Tochaiwat, Predeekanit, Udom, Srisubat, & Thaiyakul, 2018) ที่มีต้นทุนค่าแรงมากที่สุดเช่นกัน และแตกต่างการศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 48.06 : 45.84 : 6.10 (Songwai, 2017) ที่มีต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าวัสดุใกล้เคียงกัน เนื่องจากกำหนดกรอบของต้นทุนต่างๆ และลักษณะเฉพาะของแต่ละ โรงพยาบาลที่แตกต่างกัน หากพิจารณาความแตกต่างกันของข้อมูลต้นทุน ในแต่ละแห่งและแต่ละประเภทของข้อมูลต้นทุนนั้น พบว่ามีความต่างกันเนื่องจากปัจจัยจำนวนบุคลากร วัสดุ รวมถึงความเก่าใหม่ของสถานที่ตั้ง (Singweratham, Phongsakchat, & Nansang, 2021)

2) ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) ของหน่วยบริการ ต้นทุนทางตรงรวม (Total Direct Cost) ของ

หน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่ทำการศึกษานี้ ปี 2564 ทั้งหมด 15,838,263.39 บาท ซึ่งพิจารณาตามกลุ่มหน่วยต้นทุนแบ่งออกเป็น 2 หน่วย ได้แก่ ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) มากกว่าต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC/NPS) เท่ากับ 9,648,596.61 บาท และ 6,189,666.78 บาท ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามสัดส่วนของต้นทุน ค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุนของหน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ (RPCC/PS) เท่ากับ 75.21 : 23.55 : 1.24 และสัดส่วนของหน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (NRPCC/NPS) เท่ากับ 89.90 : 9.42 : 0.68 ด้านการบริหารต้นทุนรวม ได้แนวทางการวิจัยไปต่อยอดงานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนในการจัดบริการเรื่องอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายความรู้ในมิติของการบริหารต้นทุนซึ่งยังมีการศึกษาน้อย ต้นทุนทางตรงรวมของกิจกรรมทางการแพทย์ในหน่วยปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกิจกรรมทางการแพทย์ที่ช่วยให้สามารถวางแผนการบริหารงบประมาณและทรัพยากรได้เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการทุกหน่วยงาน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ แสดงผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ต้นทุนรวมโดยตรงของหน่วยต้นทุนโรงพยาบาลฝาง ปีงบประมาณ 2558 มีมูลค่ารวม 338,184,971.71 บาท สัดส่วนต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าวัสดุ : ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 48.06 : 45.84 : 6.10 โดยกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิกมีต้นทุนรวมโดยตรงสูงที่สุด ร้อยละ 13.26 (Songwai, 2017)

3) ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ของหน่วยบริการ ต้นทุนทางอ้อมของหน่วยบริการการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า แผนกวิกฤตหัวใจมีต้นทุนทางอ้อมมากที่สุด เท่ากับ 3,686.62 บาท (ร้อยละ 35.32) รองลงมาคือ แผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 เท่ากับ 3,203.90 บาท (ร้อยละ 30.70) และแผนกเครื่องมือแพทย์มีต้นทุนทางอ้อมน้อยที่สุดเท่ากับ 20.90 บาท (ร้อยละ 0.20) เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักและสนับสนุน จึงจำเป็นต้องมีการส่งและรับต้นทุนระหว่างแผนก

จนหน่วยต้นทุนทั้งหมดที่เกี่ยวข้องไปรวมอยู่ที่หน่วยงาน ที่ให้บริการการจัดการแก่ผู้ป่วยโดยตรง และสามารถ กำหนดหลักเกณฑ์ที่เหมาะสมในการจัดกระจายต้นทุน จากหน่วยงานอื่นที่เป็นต้นทุนทางอ้อมในการให้บริการ ทั้งหมด โดยให้ได้ต้นทุนที่แท้จริงและหน่วยบริการไม่ต้อง แบกรับต้นทุนไว้มากเกินไป (Sathagathonthon, 2020)

4) ต้นทุนรวมทั้งหมด (Full Cost) ของหน่วยต้นทุน การจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและใส่ขดลวด ต้นทุนของหน่วยบริการการจัดการ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ ใส่ขดลวด พบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมดของแผนกเภสัชกรรม มีค่ามากที่สุด เท่ากับ 1,923,146.15 บาท เนื่องจากมีจำนวน เภสัชกรและเจ้าหน้าที่มากที่สุด ทำให้ต้นทุนค่าแรงมีค่า สูงที่สุดจึงทำให้ต้นทุนรวมทั้งหมดสูงตามไปด้วย รองลงมา คือ แผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 เท่ากับ 1,396,205.35 บาท เนื่องจากแผนกอายุรกรรมเวชศาสตร์ 9 มีจำนวนพยาบาลและ พนักงนรอมมาจากแผนกเภสัชกรรม จึงทำให้มีต้นทุนรวม ทั้งหมดรองลงมาและต้นทุนรวมทั้งหมดของแผนก เครื่องมือแพทย์น้อยที่สุด เท่ากับ 209,061.32 บาท การคิด ต้นทุนรวมทั้งหมดและจุดคุ้มทุนทำให้ทราบสัดส่วนต้นทุน ที่แท้จริง ผู้บริหารองค์กรพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ ไปออกแบบการจัดบริการ (Service design) เพิ่มการเข้าถึง ของผู้รับบริการ บริหารจัดการด้านอัตราค่าถึงให้เหมาะสม กับบริการรวมถึงการวางแผนงบประมาณที่น่าเชื่อถือและมี ประสิทธิภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วย ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ ใส่ขดลวด แยกตามหน่วยต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการให้ บริการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวด ปี 2564 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุนต่อ หน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและใส่ขดลวด เท่ากับ 321,946.51 บาทแยกตาม หน่วยต้นทุนที่เกี่ยวข้อง พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของแผนก เภสัชกรรมมีค่ามากที่สุด เท่ากับ 64,104.94 บาท รองลงมา คือแผนกเวชศาสตร์ 9 เท่ากับ 46,540.18 บาท และต้นทุน ต่อหน่วยบริการของแผนกกายภาพมีน้อยที่สุด เท่ากับ 27,478.14 บาท และเมื่อคิดต้นทุนต่อหน่วยของแผนก วิกฤตหัวใจโดยตรง พบว่า มีต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ

32,082.99 บาท สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของ การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการโรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา พบว่า ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุน ค่าลงทุน เท่ากับ 63.18 : 30.49 : 6.33 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ สูงสุด ได้แก่ งานห้องคลอด เท่ากับ 6,572.01 บาทและ ต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก เท่ากับ 79.49 บาท (Bumrungchoo, 2011) ซึ่งในการคำนวณต้นทุน ต่อหน่วยต้นทุนต่อหน่วยการจัดการผู้ป่วยที่ได้รับการ ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง มีค่าเฉลี่ยมากกว่าการศึกษา ของโรงพยาบาลอื่น แต่อย่างไรก็ตามในการคำนวณต้นทุน จำเป็นต้องพิจารณาในรายละเอียดถึงเกณฑ์การกระจายทุน ว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ หรือการคำนวณมีการนำ ในส่วนของงบลงทุนมาคำนวณร่วมด้วยหรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาข้อมูลและคิดต้นทุนต่อหน่วยการจัดการ ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวด ในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ทราบข้อมูลที่แท้จริงผู้บริหาร ทางโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปประกอบการ พิจารณาวางแผนบริหารด้านอัตราค่าถึง บริหารด้านการ จัดการต้นทุนและทรัพยากรของหน่วยงานให้เหมาะสม กับงานบริการในปัจจุบันประมาณต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย ในครั้งนี้ไปหน่วยงานอื่นของโรงพยาบาล เพื่อเป็นการ ขยายการให้ความรู้การคิดต้นทุนต่อหน่วยบริการอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในการวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ ต้นทุนแบบดั้งเดิม (Traditional Cost Analysis) และ การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรม (Activities Based Costing หรือ ABC) เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนที่มีความถูกต้องทำให้ สามารถวางแผนการบริหารงบประมาณและทรัพยากร ได้เหมาะสมมากขึ้น

2. ควรมีการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล ต้นทุนผลได้ และต้นทุนอรรถประโยชน์ของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

เอกสารอ้างอิง

- A Private Hospital. (2019). *Statistics on cardiac crisis department service recipients*. Bangkok: A Private Hospital.
- American Heart Association. (2015). *Highlights of the American Heart Association guidelines update for CPR and ECC*. Retrieved from <https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-English.pdf>
- Bumrungrchoo, M. (2011). *Unit cost analysis of Bannangsata hospital, Yala province* (Thesis Independent Study). Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Pathum Thani. [In Thai].
- Cardiac Crisis Department a Private Hospital. (2019). *Statistics on cardiac crisis department service recipients 2019*. Bangkok: A Private Hospital. [In Thai].
- Creese, A., & Parker, D. (1994). *Cost analysis in primary health care. A training manual for programmer managers*. Geneva: World Health Organization.
- Kuchta, D., & Zabek, S. (2011). *Activity-based costing for health care institutions*. Poland: Institute of organization and management
- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. (2023). *Public health statistics*. Retrieved from <http://spd.moph.go.th>. [In Thai].
- Sathagathonthon, G. (2020). Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursing, Naresuan University. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 39-54. [In Thai].
- Singchungchai, P. (2013). *Health economics for health services* (5th ed.). Songkhla: Chanmuang Press.
- Singweratham, N., Phongsakchat, P., & Nansang, S. (2021). Determining unit costs per student and break-even point of Boromarajonani College of Nursing NopparatVajira. *Christian University Journal*, 27(1), 1-11. [In Thai].
- Songwai, S. (2017). Unit cost analysis of Fang Hospital, Chaing Mai Province. *Chiagrai Medical Journal*, 9(1), 133-146. [In Thai].
- Shepard, D. S., Hodgkin, D., & Anthony, Y. E. (2000). *Analysis of hospital costs: A manual for managers*. Geneva: The World Health Organization.
- Tepkratoke, C. (2015). *Nursing care for patients with acute myocardial infarction undergoing coronary angioplasty*. Bangkok: Charoenkrung Pracharak Hospital Medical Service Department. [In Thai].
- The Heart Association of Thailand under The Royal Patronage of H. M. The King. (2020). *Thai Acute Coronary Syndromes Guideline 2020*. Bangkok: Neck Step Design. [In Thai].
- Tochaiwat, K., Predeekanit, K., Udom, T., Srisubat, A., & Thaiyakul, A. (2018). Unit cost and break-even point of inpatients service at the Supreme Patriarch Nyanasanwara Geriatric Medicine Hospital, Chonburi Province. *Journal of Department of Medical Service*, 43(4), 122-126. [In Thai].

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

The Relationship Between Workload, Work Environment and Quality of Work Life of Professional Nurses in a General Hospital, Health Area 3

พิศสมัย สมบัวดู (Phidsamai Sombuakhoo)*

ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ (Phattharamanat Pongrangsarn)**

Received: March 7, 2024

Revised: April 4, 2024

Accepted: May 7, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายจำนวน 132 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .86 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนเมื่อข้อมูลกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เมื่อข้อมูลกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยในอยู่ในระดับสูงผลิตภาพทางการพยาบาลเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 173.05 (S.D. = 41.31) สภาพแวดล้อมการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.69$, S.D. = .53) คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.56$, S.D. = .43) ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ พบในด้านผลิตภาพทางการพยาบาล ($r_s = -.20$, $p < .01$) และด้านระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา ($r_s = -.17$, $p < .01$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง ($r = .80$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้บริหารการพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับนโยบายที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะด้านภาระงาน การจัดอัตรากำลังอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับภาระงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน การส่งเสริมให้มีสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับเวลาส่วนตัว และค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม จะช่วยทำให้พยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานสูงขึ้น

คำสำคัญ: ภาระงาน, สภาพแวดล้อมการทำงาน, คุณภาพชีวิตการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ

*Corresponding author: PhidsamaiSombuakhoo; E-mail: Phidsa@gmail.com

*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)

Abstract

This research is a cross-sectional survey study. The objective is to study the relationship between workloads, working environment and quality of work life for professional nurses. A general hospital, Health Area 3, the sample group were professional nurses working in the inpatient ward. A simple random sample of 132 people was selected. The research instrument was a questionnaire. It passed the content validity check (CVI) equal to .86 and tested for confidence using the Cronbach alpha coefficient formula equal to .81. General data were analyzed using descriptive statistics, and analyze the relationship using Spearman's correlation coefficient when the data is abnormal distributed and Pearson's correlation coefficient. When the data spreads out in a normal distributed.

The results of the research found that the workload of professional nurses Inpatient units are at a high level. Average nursing productivity is 173.05 percent (S.D. = 41.31). The work environment of professional nurses is at a high level with an average score of 3.69 (S.D. = .53). The quality of working life of professional nurses is high with an average score of 3.56 (S.D. = .43). Workload has a low negative relationship with the quality of work life of professional nurses. Found in the aspect of nursing productivity ($r_s = -.20, p < .01$) and the duration of overtime work ($r_s = -.17, p < .01$). As for the relationship between work environment and Quality of working life of professional nurses. There was a high level of positive correlation ($r = .80, p < .01$).

Suggestions from the results of this research Nursing administrator Emphasis should be placed on policies that help improve the quality of working life of professional nurses. Especially in terms of work load Arrangement of adequate manpower Suitable for the workload and working environment Promoting life balance between work and personal time and adequate and fair compensation It will help professional nurses have a higher quality of working life.

Keywords: Workload, Working environment, Quality of work life, Professional nurses.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การขาดแคลนพยาบาล กำลังเป็นปัญหาวิกฤติที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก ปัจจุบันมีจำนวนพยาบาลทั่วโลกประมาณ 27.9 ล้านคน ขาดพยาบาลอีกประมาณ 5.9 ล้านคน (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากภาวะการขาดแคลนนี้อย่างหนักพยาบาลเป็นสาขาวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ (Sawaengdee, 2017) โดยมีอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพ 1 คนต่อประชากรประมาณ 400 คน (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health, 2019) ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันปฏิบัติงานวันละ 3 เวร คือ เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก โดยใช้ความรู้จากหลักการทางทฤษฎีกระบวนการทางการแพทย์ บนรากฐานทางวิทยาศาสตร์ และให้การดูแลแบบองค์รวม (Ibrahim, 2008) โดยสาเหตุการขาดแคลนพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถธำรงรักษาพยาบาลที่มีทักษะและประสบการณ์ไว้ได้ หากได้เกิดจากการผลิตไม่เพียงพอเหมือนดังช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา (Sawaengdee, 2017)

สภาการพยาบาลให้ความสำคัญของภาระงานพยาบาลภาระงาน (Work load) คือปริมาณของงานที่เกิดขึ้นในแต่ละหน่วยบริการ (Nursing Division Ministry of Public Health., 2002a) และ (Huber, 2014) โดยกำหนดให้เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารสถานบริการสุขภาพทุกแห่งที่จะต้องบริหารจัดการให้มีอัตรากำลังอย่างเพียงพอเพื่อเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Nursing Council, 2017)

นอกจากนี้สภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ผู้ปฏิบัติงาน โครงสร้างของหน่วยงาน ระบบงาน นโยบาย วิธีการต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมและความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน ส่วนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานของพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิตทำให้ทำงานบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร องค์ประกอบที่สำคัญมีดังนี้ สัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมงานการจัดการสภาพแวดล้อมทางสังคม ภาระงานที่เป็นธรรมชาติ ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากรการพัฒนาวิชาชีพ และความก้าวหน้าในอาชีพ (Lake, 2002)

สอดคล้องกับการศึกษาของอริญญา ปาละกะวงศ์, อารีรัตน์ ขำอยู่ และ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา (Palakawong, Khumyu, & Buddharaksa, 2020) พบว่า สภาพแวดล้อมการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง และ การศึกษาของวรรณช ปัทมาพงษ์ และ ขนิษฐา วรธงชัย (Paththapong & Warathongchai, 2018) พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตการทำงาน เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานองค์ประกอบที่สำคัญ มีดังนี้ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคลหน้าที่การงานก้าวหน้าและมั่นคงการบูรณาการทางสังคม หรือการทำงานร่วมกันการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน ความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และลักษณะงานเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับสังคม (Walton, 1973) สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัช สงวนวงษ์วาน และณัฐนิชา ปิยะปัญญา (Sanguanwongwan & Piyapanya, 2014) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลช่วยสร้างความสุขและความพึงพอใจในการทำงานด้วยความเสียสละทุ่มเท ส่งผลดีต่อองค์กร

บริบทโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 มีระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทั้ง 22 สาขาให้บริการผู้ป่วยนอก 10 แผนก และผู้ป่วยใน 7 แผนกมีอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพ 400 คน รับผิดชอบงานด้านสุขภาพในเขตอำเภอเมือง โดยมีโรงพยาบาลชุมชนในเขตเครือข่าย 11 แห่งและรองรับระบบการส่งต่อจากเขตรอยต่อจังหวัดใกล้เคียง (Human Resources Department of Phichit Hospital, 2021) จากข้อมูลผู้รับบริการในปี 2561-2564 มีจำนวน 31,186 คน, 29,854 คน, 28,008 คน และ 24,913 คน ตามลำดับ

โดยที่ภาระงานการพยาบาลผู้ป่วยใน จากสถิติในปี 2561-2564 พบว่าผลิตภาพทางการพยาบาลภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 189.54, 182.31, 180 และ 169.15 ตามลำดับ และพบว่าในหน่วยบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยในทั้ง 7 ในปี 2564 แผนกที่มีผลิตภาพทางการพยาบาลเกินเกณฑ์

โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ อายุกรรมศัลยกรรม กระดูก ศัลยกรรม พิเศษ สูติกรรม โสตคอนสิก จักษุ คิดเป็นร้อยละ 196.70, 192.32, 182.72, 159.08, 143.88 และ 139.69 ตามลำดับ และพบว่ามีเพียง 1 แผนก ที่มีผลผลิตภาพทางการแพทย์ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ กุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 98.75 (Human Resources Department of Phichit Hospital, 2021)

นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมการทำงานในหน่วยบริการ จากข้อมูลระหว่างปี 2561-2564 ในด้านของบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาความรู้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 85.64, 76.04, 75.16 และ 77.90 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมายกำหนดไว้คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 และบุคลากรทางการแพทย์มีความผูกพันต่อองค์กร คิดเป็นร้อยละ 64.94, 66.49, 76.40 และ 75.19 ตามลำดับ พบว่าบางปีต่ำกว่าเป้าหมาย คือต้องมากกว่าร้อยละ 70 (Human Resources Department of Phichit Hospital, 2021)

ส่วนด้านคุณภาพชีวิตการทำงานพบผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาล จากข้อมูลระหว่างปี 2561-2564 เช่น ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรพยาบาลผ่านเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 70.83, 80.00, 67.86 และ 70.00 ตามลำดับ พบว่าต่ำกว่าเป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 80, อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85.17, 82.92, 84.30 และ 85.86 ตามลำดับ พบว่าบางปีต่ำกว่าหรือสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อยเป้าหมายคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 และพบข้อร้องเรียนมากที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมบริการ พบ 4 ครั้ง, 9 ครั้ง, 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายแต่บางปีเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง (Human Resources Department of Phichit Hospital, 2021)

จากสภาพการณ์ข้างต้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานมาก ไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาล เช่น บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาความรู้และความผูกพันต่อ

องค์กรต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านคุณภาพการบริการพยาบาลเช่นข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการต่างๆ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญ อันนำไปสู่การวางแผนกำหนดนโยบายการบริหารจัดการหาแนวทางส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพยาบาลวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาระงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3

สมมติฐานในการวิจัย

1. ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลของวิชาชีพ
2. สภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลของวิชาชีพ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยภาระงาน ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดสภาพแวดล้อมการทำงานดัดแปลงมาจากแนวคิดทฤษฎีของเลค (Lake, 2002) และคุณภาพชีวิตการทำงาน ดัดแปลงมาจากแนวคิดทฤษฎีของวอลตัน (Walton, 1973) กรอบแนวคิดในการวิจัย มีดังนี้

ภาระงาน

- 1) ผลผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity)
- 2) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วย
(nurse to patient ratio)
- 3) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อความต้องการ
การพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย
(nurse to nursing care hour per patient day)
- 4) จำนวนวันปฏิบัติงานล่วงเวลา (over time)

สภาพแวดล้อมการทำงาน (Lake, 2002)

- 1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล
- 2) หลักการบริหารจัดการทางพยาบาลที่เอื้อประโยชน์
ต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ
- 3) ภาวะผู้นำ ความสามารถ และการสนับสนุนของ
ผู้บริหาร
- 4) ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร
- 5) ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาล
กับแพทย์

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Walton, 1973)

- 1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและ
เป็นธรรม
- 2) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริม
สุขภาพ
- 3) โอกาสในการพัฒนาความสามารถของ
บุคคล
- 4) หน้าที่การทำงานก้าวหน้าและมั่นคง
- 5) การบูรณาการทางสังคม หรือการทำงาน
ร่วมกัน
- 6) การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน
- 7) ความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิต
ส่วนตัว
- 8) ลักษณะงานเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับ
สังคม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 172 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในสังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 132 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 120 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน เมื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota

sample) ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหอผู้ป่วยในจำนวน 7 แผนกและเลือกวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อพยาบาลวิชาชีพโดยไม่ใส่คืนในแต่ละแผนกได้ครบ 132 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือจนสิ้นสุดการวิจัยและ 3) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลภายในเดือนเมษายน พ.ศ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตำแหน่ง การปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติงาน เวลาที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน และหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) ผลกระทบทางการพยาบาล 2) ผู้ป่วยทั้งหมดของผู้ป่วยในเวรล่าสุด 3) ผู้ป่วยที่เข้ารับผิชอบดูแลโดยตรงในเวรล่าสุด 4) บุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานทั้งหมดในในเวรล่าสุด 5) จำนวนวันที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาในเดือนล่าสุด 6) จำนวนครั้งที่ปฏิบัติงานเกินเวลาในเดือนล่าสุด และ 7) ระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลากครั้งล่าสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดทฤษฎีของเลค (Lake, 2002) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 31 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล 2) หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ 3) ภาวะผู้นำ ความสามารถ และการสนับสนุนของผู้บริหาร 4) ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร และ 5) ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดทฤษฎีของวอลตัน (Walton, 1973) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม 2) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล 4) หน้าที่การทำงานก้าวหน้าและมั่นคง 5) การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน 6) การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน 7) ความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และ 8) ลักษณะงานเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าแผนก 1 ท่านที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาลตรวจสอบ

ความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่า CVI = .86 หลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 3 คือ พยาบาลวิชาชีพที่โรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวน 30 คน และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองและหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง เขตสุขภาพที่ 3 หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

2) ผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาล ซึ่งไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา โดยดำเนินการส่งเอกสารข้อมูลการวิจัย ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านผู้ประสานงานวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลส่งกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และขอบคุณผู้ประสานงานวิจัยของโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยและนำข้อมูลประมวลผลวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ภาระงานสภาพแวดล้อมการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) ความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ คำนวณหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ สเปียร์แมน (r_s) และความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพคำนวณ หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้เพียร์สัน (r)

โดยเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พิจารณาจากระดับความสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์ (Srisathitnarakool, 2007)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.70-1.00	สูง
0.30-0.69	ปานกลาง
0.00-0.29	ต่ำ

ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

r เป็น + แสดงว่า ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน เรียกว่าสหสัมพันธ์ทางบวก ซึ่งหมายความว่าเมื่อตัวแปรตัวหนึ่งเพิ่มขึ้นหรือลดลงอีกตัวแปรหนึ่งก็เพิ่มขึ้นหรือลดลงไปด้วย

r เป็น - แสดงว่า ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกัน เรียกว่าสหสัมพันธ์ทางลบ

r เป็น 0 แสดงว่า ข้อมูลของตัวแปรที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กัน เรียกว่าสหสัมพันธ์เป็นศูนย์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โครงการหมายเลข IRB No. P2-0071 / 2566 วันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยพบผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อชี้แจงข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล อย่างละเอียด ตลอดจนชี้แจงรายละเอียดให้ผู้เข้าร่วม การวิจัย ทราบถึงสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจาก การวิจัยได้ โดยที่การถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่ง ผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และการเผยแพร่ข้อมูล จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากแบบสอบถามจำนวน 132 ชุด ผู้วิจัยได้รับแบบ สอบถาม ครบถ้วนสมบูรณ์คิดเป็น ร้อยละ 100

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (97.0%) มีอายุเฉลี่ย 37 ปี (S.D. = 11.24) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (90.2%) ตำแหน่งข้าราชการ (87.10%) ระดับการปฏิบัติงาน เป็นปฏิบัติการ (56.1%) ปฏิบัติงานผลัดเวรเช้า-บ่าย-ดึก (79.5%) ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 14 ปี (S.D. = 11.14) รายได้ต่อเดือนระหว่าง 35,000-40,000 บาท (40.9%) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรม (31.8%) และรองลงมา คือ แผนกศัลยกรรม (26.5%)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 132$)

ข้อมูลภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.
1) ผลิตภาพทางการพยาบาล (%)	85	266	173.05	41.31
2) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วย	4	13.50	7.75	1.97
3) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อความต้องการการพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย	5.06	11.12	6.80	.97
4) จำนวนวันที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา (วัน)	0	18	7.73	4.10
4.1) จำนวนครั้งที่ปฏิบัติงานเกินเวลา (ครั้ง)	2	25	13.73	5.60
4.2) ระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา (ชม.)	.50	1.75	1.21	.26

จากตารางที่ 1 พบว่าผลผลิตภาพทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานผู้ป่วยในเฉลี่ย 173.05% (S.D. = 41.31) ผลผลิตภาพทางการพยาบาลสูงสุดที่ 266% สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 7.75 คน (S.D.=1.97) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อความต้องการการพยาบาลเฉลี่ย

ของผู้ป่วย 6.80 ชั่วโมง/ราย/วัน (S.D. = .97) จำนวนวันที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ย 7.73 วัน (S.D.=4.10) จำนวนครั้งที่ปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 13.73 ครั้ง (S.D. = 5.60) ระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 1.21 ชั่วโมง (S.D. = .26)

ตารางที่ 2 แสดงผลรวมค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 132)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
สภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	3.69	.53	สูง
1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล	3.43	.53	สูง
2) หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้อประโยชน์ต่อการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ	3.89	.43	สูง
3) ภาวะผู้นำความสามารถและการสนับสนุนของผู้บริหาร	3.84	.54	สูง
4) ความเพียงพอของการจัดกำลังคนและทรัพยากร	3.36	.62	ปานกลาง
5) ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์	3.91	.54	สูง
คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	3.56	.43	สูง
1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม	3.18	.59	ปานกลาง
2) สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.48	.43	สูง
3) โอกาสในการพัฒนาความสามารถของบุคคล	3.69	.44	สูง
4) หน้าที่การงานก้าวหน้าและมั่นคง	3.65	.59	สูง
5) การบูรณาการทางสังคมหรือการทำงานร่วมกัน	3.95	.60	สูง
6) การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน	3.84	.57	สูง
7) ความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	2.95	.69	ปานกลาง
8) ลักษณะงานเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับสังคม	3.74	.55	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.69, S.D. = .53) พิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านความเพียงพอของการจัดอัตรากำลังและทรัพยากรเท่านั้น ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.36, S.D. = .62)

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.56, S.D. = .43) พิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม ($\bar{x}$ = 3.18, S.D. = .59) และด้านความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัวที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.95, S.D. = .69)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 132)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
ภาระงาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
	สเปียร์แมน (r _s)	
1) ผลผลิตภาพทางการพยาบาล (Productivity)	-.20**	ต่ำ
2) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วย (Nurse to patient ratio)	.05	ไม่มีความสัมพันธ์
3) สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อความต้องการการพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย	.11	ไม่มีความสัมพันธ์
4) จำนวนเวลาที่ปฏิบัติงานล่วงเวลา (Over time)	-.16	ไม่มีความสัมพันธ์
4.1) จำนวนครั้งที่ปฏิบัติงานเกินเวลา	.14	ไม่มีความสัมพันธ์
4.2) ระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา	-.17**	ต่ำ

** p < .01

จากตารางที่ 3 แสดงภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบในด้านด้านผลผลิตภาพทางการพยาบาล (r_s = -.20) และด้านระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา (r_s = -.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 132)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	ระดับ
สภาพแวดล้อมการทำงาน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)	ความสัมพันธ์
1) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล	.58**	ปานกลาง
2) หลักการบริหารจัดการทางการพยาบาลที่เอื้อประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ	.65**	ปานกลาง
3) ภาวะผู้นำ ความสามารถ และการสนับสนุนของผู้บริหาร	.70**	สูง
4) ความเพียงพอของการจัดกำลังคน และทรัพยากร	.56**	ปานกลาง
5) ความสัมพันธ์ในฐานะเพื่อนร่วมงานระหว่างพยาบาลกับแพทย์	.63**	ปานกลาง
รวม	.80**	สูง

** p < .01

จากตารางที่ 4 สภาพแวดล้อมการทำงานในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (r = .80) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านภาวะผู้นำ ความสามารถ และการสนับสนุนของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง (r = .70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

1.ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่า

1.1 ผลผลิตภาพทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานผู้ป่วยในเฉลี่ย 173.05% (S.D. = 41.31) สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ทองดีพันธ์ (Thongphandee, 2019) พบว่าผลผลิตภาพทางการพยาบาล ในหน่วยงานผู้ป่วยใน เกินมาตรฐานร้อยละ 110 คิดเป็น ร้อยละ 88.10 และการศึกษาของสมนึก ธาราวัชรศาสตร์ (Tarawatcharaasart, 2013) พบผลผลิตภาพทางการพยาบาล หน่วยงานผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 170.48 ซึ่งค่าผลผลิตภาพ ทางการพยาบาล มากกว่า 110% หมายความว่า การจัด กำลังคนน้อยเกินไปหรืองานมากกว่าคน (Nursing Council, 1997)

1.2 สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยเฉลี่ย 7.75 คน (S.D. = 1.97) ซึ่งสูงเกินเกณฑ์สภาการพยาบาลกำหนด ไว้มาก คือ เกณฑ์อัตราากำลังพยาบาลต่อผู้ป่วยในหน่วย บริการผู้ป่วยในขั้นต่ำ 1: 4 ไม่เกิน 1: 6 (Nursing Council, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ ทองดีพันธ์ (Thongphandee, 2019) พบว่า สัดส่วนจำนวนพยาบาล ต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่เท่ากับ 1: 7 ขึ้นไป

1.3 สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อความต้องการ การพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย 6.80 ชั่วโมง/ราย/วัน (S.D. = .97) ไม่สอดคล้องกับกองการพยาบาลกำหนด ความต้องการการพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยงานพยาบาล ผู้ป่วยใน คือ 2.6 ถึง 5.5 ชั่วโมงต่อรายต่อวัน (Nursing Division Ministry of Public Health, 2002b) และ ด้านจำนวนวันปฏิบัติงานล่วงเวลา (Over time) มีค่าเฉลี่ย 7.73 วันคิดเป็นจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ปฏิบัติงานเกินเวลา ในแต่ละสัปดาห์ คือ 15.44 ชั่วโมง และระยะเวลาของการ ปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 1.21 ชั่วโมง

1.4 จำนวนวันที่ปฏิบัติงานล่วงเวลาเฉลี่ย 7.73 วัน (S.D. = 4.10)

1.4.1 จำนวนครั้งที่ปฏิบัติงานเกินเวลาเฉลี่ย 13.73 ครั้ง (S.D. = 5.60)

1.4.2 ระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา เฉลี่ย 1.21 ชั่วโมง (S.D. = .26)

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทของโรงพยาบาลทั่วไป ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลของรัฐซึ่งรับผิดชอบโรงพยาบาล ชุมชนในเขตเครือข่าย 11 แห่งและรองรับระบบการส่งต่อ เขตรอยต่อจังหวัดใกล้เคียง ไม่มีการจำกัดการรับผู้ป่วย ในแต่ละประเภท และพบว่าผู้ป่วยหนักบางรายที่ไม่ได้ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเนื่องจากมีจำนวนเตียง จำกัดในการให้บริการ ทำให้ต้องกระจายอยู่ในหอผู้ป่วย ในส่งผลให้ผลผลิตภาพทางการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยใน สูงเกินเกณฑ์ประกอบกับอัตรากำลังไม่เพียงพอ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น หรือการที่มีผู้ป่วย ประเภทผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตรากำลังพยาบาล ที่ปฏิบัติงานมีจำกัด เนื่องจากพยาบาลที่ประจำอยู่ใน หอผู้ป่วยใน ถูกจัดตารางเวรไว้ล่วงหน้า ประกอบกับ บุคลากรบางส่วนติดภารกิจ ขอลาตามสิทธิทำให้หน่วยงาน ไม่สามารถอัตรากำลังเสริมได้ตามภาระงานที่เหมาะสม จึงส่งผลให้พยาบาลแต่ละคนมีภาระงานมากกว่ามาตรฐาน ที่สภาการพยาบาลกำหนดสอดคล้องกับการศึกษาของ เรมวลนันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์วิชัยคำและอภิรัตน์ที่ศุภวัฒน์ (Nantsupawat, Wichaikhum, & Nantsupawat, 2014) พบว่าพยาบาลปฏิบัติงานเกินเวลา 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่นเดียวกับการศึกษาของทริยาพรชน สุภามณี, วิภาดา คุณาวิคติกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา (Supamane, Kunaviktikul, & Keitlertnapha, 2014) พบว่า พยาบาล วิชาชีพปฏิบัติงานเกินเวลาโดยเฉลี่ยใน 1สัปดาห์ จำนวน 19.39 ชั่วโมง และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎดา แสงสี, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนไทร, ปิยะ หาญรวงศ์ชัย และ อำนวย กาจีนะ (Sawaengdee, Ruangratanatrai, Hanvorawongchai, & Gajeena, 2015) พบว่าพยาบาล 1 คน มีเวลาทำงานเฉลี่ยประมาณ 49.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเกินเวลาประมาณ 9.2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ไม่สอดคล้อง กับภาครัฐที่กำหนดให้พนักงานทำงานปกติ 40 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ (Nursing Division Ministry of Public Health, 2002b)

2. สภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.69, S.D. = .53)

ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในองค์กรผู้ร่วมงานมีสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะระหว่างพยาบาลและแพทย์ ประสาน

ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลที่ดี ในแต่ละหน่วยงาน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (Patient care team) ซึ่งทำหน้าที่กำหนดทิศทาง เป้าหมาย นโยบาย ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทุกกลุ่มโรค วางแผน พัฒนาระบบงาน กำกับดูแล กระตุ้น ติดตาม การบริหารการพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ผู้บริหารมีภาวะผู้นำ ความสามารถ และให้การสนับสนุน (Wongkanghae & Mongkholkham, 2023) พยาบาลมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล (Sriyosong et al., 2024) สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ปาละกะวงศ์, อาริรัตน์ ชำอยู่ และ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา (Palakawong et al., 2020) พบว่า สภาพแวดล้อมการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ การศึกษาของวรรณุช ปัทมาพงษ์ และ ขนิษฐา วรชงชัย (Patthapong & Warathongchai, 2018) พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับดี และ สอดคล้องกับการศึกษาของเรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภิรติ นันท์สุภวัฒน์ (Nantsupawat et al., 2014) พบว่าสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม อยู่ในระดับสูง

พิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านความเพียงพอของการจัดอัตรากำลังและทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.36, S.D. = .59$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในโรงพยาบาล จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอตามเกณฑ์ที่สภาพยาบาล กำหนด พยาบาลมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะพูดคุยปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายจัดอัตรา กำลังของพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสม (Mulalin, Sritoomma, & Singchungchai, 2024) เพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อม การทำงานที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเรมวณ นันท์สุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภิรติ นันท์สุภวัฒน์ (Nantsupawat et al., 2014) พบว่าสภาพแวดล้อมการทำงาน ของพยาบาลด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและ ทรัพยากร อยู่ในระดับปานกลาง

3. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดย รวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.56, S.D. = .43$)

ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ก่อนข้างมีความพึงพอใจหลายด้าน เช่น การบูรณาการ

ทางสังคม ได้รับการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการทำงาน งานที่ทำเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับสังคมมีโอกาสในการพัฒนาความสามารถ ความก้าวหน้าและความมั่นคง ในงาน และสภาพการทำงานปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาสริน สุกดปักษ์, จริยาพร เจริญโล่ทองดี และ คารณิ มิตรสุภาพ (Sukonpak, Charoenlonthongdee, & Mitsupap, 2014) พบว่าคุณภาพชีวิต การทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของประสพอินสุวรรณ (Insuwan, 2014) และวิรัช สงวนวงค์วาน และ ณัฐนิชา ปิยปัญญา (Sanguanwongwan & Piyapanya, 2014) พบว่าระดับ คุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการบูรณาการทางสังคม อยู่ใน ระดับสูง และด้านลักษณะงานเป็นประโยชน์เกี่ยวข้องกับ สังคม คุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับสูง

พิจารณารายด้านพบว่า มีเพียงด้านการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและเป็นธรรม ($\bar{x} = 3.18, S.D. = .59$) และด้านความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.95, S.D. = .69$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีความเห็นควรปรับอัตราค่าตอบแทนของพยาบาลให้ สูงขึ้น เพียงพอกับสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบันเหมาะสม กับภาระงานที่รับผิดชอบและจัดตารางปฏิบัติงานให้มีวัน หยุดที่แน่นอน เพื่อเพิ่มสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับ เวลาส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรัช สงวน วงค์วาน และณัฐนิชา ปิยปัญญา (Sanguanwongwan & Piyapanya, 2014) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้านการ ได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม อยู่ในระดับปานกลาง เช่น หน่วยงานมีสวัสดิการต่างๆ การช่วยเหลือทางการเงิน ห้องพักที่โรงพยาบาลจัดให้และ ค่ารักษาพยาบาล เงินเดือน ค่าตอบแทนที่เพียงพอสำหรับการใช้จ่ายตามสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบัน การได้รับเงิน พิเศษเพิ่มจากเงินเดือนที่ยุติธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ร่วม วิชาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงและคล้ายคลึงกันและ ค่าตอบแทน เช่น ค่าวิชาชีพ ค่าเวร ค่าปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ ที่ได้รับในปัจจุบัน เมื่อเทียบกับพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหน่วยงาน หรือ โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของประสพ อินสุวรรณ (Insuwan, 2014) พบว่า ด้านการได้รับผลตอบแทนที่

ยุติธรรมและเพียงพอ และด้านความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับเวลาส่วนตัว อยู่ในระดับปานกลางเช่นความสมดุลในชีวิต เวลาว่างในการทำกิจกรรมอื่นๆ ในสังคม เช่น มีงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมของพลเมือง ออกกำลังกาย พบปะเพื่อนๆ และ เวลาพักผ่อนและมีเวลาให้ครอบครัว อย่างเพียงพออยู่ระดับปานกลาง

4. ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พบในด้านผลิตภาพทางการพยาบาล ($r_s = -.20$) และ ด้านระยะเวลาของการปฏิบัติงานเกินเวลา ($r_s = -.17$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ภาระงานที่ทำหนักเกินไป การปฏิบัติงานเกินเวลาส่งผลให้ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตน้อยลง ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาให้ครอบครัว การพักผ่อนและนอนหลับ ไม่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาของทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิคิตกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา (Supamane et al., 2014) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ ที่พบว่าการปฏิบัติงานเกินเวลามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเพียงพอของการพักผ่อน และนอนหลับ และความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวณันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ (Nantsupawat et al., 2014) พบว่าการปฏิบัติงานเกินเวลามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความพอเพียงของการพักผ่อน และนอนหลับ และ ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวลย์, เอกกมล ไชยโม และ ภราดร ยิงยวด (Thangkratok et al., 2021) ศึกษาอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ พบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยและสมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย

5. สภาพแวดล้อมการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .80$) พิจารณารายด้าน

พบว่ามีความสัมพันธ์ด้านภาวะผู้นำความสามารถและการสนับสนุนของผู้บริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง ($r = .70$) แต่ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง เช่นการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ($r = .58$) และความเพียงพอของการจัดอัตราค่าจ้าง และทรัพยากร ($r = .56$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ในปัจจุบันผู้บริหารมีภาวะผู้นำ ความสามารถสูงให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันความสำเร็จขององค์กร การมีส่วนร่วมในการในการดำเนินงานของโรงพยาบาลต่างๆ ส่วนด้านการจัดอัตราค่าจ้าง และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญบาว วงศ์พิมล และ อภิญญา จำปามูล (Wongpimol & Champamoon, 2012) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการทำงาน กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและสภาพแวดล้อมในการทำงานสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลนำไปพิจารณาประกอบด้านนโยบายที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะภาระงาน เนื่องจากงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเป็นการศึกษาภาระงานพยาบาลวิชาชีพ เฉพาะงานผู้ป่วยในเท่านั้นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการะงาน เพื่อเสนอให้เป็นรูปธรรมการนำข้อมูลไปใช้อาจต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์ และการมีอัตราค่าจ้างอย่างเพียงพอเหมาะสมกับการะงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสมดุลของชีวิตระหว่างงานกับเวลาส่วนตัว และค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัย และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการระงับการเพิ่มเติมนั้น เช่น บางตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับการระงับการเพิ่มเติมนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพและเป็นศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในเท่านั้น ส่วนสภาพแวดล้อมการทำงานกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์เท่านั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องอิทธิพลของสภาพแวดล้อมการทำงานกับ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Huber, D. (2014). *Leadership and nursing care management*(5th ed.). St. Louis: Saunders/Elsevier.
- Human Resources Department of Phichit Hospital. (2021). *Medical statistics of Phichit Hospital*.Phichit: Human Resources Department of Phichit Hospital. [In Thai].
- Ibrahim, F. (2008). *Practice nursing according to the framework of nursing theory*(5th ed.). Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University. [In Thai].
- Insuwan, P. (2014). Organizational atmosphere and quality of work life of professional nurses nursing group Srirattana Hospital Sisaket Province. *Journal of the College of Nursing Ratchachomani Nakhon Ratchasima*, 20(1), 55-66. [In Thai].
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- Mulalin, P., Sritoomma, N., & Singchungchai, P. (2024). The components of management of job resources of generation Y head nurses in private hospitals. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(3), 1-13. [In Thai].
- Nantsupawat, R., Wichaikhun, O., & Nantsupawat, A. (2014). The relationship between nurse' extended work hours and patient, nurse, and organizational outcomes in general hospital. *Nursing journal*, 41(4), 58-69. [In Thai].
- Nursing Council. (1997). *Announcement from the Nursing and Midwifery Council Nursing and care service standards Secondary and tertiary pregnancy*. Nonthaburi: Nursing Council, Ministry of Public Health. [In Thai].
- Nursing Council. (2017). *Announcement of the Nursing Council policy of working hours of nurses for patient safety*. Nonthaburi: Nursing Council, Ministry of Public Health.[In Thai].
- Nursing Division Ministry of Public Health. (2002). *Guidelines for organizing nursing manpower*. Bangkok: Freight and Parcel Printing Organization. [In Thai].
- Nursing Division Ministry of Public Health. (2002). *Guidelines for organizing nursing staff*. Bangkok: Shipping and Parcel Organization Printing House. [In Thai].
- Palakawong, A., Khumyu, A., & Buddhaksa, L. (2020). Work environment, leadership of headnurses and job retention of registered nurses in Chachoengsao provincial center hospitals. *Journal of the Faculty of Nursing, Burapha University*, 28(1), 96-104. [In Thai].
- Pathapong, W., & Warathongchai, K. (2018). Relationship between working environment with job satisfaction work-life balance of university hospital nurses in Thailand. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 96-104. [In Thai].
- Sanguanwongwan, W., & Piyapanya, N. (2014). The quality of working life of nurses in Bangkok private hospital. *Southeast Bangkok Journal*, 3(2), 77-90. [In Thai].

- Sawaengdee, K. (2017). Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent secretary, Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*, 26(2),456 - 468. [In Thai].
- Sawaengdee, K., Ruangratanatrai, W., Hanvorawongchai, P., & Gajeena, A. (2015). Workload and productivity of nurses in public hospitals12 in the 2nd health service network. *Journal of Public Health*, 24(4), 741-750. [In Thai].
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health. (2019). *Summary of key statistics 2019*. Nonthaburi; Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. [In Thai].
- Srisathitnarakool, B. (2007). *Leadership and strategies of nursing organization management in the 21st century*. Bangkok: Chulalongkorn University. Printing house. [In Thai].
- Sriyospong, C., Saidam, P., Sonthiwattana, R., Kongchai, U., Chantamart, A., & Meepring, M. (2024). Transformational leadership and generation Z nurses' retention. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(1), 1-13. [In Thai].
- Sukonpak, M., Charoenlothongdee, J., & Mitsupap, D. (2014). Relationship study between job characteristics and organizational climate on the quality of work life of professional nurses in Phranangklaio Hospital. *Health Scientific Research Journal*, 5(1), 32-39. [In Thai].
- Supamanee, T., Kunaviktikul, W., & Keitlertnapha, P. (2014). Nurses' extended work hours and nurse outcomes in community hospitals. *Nursing Journal*, 41(Extra), 48-58. [In Thai].
- Tarawatcharaasart, S. (2013). *The workload and productivity of professional nurses at the secondary level Hospital in Nakhon Pathom Province*. Master Thesis (Nursing), Christiam University, Bangkok. [In Thai].
- Thangkratok, P., Trinattawan,W., Chaimo, E., & Yingyuad, P. (2021). Influence of work-life balance and job satisfaction on the quality of life of Thai professional nurses. *Journal of Public Health*, 30(2), 456-468. [In Thai].
- Thongphandee, M. (2019).*The relationship between workload and workforce combination and nursing quality of life: inpatient work. M2 Level Hospital Case Study*. Retrieved from http://www.medi.co.th/hotnews11/nursing_1625473578NR124.pdf. [In Thai].
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: What is it. *Sloan management review*, 15(1), 11-21.
- Wongkanghae, S., & Mongkholkham, C. (2023). The challenge for nursing administrators in human resource management: Generation Z professional nurses' group. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 13-23. [In Thai].
- Wongpimol, B., & Champamoon, A. (2012). The relationship between nursing man power working environment and health quality of life among general hospital nurses Northeast. *Journal of the Association of Nurses Northeastern Branch*, 30 (3), 16-23. [In Thai].
- World Health Organization. (2020). *Nurses are the 'backbone' of healthcareand the world is six million short,declares WHO*. Retrieved from <https://www.nursingnotes.co.uk/news/workforce/nurses-backbone-healthcare-world-million-shortdeclares/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. New York: Harper & Row.

บทความวิจัย

ผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ต่อระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

Effectiveness of Meditation SKT 3 on Blood Pressure, Lipid Profile and Cardiovascular Risk among Hypertensive Patients with Dyslipidemia

ภาณุเดช แก้วดี (Phanudech Gaewdee)*

สุภาพร แนวนุตร (Supaporn Naewbood)**

ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ (Chuleekorn Danyuthasilpe)***

Received: March 7, 2024

Revised: April 5, 2024

Accepted: May 7, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเม้ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก 2) โปรแกรมการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 และ 3) แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไขมันโคเลสเตอรอล และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ และไลโปโปรตีนที่มี

ความหนาแน่นต่ำ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และไขมัน โคเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก และมีค่าเฉลี่ยไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 สามารถนำไปใช้ควบคุมความดันโลหิต ไขมันในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เป็นบางส่วน

คำสำคัญ: การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3, ความดันโลหิต, ไขมันในเลือด, ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

*Corresponding author: PhanudechGaewdee; E-mail:Phanudechg61@nu.ac.th

*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยนเรศวร (Student, Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Naresuan University)

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

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

Abstract

This is a quasi-experimental research. The objective was to compare blood pressure levels, blood lipid levels and cardiovascular risk levels among experimental group, measuring before and after the experiment and between experimental with control group. The sample group was patients who had high blood pressure and abnormal blood lipids, who came to receive treatment at Huaymangtambon health promotion hospital and Banfaitambon health promotion hospital, Nam Pad District, Uttaradit Province. There were 60 person and divided for experimental and control group with 30 person per group. The sample was selected by inclusion criteria. The research instrument 1) Interview personal and clinical data. 2) Meditation SKT 3 program, and 3) Meditation SKT 3 practice record. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results found, 1) the experimental group were mean systolic blood pressure, mean diastolic blood pressure, mean level of cholesterol and mean of cardiovascular risk level significant lower than before the experiment ($p < .001$) and the experimental group were mean level of triglycerides and mean level of low density lipoprotein significant lower than before the experiment ($p < .05$). 2) The experimental group were mean systolic blood pressure and mean level of cholesterol significant lower than the control group ($p < .001$) and the experimental group were mean diastolic blood pressure and mean level of low-density lipoprotein significant lower than the control group ($p < .05$).

The results of this study show that meditation SKT 3 can be used to partially control blood pressure, blood lipid and reduce to the cardiovascular risk.

Keyword: Meditation SKT 3, Blood pressure, Lipid profile, Cardiovascular risk, Hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Ministry of Public Health, 2018) ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดอาการเจ็บหน้าอกและกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Buranakitcharoen, 2010) จากรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี 2559- 2561 ของจังหวัดอุดรธานีอัตราร้อยละ 7.87, 6.11 และ 8.18 พบว่าอำเภอโนนสะอาดมีอัตราการเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองในปี 2560 มากที่สุดอัตราร้อยละ 5.92 รองลงมาคือ อำเภอท่าปลาร้อยละ 4.96 และอำเภอลับแลร้อยละ 3.71 ซึ่งอำเภอโนนสะอาดมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงภาวะไขมัน

ในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียดและการไม่ออกกำลังกาย และจากการสำรวจพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติมีอัตราร้อยละ 9.74 และในจำนวนนี้เกิดโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 32 คน ร้อยละ 6.76 และเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 2 คน ร้อยละ 0.42 (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2019)

องค์การอนามัยโลกและประเทศไทยกำหนดเป้าหมายคือ ลดอัตราการตายก่อนวัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดการขาดกิจกรรมทางกาย (Ministry of Public Health, 2018) ลดปัจจัยเสี่ยงควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา (Thai Vascular Association, 2017) เป้าหมายสำคัญของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ

รักษาความดันโลหิตให้ต่ำกว่าเป้าหมายให้มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และการรักษาระดับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ในระดับปานกลางด้วยยากกลุ่มสแตตินที่มีความแรงต่ำ ซึ่งจะลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 35-40 (Egan, Li, Qanungo, & Wolfman, 2013) มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จะช่วยให้ควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือดได้ (Thai Hypertension Society, 2019)

การปฏิบัติสมาธิบำบัดเป็นการทำงานของกายประสาณจิต (Mind and body meditation) มีข้อค้นพบว่าช่วยปรับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มกิจกรรมทางกายโดยการเคลื่อนไหวและยืดเหยียดร่างกาย และนำมาใช้เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและไขมันในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chibsamanoon & Suttineam, 2013; Jubklay et al., 2018; Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018; Naewbood, 2019; Panyachotikun, Satkong, & Sriwisit, 2017; Ratsamana & Promjang, 2018) การปฏิบัติสมาธิบำบัดเป็นการปฏิบัติที่ประสานการทำงานของกายและจิต ตั้งแต่ระดับหยาบ คือ กาย และระดับละเอียดคือ จิต จะเกิดความสมดุลของเซลล์ของร่างกาย (Somatic cells) และเซลล์ประสาท (Nerve cells) ทำงานร่วมกัน โดยสมพร กันทรคุญศิริ-เตรียมชัยศรี ได้พัฒนาการปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 7 เทคนิค (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) ซึ่งแต่ละเทคนิคจะใช้หลักการเช่นเดียวกัน คือ สมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายให้สัมพันธ์กัน ซึ่งสมาธิบำบัด SKT มีงานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถใช้เยียวยาโรคเรื้อรังร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้ผล

การปฏิบัติสมาธิ ระบบประสาทอัตโนมัติ และไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งมีการทำงานสัมพันธ์กับระบบ Limbic กระตุ้นบริเวณ Amygdala ข้างขวา มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นการทำงานของน้ำดีเพิ่มขึ้นจึงมีการหลั่งน้ำดีมาย่อยไขมันได้ดีขึ้น การคุม และปรับ

ประสาทรับความรู้สึกบริเวณไขสันหลัง กล้ามเนื้อ ข้อต่อ เอ็น การทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10 ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ Isotonic Exercise เป็นการออกกำลังกายแบบมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อแขนและขาจากการก้มตัวและยืดตัวในขณะที่ปฏิบัติ ซึ่งจะทำให้ค่าไขมันในเลือดลดลง (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้น แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัดมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด ตามหลักฐานที่แสดงข้างต้น แต่ทั้งนี้เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันผิดปกติร่วมด้วยยังมีการศึกษาค้นคว้าน้อย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ต่อระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พื้นที่อำเภอน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 และกลุ่มควบคุมหลังการพยาบาลตามปกติ

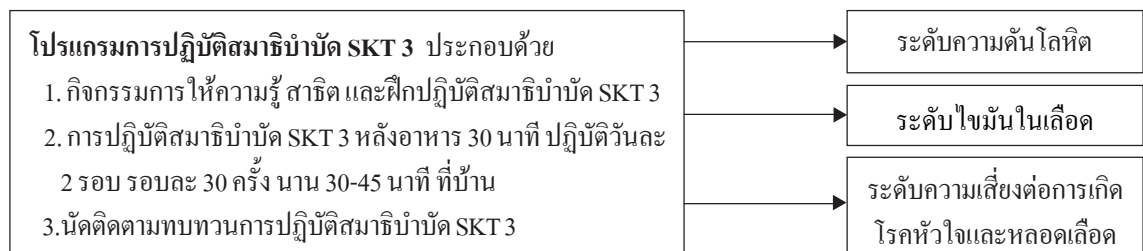
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างจากก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3
2. หลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 เป็นเทคนิคการฝึก ระบบประสาทสัมผัสให้รับรู้สัญญาณไฟฟ้าผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง หู ตา จมูก ลิ้น การเคลื่อนไหวโดยนั่ง ยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต นั่งบน พื้นราบเหยียดขา เข้าตั้ง หลังตรง เท้าชิด คว่ำฝ่ามือบน ดันขาทั้งสองข้าง หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกพร้อมกับค่อยๆ โน้มหรือก้มตัวไปข้างหน้าพักฝ่ามือทั้งสองข้างไปด้าน หน้า จนปลายมือจรดนิ้วเท้า หยุดหายใจชั่วคราว หายใจออก ช้าๆ พร้อมกับค่อยๆ ดึงตัวแขน มือเอนไปข้างหลัง มีผลต่อ

การทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติ ที่ควบคุมความดันโลหิต การทำงานของระบบหัวใจและ หลอดเลือด จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ลดลง ระดับโคเลสเตอรอลลดลง (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) โดยมีกิจกรรมของโปรแกรมเป็นตัวแปรต้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ ระดับความดันโลหิตระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม Pretest-posttest design

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเมฆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝายอำเภอป่าด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 473 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ α เท่ากับ .05 และ Power ($1-\beta$) เท่ากับ .80 จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณ จากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน โดยผู้วิจัยทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมทั้งหมด 60 คน โดยเลือกแบบเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุทั้ง เพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มาแล้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลห้วยเมฆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านฝาย อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี

1. มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 159 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 99 มิลลิเมตรปรอท (ได้รับยา)

2. มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โคเลสเตอรอลสูง มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือ ไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือ ไลโปโปรตีน ที่มีความหนาแน่นต่ำ มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และ/หรือ ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ได้รับยา)

3. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย ยินดีและสมัครใจ ในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนด
2. ย้ายสถานที่รักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากโปรแกรมประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดสำหรับคนไทย (Thai CV risk score) จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

2. โปรแกรมการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 แนวคิดของ รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) นำมาเป็นแนวทาง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 (สัปดาห์ที่ 1) 2) การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ก่อนหรือหลังอาหาร 30 นาที ปฏิบัติวันละ 2 รอบ รอบละ 30 ครั้ง นาน 30-45 นาที ที่บ้าน (12 สัปดาห์) 3) ติดตามทบทวนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 (สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 9)

3. แบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 มีลักษณะเป็นแบบเติมคำ โดยให้กลุ่มทดลองระบุวันที่ และจำนวนครั้งของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 วันละ 2 รอบ ในช่วงเวลาตอนเช้าและตอนเย็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โปรแกรมการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยศึกษาเนื้อหาตามหลักการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) ตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางอายุรกรรมจำนวน 1 ท่าน อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์ทางเลือกหรือแผนไทยจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษา และความสอดคล้องกับเนื้อหาของงานวิจัยและคำถามหาคำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.96

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลแสนตอ อำเภอน้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี จำนวน 3 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาปรับแก้ภาษาให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 1.00

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2566

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ IRBNo :P2-0364/2565 รับรองวันที่ 24 เมษายน 2567 และการอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยเมฆ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาย ผู้วิจัยนำเอกสารข้อมูล โครงการวิจัยและความยินยอมของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกครั้งที่ 1

ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT3 สาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3

ผู้วิจัยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ที่บ้าน วันละ 2 ครั้งๆ ละ 30 นาที รวม 12 สัปดาห์ พร้อมกับขอให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ในแบบบันทึกที่แจกให้

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 และ 9 ผู้วิจัยทบทวนผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 รวมทั้งสอบถามปัญหาและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกครั้งที่ 2 และรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3

กลุ่มควบคุม ได้รับการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกครั้งที่ 1

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติจนครบ 12 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 โดยใช้สถิติ Paired t- test

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 และกลุ่มควบคุมหลังการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี ร้อยละ 46.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.3 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 56.7 รายได้อยู่ในช่วง 1-1000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60 และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.3 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุอยู่ในช่วง 55-59 ปี ร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 จบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.7 อาชีพส่วนใหญ่เกษตรกร ร้อยละ 83.3 มีรายได้ในช่วง 1-1000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 83.3 และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งเพศ ($t = .000$, $p = 1.000$) อายุ ($t = -.487$, $p = .628$) ความดันโลหิตซิสโตลิก ($t = -1.61$, $p = .873$) ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($t = 1.128$, $p = .264$) โคลเลสเตอรอล ($t = .612$, $p = .543$) ไตรกลีเซอไรด์ ($t = 1.423$, $p = .160$) ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ($t = .983$, $p = .330$) ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ($t = -1.487$, $p = .142$) และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($t = .143$, $p = .886$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกความดันโลหิตไดแอสโตลิก โคลเลสเตอรอล และความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ และค่าเฉลี่ยไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ต่ำกว่าก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ไม่แตกต่างกับก่อนการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 (n = 30)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิต						
ความดันโลหิตซิสโตลิก	148.00	7.59	123.10	6.98	14.58	< .001***
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	88.07	6.93	76.57	7.53	5.99	< .001***
ระดับไขมันในเลือด						
ไขมันโคเลสเตอรอล	215.00	18.89	183.93	21.43	7.33	< .001***
ไตรกลีเซอไรด์	184.80	101.88	130.23	45.98	3.27	.003*
ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ	139.30	73.22	106.50	22.05	2.37	.025*
ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง	50.93	10.45	52.43	9.32	-1.00	.325
ระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด						
คะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	10.51	5.39	6.21	3.43	9.11	< .001***

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 กับกลุ่มควบคุมหลังการพยาบาลตามปกติ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และโคเลสเตอรอลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และค่าเฉลี่ยไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่แตกต่างกัน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 กับกลุ่มควบคุมหลังการพยาบาลตามปกติ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		Paired t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิต						
ความดันโลหิตซิสโตลิก	123.10	6.98	145.77	6.25	-13.25	<.001***
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	76.57	7.53	82.13	8.69	-2.65	.010*
ระดับไขมันในเลือด						
ไขมันโคเลสเตอรอล	183.93	21.43	214.23	38.49	-3.76	<.001***
ไตรกลีเซอไรด์	130.23	45.98	148.87	62.21	-1.32	.192
ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ	106.50	22.05	125.50	35.49	-2.49	.016*
ไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง	52.43	9.32	52.33	12.34	.03	.972
ระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด						
คะแนนความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด	6.21	3.43	6.89	3.45	-.77	.441

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

*** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

สมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 มีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างจากก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 14.58, p = < .001$ และ $t = 5.99, p = < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 เป็นเทคนิคการฝึกระบบประสาทสัมผัส ให้รับรู้สัญญาณไฟฟ้าผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง หู ตา จมูก ลิ้น และการเคลื่อนไหว มีผลต่อการทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิต การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการใช้สมาธิบำบัด SKT โดยครู ก เพื่อควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

โดยการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT จัดอบรมครู ก หลักสูตร 3 วัน และครู ก นำไปสอนให้กับกลุ่มตัวอย่างตามมาตรฐานต้นแบบ SKT และให้ไปปฏิบัติต่อบ้านอีก 8 สัปดาห์ และได้รับการเยี่ยมชมติดตามจาก ครู ก พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Kaweekom, Saengsawang Khakao, & Krongyoot, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของสมาธิบำบัด SKT ในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสิเกาจังหวัดตรัง ในกลุ่มผู้มารับบริการที่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท ฝึกสมาธิบำบัด SKT1 เพื่อลดความดันโลหิต ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และลดน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนไม่หลับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตหลังการทำสมาธิบำบัด ต่ำกว่าก่อนการทำสมาธิบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Panyachotikunl et al., 2017)

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ต่ำกว่าก่อนปฏิบัติ

สมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.33, p < .001$) มีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และค่าเฉลี่ยระดับไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำต่ำกว่าก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.27, p = .003$, และ $t = 2.37, p = .025$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยระดับไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ไม่แตกต่างจากก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ($t = -1.00, p = .325$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนได้ร่วมกับการใช้ยาควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Olamoyegun, Akinlade, Fawale, & Ogbera, 2016) โดยเทคนิคสมาธิบำบัด SKT 3 เป็นการกำหนดลมหายใจและมีการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Kantaradusdi-Triamchaisri, 2018) เมื่อออกกำลังกายจนถึงนาทีที่ 10 ร่างกายก็จะเริ่มเผาผลาญไขมันได้มากขึ้น (Janewattanakul, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของการควบคุมระดับโคเลสเตอรอลโดยใช้เทคนิคสมาธิบำบัด SKT 3 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Naewbood, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิแบบราชาโยคะต่อระดับไขมันโคเลสเตอรอล และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับโคเลสเตอรอลในเลือดในผู้ปฏิบัติสมาธิมีค่าต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Maini, Kaur, & Kohli, 2014) อีกทั้งการศึกษาค้นคว้าผลการศึกษาแบบราชาโยคะต่อระดับไขมันในเลือดของผู้ใหญ่ที่สุขภาพดีในอินเดียกลาง พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิแบบราชาโยคะมีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติสมาธิ (Mandape, Bharshankar, & Phatak, 2015)

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าก่อนปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 9.11, p < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 มีผลต่อการทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิต การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับโคเลสเตอรอลลดลง (Kantaradusdi-Triamchaisri,

2018) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิต่อการไหลเวียนของเลือดในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีสุขภาพดี โดยปฏิบัติสมาธิสองครั้งต่อวัน ประเมินการไหลเวียนเลือดทันทีและก่อน 20 นาทีโดยพิกัดตาในกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิ พบว่า ในช่วงการล้มตาของกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 2.5 มิลลิเมตรปรอทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง 0.7 มิลลิเมตรปรอทต่อลิตรต่อนาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .004 (Barnes, Treiber, Turner, Davis, & Strong, 2011)

สมมุติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 มีระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -13.25, p < .001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.65, p = .010$) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT เมื่อหายใจเข้า Stretch receptor ที่ปอดถูกดึงยืดและส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมระบบไหลเวียนเลือดที่เมดลลาลและพอนส์เกิดการตอบสนองโดยยับยั้ง vasomotor center และ sympathetic tone ของหลอดเลือด ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และความดันโลหิตลดลง (Watanapa, Lohsiriwat, & Chiasakul, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาผลของสมาธิบำบัด นั่งพ่อนคลาย ประสานกายประสานจิตร่วมกับการรักษาแบบเดิมต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 1 วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีเป็นเวลานาน 8 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Prasawang, Koshakri, & Jewpattanakul, 2018) และการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัด SKT 2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Deesom, Naewbood, & Thojampa, 2019)

จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันโคเลสเตอรอล ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -3.76, p < .001$) ค่าเฉลี่ยระดับไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.49, p = .016$) ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 นั้งขัดเหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต เป็นการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Janewattanakul, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายและจิตสุข 5 มิติ ต่อระดับไขมันในเลือด เฟอร์เร็นต์ไขมัน มวลกระดูก และความดันโลหิต กลุ่มทดลองออกกำลังกายโดยโปรแกรมออกกำลังกายแบบผสมผสานกายและจิต กำหนดที่ระดับความหนักของการออกกำลังกายเท่ากับเล็กน้อย (ร้อยละ 20-39) ถึงปานกลาง (ร้อยละ 40-50) ความถี่การออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า เฟอร์เร็นต์ไขมันระดับไขมันในเลือดความดันโลหิตลดลงมวลกระดูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (Prakhinkit, Phimpunchaiyaboo, & Ngamjuntratip, 2019)

จากผลการศึกษา หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 เป็นการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) ระดับความหนักปานกลาง (ร้อยละ 50-70) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับไตรกลีเซอไรด์และระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง เนื่องจากกรดไขมันและไตรกลีเซอไรด์ในอาหารจะถูกเก็บสะสมไว้ในเซลล์ไขมัน จะเกิดการสลาย Triacylglyceride lipase เมื่อออกกำลังกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 30 นาทีต่อวัน จะทำให้ไตรกลีเซอไรด์ลดลงและไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น (Rimsritong, Tunjira, & Techushong, 2011) ดังเช่นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นและการเผาผลาญไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูงกับการฝึกออกกำลังกายพบว่าหลังการฝึกการออกกำลังกายด้วยการ

ปั่นจักรยาน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ระดับหนักมากอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 80 ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หลังสัปดาห์ที่ 14 มีระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น 5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง 19 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Thompson et al., 2011) และการศึกษาผลกระทบของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อปริมาณและคุณภาพของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง การออกกำลังกายแบบแอโรบิก 14 สัปดาห์ส่งผลให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงร้อยละ 4-37 และความเข้มข้นของไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 4-18 (Franczyk, Gluba-Brzozka, Cialkowska-Ryse, Lawinski, & Ryse, 2023)

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($t = -.77, p = .441$) ซึ่งอธิบายได้ว่าจากสูตรคำนวณความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CV Risk Score) แบบใช้ผลการตรวจระดับไขมัน โดยกำหนดตัวแปร อายุ เพศ (เพศชาย เท่ากับ 1 เพศหญิง เท่ากับ 0) การสูบบุหรี่ (สูบบุหรี่ เท่ากับ 1) ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน (เป็นโรคเบาหวานเท่ากับ 1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าของโคเลสเตอรอล (Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2015) โดยจากสูตรคำนวณให้ค่าน้ำหนักมากกับปัจจัยด้านเพศ โรคเบาหวาน และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ผู้วิจัยคัดเลือกเป็นเกณฑ์คัดเข้า คัดออก และจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกัน จึงทำให้ผลค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 ไม่แตกต่างกัน แม้ว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและโคเลสเตอรอลของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลต่อการทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิต การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง ระดับโคเลสเตอรอลและไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำลดลง เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ควรแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ

ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ไชมันในเลือด ร่วมกับการรักษาโดยการใช้จ่ายและการได้รับการพยาบาล ตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 3 อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับ ไชมันในเลือด และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด

2. บุคลากรสุขภาพหรือผู้ปฏิบัติงานควบคุมและ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดทักษะในการปฏิบัติและสามารถควบคุมโรคได้ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการ ควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมัน ในเลือดผิดปกติ กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผน การดำเนินชีวิตในรูปแบบอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- Barnes, V. A., Treiber, F. A., Turner, J. R., Davis, H., & Strong, W. B. (2011). Acute effects of transcendental meditation I on hemodynamic functioning in middle-aged adults. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 525-531.
- Buranakitcharoen, P. (2010). *Primary hypertension*. Bangkok: Mor Chow Baan Press. [In Thai].
- Chibsamanboon, P., & Suttineam, U. (2013). Effects of the Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri technique 2 (SKT 2) on blood pressure levels and biochemical markers. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 29(2), 122-133. [In Thai].
- Egan, B. M., Li, J., Qanungo, S., & Wolfman, T. E. (2013). Blood pressure and cholesterol control in hypertensive hypercholesterolemic patients: NHANES 1988-2010. *Circulation*, 128(1), 29-41.
- Deesom, P., Naewbood, S., & Thojampa, S. (2019). The effect of the health promotion program with standing breathing meditation exercise SKT 2 among patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Nursing and health Sciences*, 13(2), 1-12. [In Thai]
- Franczyk, B., Gluba-Brzózka, A., Cialkowska-Rysz, A., Lawinski, J., & Rysz, J. (2023). The impact of aerobic exercise on HDL quantity and quality: Anarrative review. *International journal of molecular sciences*, 24(5), 4653. <https://doi.org/10.3390/ijms24054653>
- Janewattanakul, P. (2008). *Sport physical therapy*. Bangkok: Chulalongkorn University printing house. [In Thai].
- Jubklay, C., Naewbood, S., & Wannapornsiri, C. (2018). Effects of health promotion program with Thai Qigong meditation exercise SKT 7 on blood pressure among pre-hypertensive persons. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(3), 61-69. [In Thai].
- Kantaradusdi-Triamchaisri, S. (2018). *Meditation practice for healing health*(15th ed.). Bangkok: V Indy Design. [In Thai].
- Kaweekorn, P., Saengsawang, P., Khakao, N., & Krongyoot, P. (2016). SKT meditation therapy model by SKT trainers for controlling blood pressure in hypertensive patients, Yasothon Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 6(3), 231-239. [In Thai].
- Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.(2015). *Thai CV risk score*. Retrieved from https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/tcvrs_en.html. [In Thai].

- Maini, S., Kaur, H., & Kohli, P. G. (2014). Effect of Rajayogameditation on serum cholesterol and HDL. *International Journal of Medical and Dental Sciences*, 3(2), 490-496.
- Mandape, A., Bharshankar, J., & Phatak, M. (2015). Effect of Raja Yoga meditation on the lipid profile of healthy adults in central India. *Journal of Medical Sciences and Health*, 1(1), 9-13.
- Ministry of Public Health.(2018). *Campaign message for World Hypertension Day 2018*. Retrieved from http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-_61.pdf. [In Thai].
- Naewbood, S. (2019). Effect of practicing SKT3 to control lipid level among dyslipidemia persons. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 96-104. [In Thai].
- Olamoyegun, M. A., Akinlade, A. T., Fawale, M. B., & Ogbera, A. O. (2016). Dyslipidaemia as a risk factor in the occurrence of stroke in Nigeria: prevalence and patterns. *Pan African Medical Journal*. 25, 72. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.72.6496>
- Panyachotikunl, A., Satkong, S., & Sriwisit, S. (2017). Effects of SKT meditation therapy for lowering blood pressure level of patients with hypertension in Sikao Hosptial, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 245-255. [In Thai]
- Prakhinkit, S., Phimpunchaiyaboo, L., & Ngamjuntratip, K. (2019). Effects of mind and body exercise five happiness program for lipid profile percentfat bone mineral density and blood pressure in elderly club. *Disease control journal*, 45(2), 180-190. [In Thai].
- Prasawang, N., Koshakri, R., & Jewpattanakul, Y. (2018). Effects of the sitting breathing meditation combined with usual care on blood pressure among patients with essential hypertension in primary care unit. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 33-42. [In Thai].
- Ratsamana, P., & Promjang, B. (2018). Effect of practicing SKT 1 healing meditation to blood pressure level of essential hypertensive patients in primary care cluster Naimuang Municipal, Sawankhalok district, Sukhothai Province. *Journal of Disease Prevention and Control : DPC.2 Phitsanulok*, 5(2), 15-27. [In Thai].
- Rimsritong, S., Tunjira, S., & Techushong, A. (2011). *Nursing pathophysiology, volume 1*(4th ed.). Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. [In Thai].
- Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the treatment of hypertension 2019*. Bangkok: Sahamit Printing and Publishing. [In Thai].
- Thai Vascular Association. (2017). *2016 RCPT clinical practice guideline on pharmacologic therapy of dyslipidemia for atherosclerotic cardiovascular disease prevention*. Pathum Thani: A-Plus Print. [In Thai].
- Thompson, P. D., Cullinane, E. M., Sady, P. S., Flynn, M. M., Bernier, D. N., Kantor, M. A., ...Herbert, P. N. (1988). Modest changes in high-density lipoprotein concentration and metabolism with prolonged exercise training. *Circulation*. 78(1). Retrieved from <http://ahajournals.org>
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2019). *Report on public health statistics in Uttaradit Province*. Uttaradit: Uttaradit Provincial Public Health Office. [In Thai]
- Watanapa, W., Lohsiriwat, S., & Chiasakul, S. (2009). *Physiology* 2(5th ed.). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University. [In Thai]

บทความวิจัย

บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง

Organizational Climate according to Expectation of Professional Nurses within Different Generation in Tertiary Hospital, A Health Area

พรณิภา จำรูญ (Punnipa Jumroon)*

ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์ (Phattaramanas Pongrungsarn)**

จรรจา สันตยากร (Chanjar Suntayakorn)***

Received: March 10, 2024

Revised: April 10, 2024

Accepted: May 7, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ 3 เจนเนอเรชั่น ประกอบด้วยเจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จำนวน 350 คน เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติอินอนพารามेटริก Independent samples Kruskal-Wallis test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.53) จำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านโครงสร้างองค์กรและด้านความรับผิดชอบ ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.60 และ $\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.57 ตามลำดับ) ด้านรางวัลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.89) การเปรียบเทียบบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น พบว่ามีความแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์กับพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย ($p < 0.05$) และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์กับพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย ($p < 0.01$)

เมื่อพิจารณาบรรยากาสองค์การรายด้าน พบว่า บรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย แตกต่างกัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างองค์การ ด้านเอกลักษณ์ของ องค์การและความจงรักภักดี และด้านความเสี่ยง ที่ระดับนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่น เบบี้บูมเมอร์และเจนเนอเรชั่นวาย แตกต่างกันในด้านเอกลักษณ์ขององค์การและความจงรักภักดี ที่ระดับนัยสำคัญ ($p < 0.01$)

คำสำคัญ: บรรยากาสองค์การ, เจนเนอเรชั่น, พยาบาลวิชาชีพ

*Corresponding author: PunnipaJumroon; E-mail: punnipaj62@nu.ac.th

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

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

***รองศาสตราจารย์ (Associate Professor)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study organizational climate according to different generation professional nurses' expectations in a tertiary hospital, a health area. Samples were 350 professional nurses of three generations: Baby boomer, generation X and generation Y obtained by stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire about organizational climate according to the expectation of professional nurses in different generations. Data were analyzed with descriptive statistics those were frequency, percentage, means, and standard deviation. Nonparametric statistic, independent samples Kruskal-Willis test was used to compare pairwise differences at a statistical significance level of 0.05.

The results of the study showed that the overall organizational climate from the expectation of different generation professional nurses was very high ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.53). The areas of highest score were organizational structure and responsibility ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.60 and $\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.57 respectively). The area with the lowest score was awards ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.89). There were different organization climate scores between nurses in generation X and generation Y and between baby boomer generation and generation Y ($p < 0.01$). The different expectation between generation X and generation Y were found in the 3 areas of organizational structure, organizational identity and loyalty, and organizational risk with statistical significance ($p < 0.05$). There was statistical different expectation between baby boomer generation and generation Y in the areas of organizational identity and loyalty ($p < 0.01$).

Keywords: Organizational climate, Generation, Professional nurse

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และเทคโนโลยี ตลอดจนโครงสร้างประชากร โดยมีทรัพยากรมนุษย์เป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของงานและความก้าวหน้าขององค์กร ตลอดจนการนำพาองค์กรให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายและพันธกิจขององค์กร โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวข้องกับบุคลากรด้านสุขภาพ ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่จากการระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องมีภาระงานหนักขึ้น ทั่วโลกมีความต้องการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอีกอย่างน้อย 6 ล้านคนในปี 2030 เพื่อรองรับการขาดแคลนพยาบาลและโรคอุบัติใหม่ (Yosthong, 2019) ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าวิชาชีพพยาบาล

ขาดแคลนและคณะรัฐมนตรีได้ประกาศให้วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นสาขาขาดแคลนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 (Nursing Council, 2022)

บรรยากาสองค์การเป็นสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมของสมาชิกในองค์การ เป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่าง องค์การ บุคลากร และ ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์การ (Moorhead & Griffen, 2010) บรรยากาสองค์การเป็นตัวแปรสำคัญที่มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของบุคลากรทุกคน มีส่วนในการวางรูปแบบตามความคาดหวังของบุคลากร ซึ่งบรรยากาสองค์การส่งผลต่อความคิด ทักษะ ค่านิยมที่ดีและมีความภาคภูมิใจต่อองค์การ ก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน เกิดการพัฒนาตนเอง มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร

และเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ลดความขัดแย้งและอุปสรรคในการทำงานได้ (Dubrin, 2016) ด้วยเหตุนี้บรรยากาสองค์การที่เน้นความสำคัญของเป้าหมายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ย่อมสนับสนุนให้บุคลากรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรม ส่งผลให้องค์การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Steer, 1977)

พยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันที่ปฏิบัติงานร่วมกันอย่างน้อยสามเจนเนอเรชันมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน ความแตกต่างกันของสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และการที่มีบุคลากรที่หลากหลายหลายเจนเนอเรชันที่มาทำงานร่วมกันในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาองค์กรในการสร้างการยอมรับในความแตกต่างในแต่ละเจนเนอเรชันของการทำงานร่วมกัน (Prajusil, 2018) ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังบรรยากาสองค์การในต่างเจนเนอเรชัน (Sharma & Pandit, 2021; Wongkanghae & Mongkholkham, 2023) ด้วยเหตุนี้บรรยากาสองค์การเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลบวกต่อองค์กร เช่น การทุ่มเทความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ความจงรักภักดีต่อองค์กร และความผูกพันต่อการปฏิบัติงานเพื่อให้้องค์การสำเร็จอย่างเต็มความสามารถ (Steer, 1977)

โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทุกสาขาวิชาแพทย์และมีศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence center) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพเป็นการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกวัย เน้นแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงวิกฤต ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อป้องกันโรค ครอบคลุมถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ในยุคที่องค์กรพยาบาลประกอบไปด้วยเจนเนอเรชันที่แตกต่างกัน และจากบททวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาบรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชันเอ็กซ์ และเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผลที่ได้จะสะท้อนถึงการปฏิบัติงานที่จะนำมาวางแผนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการวางไว้และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาบรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชัน โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบรรยากาสองค์การและตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพแต่ละเจนเนอเรชัน อันจะส่งผลดีต่อทุกส่วนงานขององค์กรและสำคัญอย่างยิ่ง คือ รักษาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพให้คงอยู่กับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับบรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชันเอ็กซ์ และเจนเนอเรชันวาย
2. เพื่อเปรียบเทียบบรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชันเอ็กซ์ และเจนเนอเรชันวาย

สมมติฐานการวิจัย

บรรยากาสองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชันมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษามรรยาองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชัน โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง โดยตัวแปรที่ศึกษา คือ บรรยากาสองค์การตามแนวคิดของลูสซีเออร์ (Lussier, 2019) ที่ได้กล่าวถึง 7 มิติบรรยากาสองค์การ ดังนี้ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 3) รางวัล (Reward) 4) ความอบอุ่น (Warmth) 5) การสนับสนุน (Support) 6) เอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี (Organizational identity and loyalty) 7) ความเสี่ยง (Risk) พยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชันใช้แนวคิดเกี่ยวกับเจนเนอเรชันของเซมเก, ไรเนส และฟิลิปแซค (Zemke, Raines, & Filipczak, 2000) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ (Baby boomer) ผู้ที่เกิดในระหว่างปี พ.ศ. 2489 ถึง พ.ศ. 2507 2) พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันเอ็กซ์ (Generation X) ผู้ที่เกิดในระหว่างปี พ.ศ.

2508 ถึง พ.ศ. 2522 3) พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) ผู้ที่เกิดในระหว่างปี พ.ศ. 2523 ถึง พ.ศ. 2543

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชัน โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มการพยาบาลประจำโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง และอยู่ในเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชันเอ็กซ์ และเจนเนอเรชันวาย จำนวน 1,562 คน

กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มการพยาบาล ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ งานการพยาบาลผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ และอยู่ในเจนเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ เจนเนอเรชันเอ็กซ์ และเจนเนอเรชันวาย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในฝ่ายการพยาบาลตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 318 คน และเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นจำนวน 350 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีและการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเป็น

ข้อคำถาม ซึ่งแบบสอบถามนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ซึ่งได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นแบบกำหนด ตรวจสอบรายการ (check list) สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบคำถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิดของลูสสิเออร์ (Lussier, 2019) ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) 2) ด้านความรับผิดชอบ (Responsibility) 3) ด้านรางวัล (Reward) 4) ด้านความอบอุ่น (Warmth) 5) ด้านการสนับสนุน (Support) 6) ด้านเอกลักษณ์ขององค์การและความจงรักภักดี (Organizational identity and loyalty) 7) ด้านความเสี่ยง (Risk) ซึ่งแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงบวกปลายปิด จำนวน 39 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบ Rating scale โดยผู้วิจัยกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนของแต่ละระดับเป็นดังนี้ 5 หมายถึง บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับมาก 3 หมายถึง บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับน้อย 1 หมายถึง บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการวัดออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพระดับมากที่สุด (ช่วงคะแนน 4.21-5.00), มาก (ช่วงคะแนน 3.41-4.20), ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.61-3.40), น้อย (ช่วงคะแนน 1.81-2.60), น้อยที่สุด (ช่วงคะแนน 1.00-1.80) ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ การศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลทางการพยาบาล 2 ท่านและผู้ให้การพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง สอดคล้องและชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นทำการปรับปรุงแบบสอบถาม

ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิใช้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) โดยได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นให้ผู้วิจัยทำแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566-เมษายน 2566 ได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ทั้งหมด 350 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ข้อมูลบรรยายค่าสองค่า ตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชัน วิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวมรายด้านและรายข้อ ส่วนเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยบรรยายค่าสองค่าตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพ 3 เจเนอเรชัน 7 ด้าน ด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง 3 กลุ่มจากการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพาราเมตริก พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ความแปรปรวนของข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มที่นำมาวิเคราะห์ไม่

เท่ากัน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ทั้ง 3 กลุ่มมีความเป็นอิสระต่อกัน และข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นมาตราวัดระดับอัตราส่วน ดังนั้น จึงใช้สถิติการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติอนพาราเมตริก Independent samples Kruskal-Wallis test ทำการทดสอบสมมุติฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ในมนุษย์ เลขที่ COA No. 406/2022 IRB No.P2-2069/2565 วันที่รับรอง 22 กันยายน 2565 ทั้งนี้ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับแบบฟอร์มการยินยอมในการตอบแบบสอบถามที่มีรายละเอียดของเอกสารชี้แจงและคำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อป้องกันผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุลในแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใดๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยส่งใบยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยและแบบสอบถามผ่านผู้ประสานงานไปยังกลุ่มตัวอย่างพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้ประสานงานของโรงพยาบาลศูนย์ ส่งแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกลับมาพร้อมแบบสอบถาม โดยบรรจุในซองปิดผนึกที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมให้ การวิจัยนำเสนอข้อมูลแปลผล อภิปรายผล นำเสนอในภาพรวมและและเผยแพร่ผลการวิจัย โดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคลหรือหน่วยงาน

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี (S.D. = 9.56) คิดเป็นร้อยละ 99.1 เจเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ (ร้อยละ 6.3) เจเนอเรชันเอ็กซ์ (ร้อยละ 41.1) เจเนอเรชันวาย (ร้อยละ 52.6) ระดับการศึกษาสูงสุดเกือบทั้งหมดปริญญาตรี (ร้อยละ 96.0) โดยแผนกที่มีพยาบาลปฏิบัติงานมากที่สุด คือ แผนกงานอายุรกรรมคิดเป็นร้อยละ 22.0 แผนกที่ปฏิบัติงานน้อยที่สุด

คือ แผนกโสต ศอ นาสิก จักษุ คิดเป็นร้อยละ 3.1 อายุงานเฉลี่ย 15 ปี (S.D. = 9.71) ช่วงอายุงานส่วนใหญ่ 1-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.4

2. บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง พยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นเบบี๋มเมอร์มีบรรยากาศองค์การ

ตามความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.24$, S.D. = 0.44) พยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นเอ็กซ์และพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวาย พบว่า มีบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.18$, S.D. = 0.53 $\bar{x}=4.05$, S.D. = 0.54 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง โดยภาพรวม และรายด้านจำแนกตามเงินเนอเรชั่น (n = 350)

บรรยากาศองค์การตามความคาดหวัง ของพยาบาลวิชาชีพ	เงินเนอเรชั่น เบบี๋มเมอร์ (n = 22)	เงินเนอเรชั่น เอ็กซ์ (n = 144)	เงินเนอเรชั่น วาย (n = 184)
	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{x}$ (S.D.)
1) ด้านโครงสร้างองค์การ	4.36 (.56) มากที่สุด	4.36 (.58) มากที่สุด	4.20 (.62) มาก
2) ด้านความรับผิดชอบ	4.35 (.44) มากที่สุด	4.32 (.58) มากที่สุด	4.23 (.57) มากที่สุด
3) ด้านรางวัล	4.08 (.62) มาก	3.59 (.86) มาก	3.89 (.93) มาก
4) ด้านความอบอุ่น	4.18 (.53) มาก	4.14 (.62) มาก	4.07 (.62) มาก
5) ด้านการสนับสนุน	4.28 (.46) มากที่สุด	4.23 (.58) มากที่สุด	4.16 (.58) มาก
6) ด้านเอกลักษณ์ขององค์การ และความจงรักภักดี	4.25 (.49) มากที่สุด	4.12 (.68) มาก	3.81 (.72) มาก
7) ด้านความเสี่ยง	4.25 (.55) มากที่สุด	4.12 (.63) มาก	3.81 (.64) มาก
ภาพรวม	4.24 (.44) มากที่สุด	4.18 (.53) มาก	4.05 (.54) มาก

3. การเปรียบเทียบบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเงินเนอเรชั่นโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่งพบว่าบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเงินเนอเรชั่นในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า ด้านเอกลักษณ์ขององค์การและความจงรักภักดี มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านโครงสร้างองค์การและด้านความเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น
โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

บรรยากาศองค์การ	เจนเนอเรชั่นของ พยาบาลวิชาชีพ	$\bar{x}$	(S.D)	Sig
1. ด้านโครงสร้างองค์การ	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.36	.56	.048*
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.36	.58	
	เจนเนอเรชั่นวาย	4.20	.62	
2. ด้านความรับผิดชอบ	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.35.44	.196	
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.32	.58	
	เจนเนอเรชั่นวาย	4.23	.57	
	เจนเนอเรชั่นของ			
3. ด้านรางวัล	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.08	.62	.709
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	3.95	.86	
	เจนเนอเรชั่นวาย	3.89	.93	
4. ด้านความอบอุ่น	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.18	.53	.344
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.14	.62	
	เจนเนอเรชั่นวาย	4.07	.62	
5. ด้านการสนับสนุน	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.28	.46	.613
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.23	.58	
	เจนเนอเรชั่นวาย	4.16	.58	
6. ด้านเอกลักษณ์ขององค์การ และความจงรักภักดี	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.25	.49	.000**
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.12	.68	
	เจนเนอเรชั่นวาย	3.81	.72	
7. ด้านความเสีย	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.20	.55	.023*
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.14	.63	
	เจนเนอเรชั่นวาย	3.97	.64	
ภาพรวม	เจนเนอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์	4.24	.44	.048*
	เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์	4.18	.53	
	เจนเนอเรชั่นวาย	4.05	.54	

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Independent samples Kruskal-Wallis test จำแนกตามเงินออเรชั่น ค่าเฉลี่ยบรรยากาสองการตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเงินออเรชั่น โดยภาพรวมพยาบาลวิชาชีพเงินออเรชั่นเอ็กซ์มีความแตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพเงินออเรชั่นวายและเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลวิชาชีพเงินออเรชั่นเอ็กซ์และพยาบาลวิชาชีพเงินออเรชั่นวาย มีความคาดหวังแตกต่างกันใน

3 ด้าน ได้แก่ ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านโครงสร้างองค์กรและด้านความเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพยาบาลวิชาชีพเงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์และพยาบาลวิชาชีพ เงินออเรชั่นวาย มีความคาดหวังแตกต่างกัน ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Independent samples Kruskal-Wallis test โดยภาพรวมจำแนกตามเงินออเรชั่น

บรรยากาสองการ	เงินออเรชั่น	$\bar{X}$	เงินออเรชั่นของพยาบาลวิชาชีพ		
			เงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์	เงินออเรชั่นเอ็กซ์	เงินออเรชั่นวาย
1. ด้านโครงสร้างองค์กร	เงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์	4.36			
	เงินออเรชั่นเอ็กซ์	4.36			.048*
	เงินออเรชั่นวาย	4.20			
	เงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์	4.25			.000**
2. ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดี	เงินออเรชั่นเอ็กซ์	4.12			.010*
	เงินออเรชั่นวาย	3.81			
	เงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์	4.20			
3. ด้านความเสี่ยง	เงินออเรชั่นเอ็กซ์	4.14			.023*
	เงินออเรชั่นวาย	3.97			
รวม	เงินออเรชั่นเบบี๋บูมเมอร์	4.24			
	เงินออเรชั่นเอ็กซ์	4.18			.048*
	เงินออเรชั่นวาย	4.05			

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.11$, S.D. = 0.53) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการรับรู้และประสบการณ์ของบุคลากรเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในองค์การและลักษณะเฉพาะขององค์การเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบุคลากรในองค์การซึ่งเป็นรูปแบบและการรวบรวมลักษณะเฉพาะขององค์การที่มีผลกระทบต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร (Jongwisarn, 2017) ประกอบกับบรรยากาศองค์การเป็นคุณภาพของสภาพแวดล้อมภายในองค์การ ที่บุคลากรขององค์การนั้นตระหนักและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากรในองค์การโดยเฉพาะการดำเนินงานภายในองค์การให้เกิดความพึงพอใจและทัศนคติที่ดีในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (Lussier, 2019) ความพึงพอใจของบุคลากรจะขึ้นอยู่กับความรู้รับรู้บรรยากาศองค์การ ผู้บริหารควรเสริมสร้างบรรยากาศองค์การที่ทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ (Pichairat, Weeratham, & Suwanmanee, 2022) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและทำให้้องค์การบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้เร็วขึ้น (Hellriegel & Slocum, 2011) ดังนั้นบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น จึงอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกิจจา อ่วมแก้ว และลัดดาวัลย์ แดงเงิน (Uamkaew & Daengthem, 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย พบว่า บรรยากาศองค์การตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านโครงสร้างองค์การอยู่ในระดับมากที่สุดและมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 4.28$, S.D. = 0.60) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโครงสร้างองค์การเป็นระดับของการควบคุมสมาชิก มีโครงสร้างองค์การ

นโยบายการบริหาร และการแบ่งสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน จำนวนของกฎระเบียบและวิธีปฏิบัติขององค์การให้มีความชัดเจน ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน (Lussier, 2019) ประกอบกับโครงสร้างองค์การสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกว่าบุคลากรได้ถูกจัดระบบไว้เป็นอย่างดี มีค่าจำกัดความอย่างชัดเจนของบทบาทความรับผิดชอบ ความเป็นโครงสร้างจะสูงเมื่อบุคลากรรู้สึกทำงาน ได้รับการอธิบายอย่างชัดเจนและจะต่ำเมื่อบุคลากรสับสนว่าใครทำงานอะไร และใครมีอำนาจในการตัดสินใจ ความรู้สึกถึงโครงสร้างที่เหมาะสมจะมีผลกระทบต่อแรงจูงใจและผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (Jongwisarn, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของนิชพัฒน์ พัฒนปรีชากุล (Pattanaprechakul, 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบรรยากาศองค์การและเจเนอเรชั่นกับความผูกพันขององค์การ พบว่าบรรยากาศองค์การด้านโครงสร้างองค์การสามารถทำนายความผูกพันต่อองค์การได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลินี ศรีไมตรี (Srimaitree, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร บรรยากาศองค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ พบว่า การรับรู้บรรยากาศองค์การด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติของฝ่ายบริหาร และด้านโครงสร้างองค์การสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การได้จึงเป็นเหตุให้บรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น ด้านโครงสร้างองค์การ อยู่ในระดับมากที่สุด

2. เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย มีบรรยากาศองค์การตามความคาดหวัง ด้านโครงสร้างองค์การที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานด้วยตัวเอง ยึดระบบขนานน้อยลง เก็บออมและใช้เท่าที่มี เลือกทำงานที่ชอบ รักอิสระและมีความคิดสร้างสรรค์แหวกกรอบ (Chisiriyasawat, 2018) และมีอุปนิสัย ชอบเสี่ยง ชอบความเป็นอิสระ ชอบทำอะไรใหม่ๆ สนใจเทคโนโลยี ปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ดี พึ่งพาความรู้และความสามารถ

ของตนเอง (Saenung & Oumtane, 2020) ส่วนพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวายเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเต็มใจในการทำงาน สนใจการเรียนรู้ มีทักษะด้านเทคโนโลยีและกีฬา มองโลกในแง่ดี ให้ความสำคัญกับเพื่อนและสังคม ชอบทำงานเป็นกลุ่มและอิสระ ไม่ชอบการผูกมัด มีความทะเยอทะยานความคาดหวังที่จะได้รับการตอบรับอยู่ตลอดเวลา ชอบรับความคิดเห็นของผู้อื่น เรียนรู้แนวทางหรือวิธีการที่จะไปสู่สิ่งที่ต้องการ ค่านิยมในการทำงานของกลุ่มบุคคลรุ่นนี้คือ มองหางานในองค์กรที่มั่นคง ต้องการรายได้สูง ต้องการความก้าวหน้าเร็ว และต้องการการตอบแทนเป็นรางวัล (Prajusil, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิชพัฒน์ พัฒนปรีชากุล (Pattanaprechakul, 2014) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบรรยากาสององค์การและเจนเนอเรชั่นกับความผูกพันต่อองค์กรพบว่า ปัจจัยบรรยากาสหทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ โครงสร้างองค์กร ลักษณะงาน การบริหารงานของผู้บังคับบัญชา สัมพันธภาพในหน่วยงาน และค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กร ปัจจัยบรรยากาสององค์การด้านลักษณะงาน ด้านค่าตอบแทน และด้านโครงสร้างองค์กรสามารถทำนายความผูกพันต่อองค์กรได้ เจนเนอเรชั่นที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการรับรู้บรรยากาสององค์การที่ไม่แตกต่างกัน ขณะที่เจนเนอเรชั่นที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรที่แตกต่างกัน และการศึกษาของมาลินี ศรีไมตรี (Srimaitree, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร บรรยากาสององค์การกับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรพบว่า การรับรู้บรรยากาสององค์การด้านนโยบายและแนวทางปฏิบัติของฝ่ายบริหาร และด้านโครงสร้างองค์กรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรได้ โดยที่เจนเนอเรชั่นเอ็กซ์มีความผูกพันต่อองค์กรที่สูงกว่าเจนเนอเรชั่นวาย จึงเป็นเหตุให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์กับเจนเนอเรชั่นวาย มีบรรยากาสององค์การตามความคาดหวัง ด้านโครงสร้างองค์กรที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบบรรยากาสององค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย

มีบรรยากาสององค์การตามความคาดหวัง ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิสระทางความคิด มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความทะเยอทะยาน ต้องการความก้าวหน้า ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนระหว่างสิ่งตอบแทนที่ได้รับกับความมุ่งมั่นในการทำงาน มองหาความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับครอบครัว มีจริยธรรมในการทำงาน และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ส่วนพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีความริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมั่นใจในตัวเองสูง ชอบความอิสระและท้าทาย ต้องการความก้าวหน้าเร็ว ไม่ชอบการผูกมัด ทำท่ายกฐานะเยี่ยงมีความจงรักภักดีต่อองค์กรต่ำ ไม่ค่อยวางแผนระยะยาว หรือไม่คำนึงถึงอนาคตมากนัก (Prajusil, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของปริญดา เนตรหาญ, อารี ชิวเกษมสุข และ อริยัวรรณ อ่วมตานี (Netham, Cheevakasemsook, & Oumtane, 2014) ที่ศึกษาค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุในโรงพยาบาลเอกชนกรุงเทพมหานคร พบว่า ค่านิยมในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวาย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และเจนเนอเรชั่นวายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ระหว่างพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นอายุ มีความแตกต่างกัน ค่านิยมในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และเจนเนอเรชั่นวายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรระดับสูง ดังนั้น จึงเป็นเหตุให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย มีบรรยากาสององค์การตามความคาดหวัง ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีที่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบบรรยากาสององค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอเรชั่น โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย มีบรรยากาสององค์การตามความคาดหวัง ด้านความเลื่อมใสที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีอิสระทางความคิด

มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความทะเยอทะยานต้องการความก้าวหน้า ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนระหว่างสิ่งตอบแทนที่ได้รับกับความมุ่งมั่นในการทำงาน มองหาความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับครอบครัว มีจริยธรรมในการทำงาน และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Prajusil, 2018) ส่วนพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย เป็นกลุ่มบุคคลที่เกิดมาพร้อมเทคโนโลยีทันสมัยและแพร่หลาย รวมทั้งองค์ความรู้ ทำให้มีความอดทนเริ่มน้อยลง สมาธิสั้นขึ้น ชอบการคัดลอกและเปลี่ยนงานบ่อย กลุ่มบุคคลเจนเนอร์เรชั่นนี้ไม่ชอบชนชั้น ซึ่งตรงนี้หมายถึงการทำงานและการใช้ชีวิต โดยชอบการทำงานเป็นทีม ทำงานร่วมกันมากกว่าฟังคำสั่งจากหัวหน้างานหรือผู้นำอย่างเดียวและการบังคับบัญชาจากพ่อแม่ (Chisiriyasawat, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของประสพ อินสุวรรณ (Insuwan, 2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศสององค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับปานกลาง การศึกษาระดับบรรยากาศสององค์การ พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับสูงและผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศสององค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอและมีการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงภัย ข้อเสนอแนะควรพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนหรือสวัสดิการที่เหมาะสมตามภาระงานและความเสี่ยงภัย และจัดสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานความปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นเอ็กซ์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย มีบรรยากาศสององค์การตามความคาดหวัง ด้านความเสี่ยงที่แตกต่างกันเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบบรรยากาศสององค์การตามความคาดหวังของพยาบาลวิชาชีพต่างเจนเนอร์เรชั่น โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นเบบี้บูมเมอร์ และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย มีบรรยากาศสององค์การตามความคาดหวังด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นเบบี้บูมเมอร์ เป็นกลุ่ม

บุคคลที่เคารพในกฎเกณฑ์ ทำงานเป็นระบบ ไม่ชอบกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือซับซ้อน ไม่เปลี่ยนงานบ่อย และจงรักภักดีต่อองค์กรสูง ส่วนเจนเนอร์เรชั่นวาย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง มีความริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมั่นใจในตัวเองสูง ชอบความอิสระและท้าทาย ต้องการความก้าวหน้าเร็ว ไม่ชอบการผูกมัด ท้าทายกฎระเบียบ มีความจงรักภักดีต่อองค์กรต่ำ (Prajusil, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี มีหาญพจน์, เนตรชนก ศรีทุมมา และสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์ (Meehanpong, Sritoomma, & Boonsin, 2017) ที่ศึกษา โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวายอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองสุกโชค (Thongsupachok, 2022) ศึกษา ความสัมพันธ์ของบรรยากาศสององค์การกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพตามเจนเนอร์เรชั่น โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศสององค์การกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกที่ระดับ 0.01 โดยเจนเนอร์เรชั่นเบบี้บูมเมอร์มีค่าสหสัมพันธ์สูงสุด รองลงมา ได้แก่ เจนเนอร์เรชั่นซีและเจนเนอร์เรชั่นวาย ดังนั้น จึงเป็นเหตุให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นเบบี้บูมเมอร์และพยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์เรชั่นวาย มีบรรยากาศสององค์การตามความคาดหวังด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้บริหารระดับสูงสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาบรรยากาศสององค์การ ในด้านต่างๆ เช่น ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านเอกลักษณ์ขององค์กรและความจงรักภักดีและด้านความเสี่ยงที่แตกต่างกันให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องตามความคาดหวังของ

พยาบาลวิชาชีพแต่ละเจนเนอเรชัน อันจะส่งผลดีต่อทุกส่วนงานขององค์กรและสำคัญอย่างยิ่งจะสามารถรักษาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพให้อยู่กับองค์กรต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มเจนเนอเรชันซีที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งในอนาคตจะมีพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันซีเข้ามาปฏิบัติงานจำนวนมากขึ้นและคุณลักษณะของเจนเนอเรชันที่แตกต่างกันอาจมีบรรยากาศองค์การตามความคาดหวังที่แตกต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์เขตอื่น โรงพยาบาลศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้รับจะช่วยพัฒนาบรรยากาศองค์การในยุคของการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั้งภายในและภายนอกองค์การได้อย่างเหมาะสม อีกทั้ง บรรยากาศองค์การเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำชี้แนะแนวทางการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการและองค์การพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- Chisiriyasawat, S. (2018). *Scan the habit of 4 generations of prople 2018*. Retrieved from https://www.prachachat.net/new_detail.php?newsid=1401795159.2561. [In Thai].
- Dubrin, A. (2016). *Human relations for career and personal success*. Boston: Pearson.
- Hellriegel, D., & Slocum, J. (2011). Organization climate: Measure, research and contingencies. *Academy of Management Journal*, 17(2), 251-277.
- Insuwan, P. (2014). Organizational climate and quality of work life of professional nurses in the nursing

task group at Sriratan Hospital, Si Sa Ket Province. *The Journal of Boromarajonani Colledge of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(1), 55-66. [In Thai].

- Jongwisam, R. (2017). *Human relations : Human behavior in organizations* (4th ed.). Bangkok: Kasetsart University Press. [In Thai].
- Lussier, R.N. (2019). *Human relations in organizations: Applications and skill building*. (11th ed.). United State of America: McGraw-Hill.
- Meehanpong, P., Sritoomma, N., & Boonsin, S.(2017). A causal model of organizational commitment of generation Y professional nurses in general hospital under the Ministry of Public Health. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3),146-162. [In Thai].
- Moorhead, G., & Griffin, R.W. (2010). *Organization behavior: Managing people and organization* (9th ed.). New York: Houghton Muffing.
- Netharn, P., Cheevakasemsook, A., & Oumtanee, A. (2014). Work values and organizational commitment of two generations of professional nurses in Private Hospital, Bangkok Metropolis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 320-330. [In Thai].
- Nursing Council. (2022). *Nursing and Midwifery Strategic Plan2022-2026*. Bangkok: Tawan media Press. [In Thai].
- Oumkaew, K., & Daengthern, L. (2018). Relationship between organization climate and happiness at work among professional nursingSrisangworn Sukhothai Hospital. *Journal of Nursing and Health Science*, 12(2), 128 - 139. [In Thai].
- Pattanaprechakul, N. (2014). *A ralationship between organization climate and organizational commitment : Case study bank industry*. Master Thesis (Business), Thammasat University, Bangkok. [In Thai].

- Pichairat, A., Weeratham, A., & Suwanmanee, S. (2022). Leadership in nursing education. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 16(2), 30-41. [In Thai].
- Prajuasil, K. (2018). *Nursing management and leadership*. Bangkok: Chulalongkorn Press. [In Thai].
- Saenung, S., & Oumtanee, A. (2020). How to communicated in generation Z nurses. *Journal of The Royal Army Nurses*, 21(2), 286-294. [In Thai].
- Sharma, P., & Pandit, R. (2021). Workplace expectations of different generation-A review of literature. *Wesleyan Journal of Research*, 14(30), 81-89.
- Srimaitree, M. (2015). The relationships between perceived organizational support, organization climate, and organizational citizenship behavior among various generation in Ubon Ratchathani Rajabhat university. *Panyapiwat Journal*, 7, 124-140. [In Thai].
- Steers, R. M. (1977). *Organizational effective: A behavioral view*. Santa Monica Calif: Goodyear Publishing.
- Thongsupachok, C. (2022). The relationship between organizational climate and organizational commitment among nurses from different generations at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 15, 151-167. [In Thai].
- Wongkanghae, S., & Mongkholkham, C. (2023). The challenge for nursing administrators in human resource management: Generation Z professional nurses' group. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 13-23. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/260193>. [In Thai].
- Yosthong, D. (2019). Nursing shortage and management: Personal level management. *Nursing Journal Siam University*, 20(38), 134-143. [In Thai].
- Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2000). *Generation at work: Managing the clash of veterans, boomers, xers, and nexters in your workplace*. New York: AMACOM.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Factors Related to Health Promoting Behaviors for Breast feeding Among Mothers with Gestational Diabetes Mellitus

วิมลศิริ อินทร์จันทร์ (Wimolsiri Injan)*

ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (Piyaporn Prasitwattanaseree)**

พรรณพิไล ศรีอารรณ์ (Punpilai Sriarporn)***

Received: March 22, 2024

Revised: April 19, 2024

Accepted: June 19, 2023

บทคัดย่อ

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับภาวะด้านการทำงานของอินซูลินที่ยังคงอยู่และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของมารดาและกระทบต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมารับบริการ ณ หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 134 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .81, .92 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $r = .390$ และ $r = .401$, $p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และลดการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมให้แก่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยให้มารดาที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา, ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, หลังคลอด

**Corresponding author: Piyaporn Prasitwattanaseree; E-mail: Piyaporn.p@cmu.ac.th.

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Chiang Mai University)

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

***ศาสตราจารย์ คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Clinical Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

Abstract

Postpartum mothers with gestational diabetes mellitus continue to experience insulin resistance and inappropriate health-promoting behaviors, affecting maternal health and breastfeeding. The purpose of this descriptive correlational research study was to describe the relationship between perceived benefits of breastfeeding, perceived insufficient milk supply, perceived self-efficacy of breastfeeding, and health-promoting behaviors for breastfeeding among mothers with gestational diabetes mellitus. The 134 participants consisted of postpartum mothers with gestational diabetes mellitus at 4-6 weeks who went for check-up at the family planning unit of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Health Promotion Center First Region Chiang Mai between June 2023 to November 2023. The research instruments included demographic questionnaire, the Health Promoting Behaviors for Breastfeeding Among Mothers with Gestational Diabetes Questionnaire, the Perceived Benefits of Breastfeeding Among Mothers with Gestational Diabetes Questionnaire, the Hill & Humenick Lactation Scale, and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form with reliability .89, .81, .92 and .93 respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and Spearman rank correlation coefficient statistics.

The results showed that perceived benefits of breastfeeding, perceived insufficient milk supply and perceived self-efficacy of breast feeding had a significant positive correlation with health promotion behavior for breast feeding ($r = .432$, $r = .390$ and $r = .401$, $p < .001$ respectively).

This research suggests that midwives should promote perceived benefits of breastfeeding, and perceived self-efficacy of breastfeeding, but reduce perceived insufficient milk supply for mothers with gestational diabetes mellitus. To help mothers establish the appropriate health-promoting behaviors for breastfeeding.

Keywords: Health promoting behaviors, Breastfeeding, Gestational diabetes mellitus, Postpartum

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกพบมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 21.1 ล้านคนหรือร้อยละ 16.7 และพบอัตราความชุกสูงสุดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 25.9 โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่า ในระหว่างปี 2573-2588 จะมีจำนวนมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย พบความชุกของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 25.1 (International Diabetes Federation: IDF, 2021) ในขณะที่ความชุกของการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่ามารดาที่มี

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ลดลง

โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 3 เดือน หลังคลอดร้อยละ 35.9 และลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 23.0 ในเดือนที่ 6 หลังคลอด (Jirakittidul, Panichyawat, Chotrungrote, & Mala, 2019) ซึ่งเป็นอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้คือ ร้อยละ 50.0 นอกจากนี้ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังมีแนวโน้มที่จะได้

รับประทานอาหารเสริมหรือส่วนผสมเร็วกว่าทารกที่คลอดจากการผ่าคลอดที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Loewenberg Weisband, Rausch, Kachoria, Gunderson, & Oza-Frank, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ประสิทธิภาพการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Park, Jang, & Min, 2021) ความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Jirakittidul et al., 2019) ปัญหาสุขภาพของทารก (Reinheimer, Schmidt, Duncan, & Drehmer, 2020) การล่าช้าของการให้นมหลังคลอด (Raihana, Alam, Huda, & Dibley, 2021) และปัญหาภาวะสุขภาพของมารดา ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่ที่พบมีความคล้ายคลึงกับมารดาหลังคลอดปกติแต่ในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีปัจจัยที่แตกต่างจากการคลอดปกติ คือ ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพของมารดา โดยมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะยังคงมีภาวะด้านการทำงานของอินซูลินไปจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด และมีความไวของอินซูลินที่ลดลง ทำให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ ซึ่งภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีผลต่อการสร้างฮอร์โมนโปรแลคติน โดยมีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีกระบวนการสร้างน้ำนมที่ล่าช้ากว่ามารดาปกติทั่วไปถึง 1.84 เท่า (Wu et al., 2021) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังมีระดับของแลคโตสและซีเตรตในน้ำนมน้อยกว่ามารดาที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแลคโตสและซีเตรตเป็นตัวบ่งชี้ทางชีวภาพที่สำคัญของกระบวนการสร้างน้ำนม โดยพบว่าในสัปดาห์แรกหลังคลอดมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีระดับของแลคโตสและซีเตรตลดลง ในขณะที่มารดาที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีระดับแลคโตสและระดับซีเตรตเพิ่มขึ้น (Azulay Chertok, Haile, Shuisong, & Kennedy, 2020) จากผลของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีต่อสุขภาพมารดาดังกล่าวส่งผลให้มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมไหลล่าช้า และไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนานถึง 6 เดือน (Huang et al., 2019) แต่มีการศึกษาที่ยืนยันว่าหากมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถควบคุม

ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมให้กลับเป็นปกติได้ จะทำให้กระบวนการสร้างน้ำนมเป็นไปตามปกติ ส่งผลให้สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้นานขึ้น (Gunderson, 2014) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรม และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ รวมไปถึงดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีน้ำนมไหลเพียงพอต่อความต้องการของทารก

แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการจัดการกับความเครียดของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่จะเน้นในระยะตั้งครรภ์ แต่เมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอดกิจกรรมเหล่านี้จะถูกปฏิบัติลดลงตามบริบทของมารดาหลังคลอด (Srisawat & Sikaow, 2014) โดยพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลทารก ทำให้มีเวลาจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ขาดความสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนเอง หรือปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ออกกำลังกายไม่เพียงพอ รับประทานอาหารจานด่วนที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง (Teh, Quek, & Tang, 2021) คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (Yang et al., 2020) มีความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากกว่ามารดาปกติทั่วไป 2-3 เท่า เป็นต้น (Ou Yang, Chen, Abdulrahman, Li, & Wu, 2021) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมภาวะเมตาบอลิกซินโดรมให้กลับสู่ภาวะปกติได้ ทำให้อัตราเสี่ยงน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้มีกระบวนการสร้างน้ำนมที่ล่าช้า มีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกและยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตามมา (Azulay Chertok et al., 2020)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดความเสี่ยงป่วย (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2018) โดยสามารถประเมินว่าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดีหรือไม่นั้นจากพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1) ด้านความ

รับผิดชอบต่อร่างกาย 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2018) สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วขึ้น มีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารก สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

จากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) ระบุว่า บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ได้แก่ การรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างสำเร็จ (Pender et al., 2018) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ได้แก่ การรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติ

การรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นความคิดเห็น หรือความเชื่อตามการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับผลดีของการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีทั้งต่อตนเองและต่อทารก หากมารดาได้รับผลดีของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะเป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มารดามีความตั้งใจและมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่มีความเจ็บป่วย มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่องไปจนถึง 6 เดือนหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) ที่หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตัดสินใจที่มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม (Perception of insufficient breast milk) หมายถึง การที่มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าตนเองมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอกับความต้องการของทารก ไม่สามารถตอบสนองความพึงพอใจของทารก หรือทำให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ได้อย่างเหมาะสม (Hill & Humenick, 1989) หากมารดารับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในระดับสูง จะเป็นอุปสรรคหรือเป็นสิ่งขัดขวางต่อความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้มารดาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่องไปจนถึง 6 เดือนหลังคลอด สอดคล้องกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) หมายถึง การคาดการณ์ การรับรู้ หรือความเชื่อต่ออุปสรรคที่เป็นสิ่งขัดขวางทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้

อุปสรรคผลโดยตรงในการจัดวางการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นความมั่นใจหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Dennis, 2003) หากมารดามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับดี จะส่งผลให้มีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่องไปจนถึง 6 เดือนหลังคลอด สอดคล้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรม ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำใหบุคคลมีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริมแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและมารดาสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยตัวเอง (Jalili Bahabadi, Estebarsari, Rohani, Rahimi Khalifeh Kandi, Sefidkar, & Mostafaei, 2020; Sangsawang, Supavititpatana, & Sriarporn, 2016) ดังนั้น หากมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่เหมาะสม จะทำให้มารดามีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทำให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง และคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้แก่มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำถามของการวิจัย

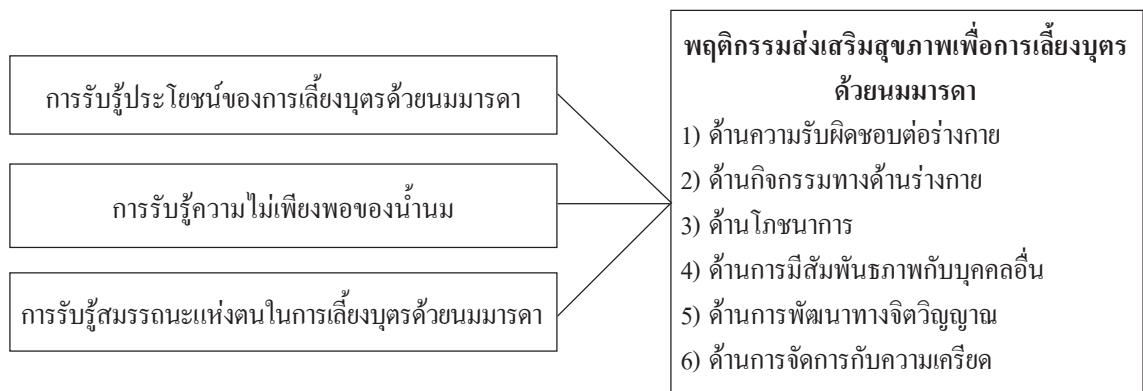
1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างไร
2. การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) มาอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาหลังคลอด เพื่อให้มารดามีภาวะสุขภาพที่ดี ไม่มีความเจ็บป่วย และสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีของทารก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และมีผลลัพธ์คือ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย 2) ด้านกิจกรรมทางร่างกาย 3) ด้านโภชนาการ 4) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ดังนั้น หากมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้

ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก และมีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมน้อย น่าจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ประชากร คือ มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมารับบริการตรวจหลังคลอด ณ หน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และหน่วยวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว 2) มารดาที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่ทำให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ในระยะหลังคลอด 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป 4) คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-41⁺6 สัปดาห์ 5) ทารกสามารถดูดนมมารดาจากเต้าได้ 6) ทารกไม่มีความพิการ 7) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 8) มีความสามารถในการอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 9) มีความ

สนใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (Level of power) .90 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) .30 เป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2021) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 112 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สถานภาพสมรส จำนวนบุตร วิธีการคลอด ดัชนีมวลกาย น้ำหนักปัจจุบันของทารก ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลครั้งแรกเวลาที่มารดาเริ่มให้นมบุตรครั้งแรกหลังคลอด ประสบการณ์การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การให้นมบุตรปัจจุบัน และ

ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงเมื่อ 4-6 สัปดาห์หลังคลอดจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดของเจตินา แสงสว่าง และคณะ (Sangsawang et al., 2016) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 44 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ กิจกรรมด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น จำนวน 6 ข้อ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบ้าง ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับต่ำ (44.00-102.66 คะแนน) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับปานกลาง (102.67-161.33 คะแนน) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง (161.34-220.00 คะแนน)

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของปานจันทร์ คนสูง และคณะ (Khonsung, Yimyam, Xuto, & Chaloumsuk, 2020) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มารดาการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับต่ำ (17.00-39.66 คะแนน) มารดาการรับรู้ประโยชน์

ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับปานกลาง (39.67-62.33 คะแนน) และมารดาการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง (62.34-85.00 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมของฮิลล์ และฮูเมนิค (Hill & Humenick, 1996) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยมนัสวีร์ ศรีมรกตและคณะ (Srimoragot, Kantaruksa, & Chaloumsuk, 2017) มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยบ้าง เห็นด้วยบ้าง เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมสูง (20-50 คะแนน) มารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมค่อนข้างสูง (51-80 คะแนน) มารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมค่อนข้างต่ำ (81-110 คะแนน) และมารดาที่มีการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมต่ำ (111-140 คะแนน)

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของ เดนนิส (Dennis, 2003) ที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1994) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยอุษณีย์ จินตะเวช และคณะ (Jintrawet, Sukkasem, Tongswas, & Somboon, 2015) มีจำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ส่วนบุคคลในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 6 ข้อ และด้านการรับรู้การแสดงออกที่จำเป็นต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจและมั่นใจมาก เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (14-32 คะแนน) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (33-51 คะแนน) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง (52-70 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ผู้วิจัยดัดแปลงได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านและนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และ 0.88 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแบบประเมินการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .89, .81, .92 และ .93 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยจากผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และเข้าพบพยาบาลหัวหน้าหน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นสำรวจมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติครบตามกำหนด และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงรอตรวจเพื่อสอบถามความสนใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวใช้เวลาประมาณ 30 นาที และดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างทางสังคม และการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่อยู่กับกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ส่วนการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม มีการแจกแจงเป็นโค้งไม่ปกติ

3. คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา คะแนนการรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสปีร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 036/2566 ได้รับรองวันที่ 28 มีนาคม 2566 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 172/66COA-NUR 036-66 ได้รับรองวันที่ 28 มีนาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการ 22/66 ได้รับรองวันที่ 19 เมษายน 2566 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย รวบรวมข้อมูลและสิทธิในการยุติหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การเก็บข้อมูลจะเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.3 ปี (S.D. = 4.3) มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.3 กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) เท่ากับ 89.0 mg/dL และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 2 ชั่วโมง (2PP) เท่ากับ 141.6mg/dL

2. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยรวมในระดับสูง ($\bar{x}$ = 168.6, S.D. = 17.7) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง 4 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 65.7 ($\bar{x}$ = 42.0, S.D. = 6.0) โภชนาการ คิดเป็นร้อยละ 74.6 ($\bar{x}$ = 34.8, S.D. = 5.2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น คิดเป็นร้อยละ 95.5 ($\bar{x}$ = 27.1, S.D. = 2.7) และการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 79.9 ($\bar{x}$ = 20.5, S.D. = 2.8) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 72.4 ($\bar{x}$ = 27.3, S.D. = 3.8) และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 49.3 ($\bar{x}$ = 16.6, S.D. = 4.2) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยรวม และรายด้าน (n = 134)

ตัวแปร	ระดับคะแนน			$\bar{x}$	Range	S.D.
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	0 (0.0)	45 (33.6)	86 (66.4)	121-207	168.6	17.7
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน						
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1 (0.7)	45 (33.6)	88 (65.7)	24-53	42.0	6.0
กิจกรรมด้านร่างกาย	1 (0.7)	97 (72.4)	36 (26.9)	16-36	27.3	3.8
โภชนาการ	3 (2.2)	31 (23.1)	100 (74.6)	20-45	34.8	5.2
การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	0 (0.0)	6 (4.5)	128 (95.5)	16-30	27.1	2.7
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	20 (14.9)	66 (49.3)	48 (35.8)	6-25	16.6	4.2
การจัดการความเครียด	1 (0.7)	26 (19.4)	107 (79.9)	8-25	20.5	2.8

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $r = .390$ และ $r = .401$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ($n = 134$)

ตัวแปร	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	
	r	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	$r_p = .432$	$< .001$
การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม	$r_s = .390$	$< .001$
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา	$r_p = .401$	$< .001$

r_s = Spearman's rank correlation coefficient, r_p = Pearson's product moment correlation coefficient และ $p < .001$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.4) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นประจำ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2018) ได้ว่า การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จนได้ผลลัพธ์คือพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เกิดจากองค์ประกอบสำคัญ คือ คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ส่งเสริมให้มีความมุ่งมั่นที่จะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 70.9) มีอายุเฉลี่ย 33.3 ปีซึ่งเป็นช่วง

วัยผู้ใหญ่จึงมีกระบวนการคิดหรือการพิจารณาแบบเป็นเหตุเป็นผล มีความพร้อมด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ มักใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีมากขึ้น (Feldman, 2019) คล้ายคลึงกับการศึกษาของเบลคและคณะ (Blake, Nehrkom, & Patrick, 2017) ที่ศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อความเป็นอยู่ที่ดีของวัยผู้ใหญ่พบว่า วัยผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าวัยอื่นๆ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.2) มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปจึงมีโอกาสแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและรู้จักนำวิธีการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเองมากขึ้น (Pender et al., 2018) คล้ายคลึงกับการศึกษาของฮัมเซห์การ์เดซีและคณะ (Hamzehgardeshi, Geleghkolae, & Soraky, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.9) ยังมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงกว่า 20,001 บาทขึ้นไป จึงสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเช่น ค่าใช้จ่ายในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Cunningham, 2018)

2. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $r = .390$ และ $r = .401$, $p < .001$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2) โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .432$, $p < .001$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) ได้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้อุบัติการณ์มองเห็นคุณค่าของการกระทำนั้นๆ ว่าเป็นประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ในทางที่ดีของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่มีต่อสุขภาพของตนเองและทารก จึงเป็นเสมือนแรงจูงใจที่ทำให้มารดาเกิดความมุ่งมั่นและมีเจตจำนงที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาคล้ายคลึงกับการศึกษาของจินดา แสงสว่าง และคณะ (Sangsawang et al., 2016) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ จาลิลี บาฮาบาดี และคณะ (Jalili Bahabadi et al., 2020) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .390$, $p < .001$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนมในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระดับสูง สามารถอธิบายตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) ได้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้อุบัติการณ์รับรู้ถึงความไม่สะดวก ความไม่สบาย และความยากลำบากของการปฏิบัติพฤติกรรม ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคหรือสิ่งขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับต่ำ จะทำให้อุบัติการณ์ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความไม่เพียงพอของน้ำนมในระดับต่ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจและมีเจตจำนงที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ จาลิลี บาฮาบาดี และคณะ (Jalili Bahabadi et al., 2020) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .401$, $p < .001$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของตนเองเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2018) ได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้อุบัติการณ์มีความมั่นใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น

เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Dennis, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของเจดนิภา แสงสว่าง และคณะ (Sangsawang et al., 2016) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและจากการศึกษาของ มาสจูดิ และคณะ (Masjoudi, Khazaecian, Malekzadeh, & Fathnezhad-Kazemi, 2022) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล ได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ โดยการส่งเสริมให้มารดารับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ความเพียงพอของน้ำนม และสมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2. ด้านการศึกษาพยาบาล นำไปเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์เกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การสนับสนุนทางสังคมหรือความเหนื่อยล้า เป็นต้น

2. ควรศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น เช่น มารดาหลังคลอดวัยรุ่น มารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดและมารดาหลังคลอดที่คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

3. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านกับการวิจัยครั้งนี้ที่ช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมวิจัยจนลุล่วงไปได้ด้วยดี

การมีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการวิจัย

ผู้วิจัยไม่ได้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการได้รับค่าตอบแทนจากแหล่งใดๆ และในการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงาน ณ สถานที่ดำเนินการวิจัยแต่ระมัดระวังโดยการแต่งกายด้วยชุดสุภาพโดยไม่สวมใส่ชุดปฏิบัติงานพยาบาลและให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการตัดสินใจ เพื่อลดความไม่เป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Azulay Chertok, I. R., Haile, Z. T., Shuisong, N., & Kennedy, M. (2020). Differences in human milk lactose and citrate concentrations based on gestational diabetes status. *Breastfeeding Medicine*, 15(12), 798-802. doi:10.1089/bfm. 2020.0051
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Blake, V. K., Nehrkorn, A. M., & Patrick, J. H. (2017). Differential effects of health-promoting behaviors on wellbeing among adults. *International Journal of Wellbeing*, 7(2), 28-42. doi: 10.5502/ijw.v7i1.471
- Cunningham, P. J. (2018). *Why even healthy low-income people have greater health risks than higher-income people*. retrieved 27 September 2018 from <https://www.commonwealthfund.org/blog/2018/healthy-lowincome-people-greater-health-risks>

- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the shortform. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744. doi:10.1177/0884217503258459
- Feldman, R. S. (2019). *Psychology and your life* (4th ed.). Boston:McGraw Hill.
- Gunderson, E. P. (2014). Impact of breastfeeding on maternal metabolism: Implications for women with gestational diabetes. *Current Diabetes Reports*, 14(2), 460. doi:10.1007/s11892-013-0460-2
- Hamzehgardeshi, Z., Gelekholaee, K. S., & Soraky, M. K. (2018). Health-promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Internal Medicine and Medical Investigation Journal*, 3(4), 12-17. doi: 10.24200/imminv.v2i4.165
- Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1989). Insufficient milk supply. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(3), 145-148. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1989.tb00120.x>
- Hill, P. D., & Humenick, S. S. (1996). Development of the H & H lactation scale. *Nursing Research*, 45(3), 136-140. doi:10.1097/00006199-199605000-00003
- Huang, L., Xu, S., Chen, X., Li, Q., Lin, L., Zhang, Y., Gao, D., ... Yang, N. (2019). Delayed lactogenesis is associated with suboptimal breastfeeding practices: A prospective cohort study. *The Journal of Nutrition*, 150(4), 894-900. doi:10.1093/jn/nxz311
- International Diabetes Federation[IDF]. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. retrieved 9 June 2021 from <https://diabetesatlas.org/data/en/compare/196-196/idf-country-data-comparision.html>
- Jalili Bahabadi, F., Estebsari, F., Rohani, C., Rahimi Khalifeh Kandi, Z., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of health-promoting lifestyle in pregnant women based on Pender's health promotion model. *International Journal of Women's Health*, 12, 71-77. doi:10.2147/IJWH.S235169
- Jintrawet, U., Sukkasem, N., Tongswas, T., & Somboon, L. (2015). Effects of breastfeeding promotion and social support program on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding rate among postpartum mothers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(2), 34-47. [In Thai]
- Jirakittidul, P., Panichyawat, N., Chotrungrote, B., & Mala, A. (2019). Prevalence and associated factors of breastfeeding in women with gestational diabetes in a university hospital in Thailand. *International Breastfeeding Journal*, 14, 34. doi:10.1186/s13006-019-0227-8
- Khonsung, P., Yimyam, S., Xuto, P., & Chaloumsuk, N. (2020). Factors predicting exclusive breastfeeding among Thai adolescent mothers at 6-months postpartum. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 34-47. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/239919/168344>
- Loewenberg Weisband, Y., Rausch, J., Kachoria, R., Gunderson, E. P., & Oza-Frank, R. (2017). Hospital supplementation differentially impacts the association between breastfeeding intention and duration among women with and without gestational diabetes mellitus history. *Breastfeeding Medicine :the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12(6), 338-344. doi: 10.1089/bfm.2017.0019
- Masjoudi, M., Khazaeian, S., Malekzadeh, S., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Health-promoting behaviors and intermediary social determinants of health in low and high-risk pregnant women: An unmatched case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 445. doi:10.1186/s12884-022-04784-y.

- Ou Yang, H., Chen, B., Abdulrahman, A. M., Li, L., & Wu, N. (2021). Associations between gestational diabetes and anxiety or depression: A systematic review. *Journal of Diabetes Research*, 2021, 9959779. doi:10.1155/2021/9959779
- Park, S., Jang, S., & Min, M. (2021). Factors associated with the need for breastfeeding information among women with gestational diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Asian Nursing Research*, 15(3), 210-214. doi:10.1016/j.anr.2021.05.002
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2018). *Health promotion in nursing practice*. (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raihana, S., Alam, A., Huda, T. M., & Dibley, M. J. (2021). Factors associated with delayed initiation of breastfeeding in health facilities: Secondary analysis of Bangladesh demographic and health survey 2014. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1-13. doi:10.1186/s13006-021-00360-w
- Reinheimer, S. M., Schmidt, M. I., Duncan, B. B., & Drehmer, M. (2020). Factors associated with breastfeeding among women with gestational diabetes. *Journal of Human Lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 36(1), 126-135. doi:10.1177/0890334419845871
- Sangsawang, J., Supavitpatana, B., & Sriarporn, P. (2016). Factors related to health promoting behaviors among adolescent mothers. *Nursing Journal*, 46(4), 59-69. [In Thai].
- Srimoragot, M., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2517). Factors related to perceived insufficient milk supply among first-time mothers. *Nursing Journal*, 48(3), 354-365. [In Thai].
- Srisawat, K., & Sikaow, O. (2014). Management for gestational diabetes mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 50-59. [In Thai].
- Teh, K., Quek, I. P., & Tang, W. E. (2021). Postpartum dietary and physical activity related beliefs and behaviors among women with recent gestational diabetes mellitus: A qualitative study from Singapore. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 612. doi:10.1186/s12884-021-04089-6
- Wu, J. L., Pang, S. Q., Jiang, X. M., Zheng, Q. X., Han, X. Q., Zhang, Z. Y., & Pan, Y. Q. (2021). Gestational diabetes mellitus and risk of delayed onset of lactogenesis: A systematic review and meta-analysis. *Breastfeeding Medicine*, 16(5), 385-392. doi:10.1089/bfm.2020.0356
- Yang, Y., Li, W., Ma, T., Zhang, L., Hall, B. J., Ungvari, G. S., ... Xian, Y. (2020). Prevalence of poor sleep quality in perinatal and postnatal women: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 161. doi:10.3389/fpsy.2020.00161

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแล ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

Effectiveness of an Educational and Skill Training Program on Knowledge, Skills of the Community Health Volunteers for Caring the Elderly with Stroke in the Community

วนิดา ศรีพรหมษา (Wanida Sripromsa)*

อิสริย์ ปัดภัย (Isaree Padphai)**

รุ่งนภา ประยูรศิริศักดิ์ (Rungnapa Prayoonsirisak)*

ธิดารัตน์ ห้วยทราย (Thidarat Huaisai)*

Received: February 14, 2024

Revised: April 23, 2024

Accepted: September 23, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและทักษะการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การทบทวนซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ มีค่าความเที่ยง .80 และแบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีค่าความเที่ยง .79 ทำการทดสอบซ้ำ 3 ช่วงเวลา โดยวัดผลก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to determine effectiveness of educational and skills training program on knowledge, skills of the community health volunteers for caring the elderly with stroke in the Community. The samples, which were purposively selected, were 30 volunteers. The data collection period was 12 weeks. The research instrument was Educational and Skill Training Program was employed by using the Gibson's empowerment framework. The framework was composed of 4 steps: 1) discovering reality 2) critical reflection 3) taking charge and 4) holding. The questionnaire about knowledge with the reliability of .80, and practical skills questionnaire replied with the reliability of .79. Data was analyzed using the descriptive statistics, repeated measures ANOVA.

The results found that the mean knowledge score and skill score of health volunteers for caring the elderly with stroke after receiving the program at the end of program and at follow up period after 3rd months were significantly higher than before, with a p-value < .05

Keywords: Knowledge, Skills, Caregivers, Elderly with Stroke, Community health volunteers

*Corresponding author: Isaree Padphai; E-mail: wanida-sri@bcnu.ac.th

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี (Instructor, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Boromarajonani College of Nursing Udon Thani)

**อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (Instructor, Faculty of Public Health and Allied Health Science Praboromarajchanok Institute, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหนึ่งซึ่งเกิดจากความเสื่อมของร่างกายและมีความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2021) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 12 ล้านคนทั่วโลกและในจำนวนนี้มีผู้ที่เสียชีวิต 5 ล้านคนและเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอีก 5 ล้านคนได้รับความพิการหรือทุพพลภาพถาวรในประเทศยุโรปตอนบนหรือกลุ่มสแกนดิเนเวียพบว่าความชุกของโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 9.7 ในประชากรอายุ 75-79 ปี และความชุกเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2564 พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 212.31 ต่อแสนประชากร (Majavong, 2019; Nilanont et al. 2014; Strategy and Planning Division, 2024) ซึ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุเกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตกส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งจากทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) อธิบายว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง คือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์เนื้อเยื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีลักษณะแข็งและสูญเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอวัยวะที่พบความเสื่อมได้บ่อย คือ ผิวหนัง หลอดเลือด ความเสื่อมของหลอดเลือดตามวัยนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (Fillit et al, 2017; Tanuchit et al, 2017)

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลทำให้เกิดความพิการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีการฟื้นฟูได้ช้ากว่าวัยอื่นเพราะผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทุกข์ทรมานจากภาวะทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวลำบากหรือแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตที่เหลือกับโรคประจำตัว หรือความพิการ ทำให้ต้องได้รับการพึ่งพาจากผู้ดูแล นอกจากนี้จากสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุจนบางครั้งอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการฟื้นฟูตนเอง

ของผู้สูงอายุที่ต่ำลง (Dongchan et al., 2021; Yakiangngam, 2022) ปัญหาหรือข้อจำกัดของการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า มีปัญหาสำคัญคือการขาดผู้ดูแล อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง ต้องช่วยตัวเองมากกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการดูแลจากอาสาสมัคร (Jittasano & Parinyasutinun, 2018; Sahohs & Khunwishit, 2021)

การจัดการดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและเสริมสร้างพลังทางสังคมพลังจิตอาสาเสริมสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันรวมถึงสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลในชุมชนมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการดำเนินงาน มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างภาครัฐและประชาชนก่อให้เกิดความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลประชาชนในชุมชน (Chinchai & Khamwong, 2017) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาทักษะของอาสาสมัครในการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความสามารถและทักษะอย่างมีระบบ จริงจังและต่อเนื่อง และอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายทั้งโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน เพื่อเข้าใจปัญหาและกระบวนการแก้ปัญหา ตั้งแต่การสร้างทีมงาน วางแผนร่วมกัน ลงมือปฏิบัติและดำเนินการต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงองค์กรหลักที่มีในชุมชน

พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีเป็นชุมชนเมือง 5,536 หลังคาเรือน มีประชากร 15,403 คน เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 2,843 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แล้ว สถานการณ์ด้านสุขภาพ ในพื้นที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 117 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 98 คน คิดเป็นร้อยละ 83.8 ผลกระทบจากโรคก่อให้เกิดความทุพพลภาพตามมา เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้เกิดความต้องการพึ่งพิงและ

การดูแล โดยเฉพาะจากครอบครัวและชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือก และเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในหมู่บ้าน จากการสำรวจ การเยี่ยมบ้าน อสม. มีทั้งหมด 109 คน แบ่งเป็น อสม. รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ชุมชนละ 1 คน ให้การ ดูแลด้านสุขภาพในชุมชนจึงมีความคุ้นเคยและใกล้ชิด กับผู้สูงอายุ

จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 10 คน พบว่า อสม. 7 คน ยังให้การดูแลไม่ครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน อสม. 6 คน ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน อสม. 7 คน บอกว่าการฝึกอบรมน้อยและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก ไม่ค่อยมีเวลาในการฝึกทักษะต่างๆ รวมทั้งขาดการสร้าง เครือข่ายความร่วมมือในระดับท้องถิ่น ทำให้การปฏิบัติงาน ลำบาก ดังนั้น จึงมีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพให้ กลุ่มคนเหล่านี้ให้มีศักยภาพในการดูแลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มีความยั่งยืน ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การส่งต่อเพื่อลดความ รุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนควรมีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะ ๆ ในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แก่อาสาสมัคร ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลเมื่อมีปัญหาการดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องได้รับการดูแล และการฟื้นฟูที่ดีและถูกต้องจะส่งผล ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และกลับมาใช้ชีวิตประจำวัน ได้อย่างปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมองในชุมชน โดยพัฒนากิจกรรมตามแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) และทำการทดสอบซ้ำ 3 ช่วงเวลา โดยวัดผลก่อน และหลัง เข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน แนวคิดกิบสัน ประกอบด้วย การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณการตัดสินใจเลือก

ปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึง สาเหตุปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองในการ แก้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดจากการวิเคราะห์ สถานการณ์ การได้ปฏิบัติและการร่วมมือกันแก้ปัญหา เพื่อให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะการดูแล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่มี ประสิทธิภาพและแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและเหมาะสมกับบริบท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วม โปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วม โปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของอาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม เสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีการพัฒนา กิจกรรมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การค้นพบสภาพจริง นำผลการศึกษสถานการณ์ ปัญหาวิเคราะห์ปัญหาความต้องการ 2) การสะท้อนคิด อย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย วิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา โดยให้อาสาสมัครได้เรียนรู้ใน เนื้อหาที่เพิ่มขึ้นเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ อาสาสมัครตัดสินใจเลือก

วิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมกับผู้สูงอายุ เมื่อนำวิธีที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้ว
เกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จทำให้รู้สึกมั่นใจ
และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลนั้นต่อไป

**โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแล
ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมองในชุมชน**

- 1) การค้นพบสภาพจริง
- 2) สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ
- 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม

- ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนการใช้โปรแกรม วัดหลัง โปรแกรมเสร็จสิ้น ทันทีและระยะติดตาม หลังโปรแกรมเสร็จสิ้น 3 เดือนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำสิ่งที่ได้รับไปทบทวนและปฏิบัติจริงต้องทิ้งช่วงเวลาไว้ระยะหนึ่งแล้วจึงทำการวัดผลและเพื่อเป็นการวัดซ้ำว่าตัวแปรต่างๆที่วัดก่อนหน้านั้นยังคงอยู่หรือไม่และเกิดทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Traimongkolkul & Chatrapom, 2019) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และ/หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน (Cohen, 1988) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีอำนาจในการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ระดับ Significance 0.05 (Medium size) โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาอยู่ในทะเบียนบ้านในตำบลบ้านเลื่อม 3) มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบและได้รับการรับรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ว่ามีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบ 4) อ่าน ออกเขียนหนังสือได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้จนเสร็จสิ้นโครงการเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่ไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะฯ และ "คู่มือชุมชนยุคใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน" ซึ่งผู้วิจัย

พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 1) การค้นพบสภาพจริง นำผลการศึกษาด้านการแก้ปัญหาวิเคราะห์ปัญหาความต้องการร่วมกับศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การสนทนากลุ่มเพื่อค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิด การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้ สาธิต และฝึกปฏิบัติ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยการตั้งเป้าหมายวางแผนการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมแจก "คู่มือชุมชนยุคใหม่ ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน" กลับไปทบทวนที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านและช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อให้คำปรึกษาอาสาสมัคร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รายได้

2.2 แบบวัดความรู้ด้านอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบวัดแบบถูกผิดจำนวน 40 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ถัดคะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน จัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ในระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60-79

มีความรู้ในระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีความรู้ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการสังเกตของผู้วิจัย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน จัดระดับทักษะการดูแลเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป มีทักษะการดูแลอยู่ในระดับมาก ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 มีทักษะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 มีทักษะการดูแลอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและคู่มือ "ชุมชนยุคใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน" แบบวัดความรู้และแบบประเมินทักษะการดูแลอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ซึ่งโปรแกรมฯและคู่มือได้ค่า (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.67 หลังแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ

ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงแบบวัดความรู้ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.78 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.80 และแบบประเมินทักษะการดูแล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัย และเตรียมทีมวิจัย ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อเก็บข้อมูล มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บข้อมูลละเอียดอธิบายเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยสังเกตขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลและทดลองเก็บในกลุ่มตัวอย่างรายเดียวกับผู้วิจัยและฝึกจนได้ผลการเก็บเหมือนผู้วิจัยเก็บจริง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 10 รายและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนเริ่มและในระหว่างการเก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยใช้เวลาคำนวณการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ พร้อมมอบคู่มือ "ชุมชนยุคใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" ดังนี้

ลำดับ ที่	โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง			
	1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (อภิปรายกลุ่ม)	2) การสะท้อนคิด (อภิปรายกลุ่ม)	3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติ	4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติ
1	เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 4 ชั่วโมง			
	- สถานการณ์ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บทบาทหน้าที่ชุมชนในการร่วมดูแล	- ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - สรุปผลการนำเสนอและข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	- สาธิตการให้คำแนะนำเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	- ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคลจนปฏิบัติได้ทุกคน
2	อาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง			
	- ประสพการณ์เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- ปัญหาและความต้องการด้านอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - สรุปผลการนำเสนอและข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- สาธิตการให้คำแนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคล
3	การดูแลด้านจิตใจ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง			
	- ประสพการณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- ปัญหาและความต้องการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - สรุปผลการนำเสนอและข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องการดูแลด้านจิตใจ การประเมินความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด	- สาธิตการประเมินความเครียดและการจัดการความเครียด	- ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคล

ลำดับ ที่	โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง			
	1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (อภิปรายกลุ่ม)	2) การสะท้อนคิด (อภิปรายกลุ่ม)	3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติ	4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติ
4	การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 6 ชั่วโมง			
	- ประสพการณ์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- ปัญหาและความต้องการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - สรุปผลการนำเสนอและข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ - บรรยายประกอบสไลด์เรื่องการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการขึ้น เดิน การประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำกายภาพ การพลิกตะแคงตัว ป้องกันแผลกดทับ	- สาธิตการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	- ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคล
5	การปฐมพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน ระยะเวลา 4 ชั่วโมง			
	ประสพการณ์เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน สถานการณ์ที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ปัญหาและความต้องการช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำเสนอผลสรุปแต่ละกลุ่มย่อย ผู้วิจัยสรุปผลการนำเสนอและจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ ร่วมกับการบรรยายประกอบสไลด์ เรื่องการปฐมพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะเร่งด่วน	สาธิตการจัดท่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคลจนปฏิบัติได้ทุกคน

ลำดับ ที่	โปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง			
	1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (อภิปรายกลุ่ม)	2) การสะท้อนคิด (อภิปรายกลุ่ม)	3) การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติ	4) การคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติ
6	เทคโนโลยีการสื่อสารสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง			
	ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร	- ปัญหาความต้องการเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง - นำเสนอผลสรุปแต่ละกลุ่มย่อย ผู้วิจัยสรุปผลการนำเสนอและจากการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ - บรรยายประกอบสไลด์ เรื่องการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารการฝึกผู้ป่วยให้สามารถสื่อสารได้ เริ่มด้วยการฝึกกลืน เนื้อไบหน้ำ ลื่น ปาก การออกเสียงพูด การดูรูปภาพ	สาธิตการฝึกผู้ป่วยให้สามารถสื่อสารได้ เริ่มด้วยการฝึกกลืน เนื้อไบหน้ำ ลื่น ปาก การออกเสียงพูด การดูรูปภาพ	- ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกปฏิบัติผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมรายบุคคล
7, 8, 9, 10, และ 11	นำประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกับ "คู่มือชุมชนยุคใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน" ไปฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านร่วมกับผู้วิจัย คนละ 1 ครั้งและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคการฝึกปฏิบัติ คนละ 1 ครั้ง			
12	กิจกรรมกลุ่มพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะเวลา 4 ชั่วโมง			
	ปัญหา อุปสรรคที่พบจากการลงฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยในชุมชน	ประสบการณ์วิธีการแก้ปัญหาและการช่วยเหลือ นำเสนอผลสรุปแต่ละกลุ่มย่อย	วางแผนและตั้งเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองในชุมชน	ฝึกปฏิบัติกิจกรรมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ตามที่วางแผนไว้ร่วมกับมีระบบพี่เลี้ยงคำปรึกษาทางโทรศัพท์

- ขึ้นประเมินการทดลอง ผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตาม 3 เดือน โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด ความถูกต้องและข้อความครบถ้วนของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 3 เดือนด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านขั้นตอนการเสนอโครงร่างวิจัยและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ IRB BCNU 300/08/2565 วันที่รับรอง 27 เมษายน 2565 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาสิทธิผู้ให้ข้อมูล ในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ และมีคำอธิบายว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและจะรายงานผลการศึกษานี้ในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุ ในช่วง 47-68 ปี อายุเฉลี่ย 58.2 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 76.7 ทั้งหมดเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 10 ปี รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรร้อยละ 53.30

2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือนแสดง ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{x}$ (S.D.)			SS	df	MS	F	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	ระยะติดตาม 3 เดือน					
คะแนนความรู้	31.07 (3.08)	36.88 (3.24)	38.59 (3.57)	360.08	1.65	245.34	4.67	0.006*

*p < .05

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและ

ระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลเป็นรายคู่ (n = 30)

ความรู้ในการดูแล	$\bar{x}$	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	ระยะติดตาม 3 เดือน
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	31.07	-	9.12* (.00)	9.35* (.00)
หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	36.88	-	-	3.50 (.21)
ระยะติดตามผล 3 เดือน	38.59	-	-	-

*p < .05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลเป็นรายคู่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.12 และ 9.35 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าความรู้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 3 เดือน

3. ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
ผลการศึกษาเปรียบเทียบทักษะการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน แสดงดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน (n = 30)

ตัวแปร	$\bar{x}$ (S.D.)			SS	df	MS	F	p-value
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	ระยะติดตาม 3 เดือน					
คะแนนทักษะการดูแล	25.77 (4.56)	32.59 (4.12)	34.81 (3.91)	208.02	1.47	113.60	4.32	0.035*

* p < .05

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและระยะ

ติดตามผล 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือนเป็นรายคู่ (n = 30)

ความรู้ในการดูแล	$\bar{x}$	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	ระยะติดตาม 3 เดือน
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.77	-	6.47* (.00)	7.02* (.00)
หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที	32.59	-	-	4.83 (.37)
ระยะติดตามผล 3 เดือน	34.81	-	-	-

*p < .05

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน เป็นรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.47 และ 7.02 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าทักษะการดูแลอาสาสมัคร ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล 3 เดือน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ โดยโปรแกรมฯ ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพจริง ช่วยให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุประเมินสภาพปัญหาและความต้องการผ่านการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแล 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ในเนื้อหาที่เพิ่มขึ้นเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลทำให้เกิดความมั่นใจ และเข้าใจในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จังหวัดเพชรบูรณ์ (Jitjung, 2018) ที่ศึกษาสมรรถนะผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลด้านเทคโนโลยี การสื่อสาร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเพิ่มมากขึ้น และงานวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวกับการเฝ้าระวังความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (Ratanasuwan, Phongphanngam, & Yottavee, 2019) และงานวิจัยเรื่องการพัฒนาโครงการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน (Pengsajeum et al., 2017) ที่พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ในชุมชน เป็นการสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาความต้องการของตนเองและให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเองซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเรียนรู้ที่มีการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้ที่ชัดเจน

2. คณะแกนนำทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังอาสาสมัครผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเนื่องจากในการดูแลผู้สูงอายุ มีการให้คำปรึกษาระหว่างและหลังการปฏิบัติ ให้เบอร์โทรศัพท์ไว้ติดต่อสอบถามตลอดจนผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุนติดตามเยี่ยมบ้านทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง เชื่อมมั่นในศักยภาพของตนเอง รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่างๆ มีความรู้ลึกซึ้งร่วมไปกับกิจกรรมและเกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีขึ้น (Corey & Corey, 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช หอมเนียมและคณะ (Hormniam, Marangsee, & Jira-on, 2022) พบว่า อสม. สามารถฝึกทักษะและผ่านการประเมินทักษะในระดับดีหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งในแต่ละทักษะจะมีความยากง่ายแตกต่างกัน โดยการปฏิบัติบางทักษะมีขั้นตอนย่อยและต้องใช้หลักการที่ยาก ซับซ้อน อสม. จะใช้การฝึกปฏิบัติหลายครั้งจนเกิดความชำนาญจึงทำให้มั่นใจส่งผลให้คะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับดี และการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดา เตชะปิ่นและคณะ (Tachapun et al., 2019) พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของ อสม. ด้านสุขภาพเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรม โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย กิจกรรม 4 ระยะเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์โดยให้ อสม. มีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่และปฏิบัติซ้ำจนชำนาญส่งผลให้คะแนนปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และวิภา เพ็งเสงี่ยมและคณะ (Pongsajum et al., 2017) พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เป็นการสร้างความเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยประยุกต์แนวความคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993)

ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาความต้องการของตนเอง และให้ผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเรียนรู้ที่มีการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดการพัฒนาการเรียนรู้ที่ชัดเจน

นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ พบว่าจะแนบแนบความรู้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังอาสาสมัครผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จทันทีกับระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิภาพดีหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทั้งนี้เกิดจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่องและได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามกิจกรรม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการดูแลระดับไว้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตามบริบท ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะฯ มีการกำหนดหัวข้อกิจกรรมและระยะเวลาการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ ชัดเจน การจัดกิจกรรมประยุกต์ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้ "คู่มือชุมชนยุคใหม่ใส่ใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง" เพื่อให้เกิดการทบทวนตนเอง อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองและเรียนรู้ช่องทางสื่อสารเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการถอดบทเรียนในการฝึกปฏิบัติเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง และสามารถควบคุมสถานการณ์การเมื่อพบอุปสรรคจากการปฏิบัติงานและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความยั่งยืนของการดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรถอดบทเรียนการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะการดูแลของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การออกแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล 3 เดือน โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามีค่อนข้างน้อย จึงอาจขาดความชัดเจนของผลการวิจัยที่เกิดจากโปรแกรมฯ รวมถึงข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาการทำวิจัย จึงทำให้ไม่เห็นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุว่าดีขึ้นอย่างไร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทีมวิจัยสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเลื่อม อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง ตลอดระยะเวลาการทำวิจัยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chinchai, P., & Khamwong, P. (2017). The effects of rehabilitation education for village health volunteers on walking speed and upper extremity function in stroke survivors in Thailand. *South African Journal of Occupational Therapy*, 47(3), 32-8. [in Thai].
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associate.
- Corey, M. S., & Corey, G. (2006). *Groups: Process and practice* (7th ed.). Belmont, CA: Thompson Higher Education.
- Doungchan. N., Doungchan,S., Sinprasert,P., Throngthieng,W., Wanchai, A., Sutthilak, C.... Banlengchit, S. (2021). Stroke in older people and

guidelines for strengthening caregivers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 20-28. [In Thai].

- Fillit, H. M., Rockwood, K., & Young, J. (2017). *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Elsevier: Saunders.
- Gibson, C. H. (1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children*. (Unpublished doctoral dissertation). Boston College, Boston.
- Hormniam,N., Marangsee, S., & Jira-on, D. (2022). The effects of apotential development program for the village health volunteers caring for housebound and bedridden patients in Chumhed sub-district, Mueang district, Buriram province, Thailand. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(3), 460-470. [In Thai].
- Jitjung, V. (2018). A proposed program for promoting competency of care givers forstrokepatients, Vichienburi Hospital, Petchaboon Province. Retrieved from https://mis.krirk.ac.th/librarytext/SAS/2561/F_Veeravat_%20Jitjung.pdf. [In Thai].
- Jittasano, N., & Parinyasutinun, U. (2018). Songkhla provincial development, security volunteers and community development. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*,36(6). 125-133. [In Thai].
- Majavong, M. (2019). Stroke in the elderly. *Journal Thai Stroke Society*,18(1), 59-74. [In Thai].
- Nilanont, Y., Nidhinandana, S., Suwanwela, N. C., Hanchaiphiboolkul, S., Pimpak, T., Tatsanavivat, P., et al. (2014). Quality of acute ischemic stroke care in Thailand: A prospective multicenter countrywide cohort study. *Journal Stroke Cerebrovascular Disease*, 23(2), 213-219. [In Thai].
- Pengsajeum, W., Chaiyasung, P., Phongsupha, W., & Joomjana, S. (2017). The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in

- the community. *Journal of Nursing Public Health and Education*, 8(3), 83-95. [In Thai].
- Ratanasuwan, W., Phongphanngam, S., & Yottavee, W. (2019). Family empowerment and monitoring stroke risk factors in older adults with hypertension. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 52-62. [In Thai].
- Sahohs, A., & Khunwishit, S. (2021). *Work skills of civil defense volunteers of Manang Dalam subdistrict administrative organization and guidelines for development*. Independent Study (Public Administration), Prince of Songkla University, Songkla. [In Thai].
- Strategy and Planning Division. (2024). *Health status 2024*. Retrieved from https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_3. [In Thai].
- Tanuchit S, Chinnacom D, Malathong N, Doungthipsirikul S, Tantivass S. Recommendations for emergency medical service for the elderly in Thailand. *JPR2R*, 2019;57-68.
- Tachapun, C. (2019). *Effect of empowerment program of the village health volunteers to implementation of community health education in Papai Municipality, Sansai district, Chiang Mai province*. Master Thesis (Public Health), Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai. [In Thai].
- Traimongkolkul, P., & Chatraporn, S. (2019). *Research design*. Bangkok: Kasetsart University.
- World Health Organization. (2021). Stroke cerebrovascular accident health topic. Retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- Yakiangngam, W. (2022). *Health literacy and health promotion behaviors for hypertension risk groups in elderly, Thungkrachor Subdistrict, Bantak District, Tak Province*. Master (Public Health), Uttaradit Rajabhat University, Uttaradit. [In Thai].

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์

The Development of Comprehensive Care Model for One Day Surgery of

Thai-Myanmar Border Hospital

สุพัฒน์ นันตะ (Supat Nanta)*

กุกีเกียรติ ก้อนแก้ว (Kukiet Konkaew)**

ปริมประภา ก้อนแก้ว (Primprapha Konkaew)***

Received: March 26, 2024

Revised: April 25, 2024

Accepted: August 23, 2024

บทคัดย่อ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเพื่อทำการหัตถการหรือการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าพักในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ 2) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ แบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์บริบทและพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) ดำเนินการตามรูปแบบการบริการ 3) ติดตามสังเกตผลการใช้รูปแบบ และ 4) สะท้อนผลการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลแม่ระมาด จำนวน 32 คน และผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 57 คน ศึกษาระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบแก่นสาระและข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับด้วยรูปแบบ 3 P ได้แก่ 1) บุคลากร คือ คณะกรรมการ ทีมให้บริการ ทีมกำหนดรหัส/ลงข้อมูล และผู้ประสานงานหลัก 2) สถานที่ คือ การเตรียมคลินิกก่อนผ่าตัด ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และสถานที่พักคอยก่อนจำหน่าย และ 3) กระบวนการ คือ การกำหนดรูปแบบการทำงานหัตถการผ่าตัด และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในทุกระดับ ผลการใช้รูปแบบผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีดังนี้ 1) การส่งกลิ้งลงลำไส้ใหญ่ 41 คน 2) การผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อน 8 คน 3) การผ่าตัดเนื้องอกเต้านม 6 คน และ 4) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย 2 คน ระยะเวลาพักในโรงพยาบาลเฉลี่ย 10.9 ชั่วโมง การติดตามหลังการผ่าตัดไม่พบการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านในระดับมากสรุปรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับสำหรับโรงพยาบาลชุมชนนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับในกลุ่มโรคอื่นที่ไม่ซับซ้อน หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: การบริการ, ชายแดนไทย-เมียนมาร์, ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

One-day surgery (ODS) involves admitting patients for a planned procedure or surgery, with a hospital stay of less than 24 hours. This action research aimed to: 1) develop the ODS service model for a community hospital along the Thai-Myanmar border, and 2) study the effectiveness of the ODS service model. The research was divided into 4 phases: 1) context analysis, creating the one-day surgery service model, 2) implementation of the one-day surgery service model, 3) observation, and 4) reflection on the results. Thirty-two participants were Mae Ramat hospital staff and fifty-seven of one-day surgery clients. The research was conducted from June 23, 2023, to February 28, 2024. Descriptive statistics and thematic analysis were applied. The results of the study on developing a one-day surgery service model with the 3 P approach are as follows: 1) Personnel: ODS board, care team, code team, claim team, and coordinator team 2) Place: pre-anesthesia clinic, operation and recovery room, and ambulation unit and 3) Process: Determining the working style of surgical procedures and those with clear responsibilities at every level. The specialized medical personnel select patients eligible for ODS services. The Procedures include 1) forty-one colonoscopies, 2) eight hernioplasties, 3) six wide excision breasts, and 4) two male circumcisions. The average length of stay in the hospital was 10.9 hours, the post-operation follow-up did not reveal any surgical wound infections or readmissions. The service recipients and the providers are at a high level of satisfaction in every aspect. In summary, the ODS service model is effective for this community hospital and can be adapted for other uncomplicated disease groups or similar community hospitals with similar contexts

Keywords: Service, Thai-Myanmar border, One-day surgery, Community hospital

***Corresponding author: Primprapha Konkaew;E-mail: primppk@hotmail.com

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่ระมาด (Registered nursesenior professional, Maeramat Hospital)

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม (Assistant Professor, Faculty of Science and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาทำหัตถการหรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าและสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกัน โดยให้ผู้ป่วยบริการพักอยู่ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง มีหลักการคือ ผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาที่บ้านและมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ซึ่งหลังพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียว ปัจจุบันหัตถการจำนวนมากจากเดิมเคยต้องรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลสามารถให้การรักษาแบบวันเดียวกลับได้ ซึ่งได้รับความนิยมมากขึ้นโดยใช้เทคนิคการระงับความรู้สึก และเทคนิคการรักษาหรือการผ่าตัดมีความปลอดภัยและประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่อาจให้ก่อนและหลังการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (Division of Medical Sciences, 2021)

ประเทศไทยยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านการบริการทางการแพทย์ได้แก่ระยะเวลาการผ่าตัดนาน ความแออัดในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการนอนในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลานาน ประชาชนที่เจ็บป่วยเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้น้อย ดังนั้นในปี พ.ศ. 2561 กรมการแพทย์จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในหัตถการทั้ง 12 โรคที่สามารถทำการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ได้แก่ โรคไส้เลื่อนขาหนีบ โรคถุงน้ำอัมชะ โรคริดสีดวงทวาร ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ขอด ภาวะหลอดอาหารตีบ โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน ตั้งเนื้อองศาไส้ใหญ่ นิ่วในท่อน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดีอ่อน ภาวะท่อน้ำดีตีบ ภาวะท่อน้ำดีอ่อนตีบ ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันปี พ.ศ. 2562 ได้เพิ่มรายการหัตถการเป็น 24 โรค และในปี พ.ศ. 2565 ได้ขยายขอบเขตการดำเนินงานให้มีความครอบคลุมเป็น 67 โรค ดังนั้นระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จึงเป็นนโยบายหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นและให้ความสำคัญมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน การพัฒนาบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแบบทำหลายเนื้อเยื่อน้อยเป็นการแก้ปัญหาระบบบริการ ลดความแออัด

ในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นโดยเริ่มจากโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจากการรวบรวมการทำหัตถการการผ่าตัดวันเดียวกลับจำนวน 41,532 ราย สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชนได้ 66,451,200 บาท ทั้งค่าใช้จ่ายในการอยู่เฝ้าและเดินทาง (Division of Medical Sciences, 2021) จะเห็นว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทำให้ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวรวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามประชาชนยังเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัยเหมือนเดิม อีกทั้งประชาชนยังลดระยะเวลาการคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ย่างยากซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบันการพัฒนาแบบแผนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้ขยายมาที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีศักยภาพ มีความพร้อม มีแพทย์เฉพาะทางถึงแม้ว่าในโรงพยาบาลชุมชนผู้รับบริการไม่ต้องรอคิวนานเหมือนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อขยายโอกาสเพิ่มการเข้าถึงรายการ ODS ในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งคุณภาพการรักษาผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่รักษาและนอนในโรงพยาบาล (Division of Medical Sciences, 2023)

โรงพยาบาลแม่ระมาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ ระดับ M2 (โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย) ขนาด 90 เตียง (เตียงจริง 120 เตียง) ผู้รับบริการมีทั้งชาวไทยพื้นราบและชาวไทยพื้นที่สูง (ปากะเกะญอ) และชาวต่างชาติเมียนมาร์ เปิดให้บริการผ่าตัดทั่วไป ทั้งหัตถการ ศัลยกรรมทั่วไปมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ในปี พ.ศ. 2565 มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอโรบิคิกส์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ทำให้ทีมมีความพร้อมในการผ่าตัดมากขึ้น จึงมีแผนดำเนินโครงการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) ของจังหวัดและนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลแม่ระมาด (Maeramat hospital, 2023) อย่างไรก็ตามการดำเนินการพัฒนารูปแบบการผ่าตัดวันเดียวกลับยังเป็นโครงการใหม่สำหรับโรงพยาบาลชุมชนนี้ ทั้งเรื่องการผ่าตัด ชนิดของ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การได้รับยาระงับความรู้สึก ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมไปถึงการดูแลก่อน ผ่าตัด (Perioperative care) และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดหรือหัตถการใดๆ ภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก (Postanesthetic care) ในเชิงระบบนั้นต้องอาศัยการขับเคลื่อน อย่างเป็นกระบวนการ โดยมีพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ประสาน จัดระบบบริการ และการพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบ การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการเพื่อให้ได้รูปแบบการบริการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับที่เหมาะสมกับพื้นที่ เป็นระบบบริการที่มี คุณภาพมาตรฐาน มีความปลอดภัยได้มาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่ายทั้งในแง่ของผู้ให้บริการ ลดความแออัด ในโรงพยาบาล และผู้รับบริการ ลดค่าใช้จ่ายของญาติ ในการอยู่เฝ้าและการเดินทาง ส่งผลให้เกิดประโยชน์ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุขและคุณภาพ ชีวิตของประชาชน (Thumthanaphat, 2021) และเป็น ต้นแบบการขยายโอกาสเพิ่มการเข้าถึงรายการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กในโรงพยาบาลชุมชนที่ อยู่ห่างไกลผู้รับบริการเข้าถึงระบบบริการอย่างเท่าเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผ่าตัด วันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีแนวทางในการพัฒนารูปแบบตามข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนากระบวนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการ ผ่าตัดแผลเล็ก ของกรมการแพทย์ (Division of Medical Sciences, 2023) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตั้งแต่ขั้น การวางแผน ศึกษาบริบทพื้นที่โดยการสนทนากลุ่ม และ ระดมสมองนำสู่การสร้างรูปแบบการบริการผ่าตัด วันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ นำเสนอรูปแบบต่อคณะกรรมการ ODS เพื่อรับรองรูปแบบ หลังจากนั้นทำการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้สังเกตผล การปฏิบัติ และสะท้อนผลเพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดเคมมิสและเทกการ์ด (Kemmis & Taggart, 1988)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ระยะศึกษาศาสนการณ์และวางแผนพัฒนารูปแบบ ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบการ ให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 32 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป ออโรปีดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ จำนวน 3 คน 2) พยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 4 คน 3) พยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล จำนวน 10 คน 4) พยาบาลประจำหอผู้ป่วย จำนวน 5 คน 5) บุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คนคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล หลักแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คนเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) บุคลากรทางการแพทย์อย่างละ 1 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญี พยาบาล หัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัด หัวหน้าพยาบาลผู้ป่วย นอก หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยใน หัวหน้าพยาบาลแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานประกัน พนักงานเวชสถิติ/ เวชระเบียน นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ ฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี 2) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เจ็บป่วยรุนแรง 2) ย้ายหน่วยงาน
2. ระยะทดลองใช้รูปแบบ ประชากรคือ 1) ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลที่เข้ารับบริการผ่าตัดการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลแม่ระมาดระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 และ 2) บุคลากร ทางแพทย์ที่ปฏิบัติงานการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 32 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 57 รายเกณฑ์ การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ 2) สามารถฟังและพูดสื่อสาร ภาษาไทย 3) ผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) สามารถ ติดต่อสื่อสารได้ (มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์) เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยและญาติที่ไม่สามารถติดตามได้ หลังการผ่าตัดวันเดียวกลับเกณฑ์ถอดถอนผู้ป่วยและ ญาติขอลอดตัว 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน การบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 32 คน สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1.1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา คู่มือ ข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบบริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 เอกสารประกอบการบรรยาย รวมถึง งานวิจัย วารสารสมาคมห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทยเพื่อหาองค์ประกอบ รูปแบบปัญหาในการดำเนินการระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง/นโยบาย ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1.2) สันทนากลุ่ม (Focus group) วิเคราะห์บริบท ในกลุ่มวิชาชีพ (Homogeneous members) ได้แก่ แพทย์ เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล หัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัด หัวหน้าพยาบาล ผู้ป่วยนอก หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยใน หัวหน้าพยาบาล แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานประกัน พนักงาน เวชสถิติ/เวชระเบียน นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี จำนวน 12 คน เพื่อกำหนดรูปแบบ องค์ประกอบเชิงโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์และจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการระบบผ่าตัด วันเดียวกลับ และกำหนดผู้รับผิดชอบ

1.3) ระดมสมองในกลุ่มคณะกรรมการหรือบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ได้แก่ แพทย์ เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาล หอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่งานประกันสุขภาพ เจ้าหน้าที่ เวชสถิติ/เวชระเบียน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสารสนเทศและเทคโนโลยี จำนวน 12 คน เพื่อสร้างรูปแบบการผ่าตัด วันเดียวกลับที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

2.1) เสนอรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ ขอความเห็นชอบ และรับฟังมุมมองข้อเสนอแนะจาก ผู้บริหารเพิ่มเติมและตกผลึกเป็นรูปแบบการบริการผ่าตัด วันเดียวกลับของโรงพยาบาลแม่ระมาด

2.2) นำรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับสู่การ ปฏิบัติ องค์กรพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observation)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผล ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้ง สังเกตการณ์ ปฎิบัติสนับสนุนและปฎิบัติอุปสรรคการ ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็น ปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฎิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือ ลักษณะเป็นอย่างไร สะท้อนผลในกระบวนการและผลการ ปฏิบัติที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting)

ประเมินผลจากกระบวนการดำเนินการ ผลลัพธ์การ ดำเนินการและความพึงพอใจจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ รับผิดชอบในการให้บริการวันเดียวกลับ ผู้ป่วยและญาติผู้ ดูแลที่เข้ารับบริการผ่าตัดการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ สะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วม วิจัยเป็นผู้บันทึก (Note taker) ทำความเข้าใจผลการเรียนรู้ จากแผนปฏิบัติการ และการตัดสินใจผลการปฏิบัติ เพื่อไปสู่ การปรับปรุงแผน (Re-planning) วงจรต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะศึกษาสถานการณ์และพัฒนาารูปแบบ

1.1) แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับบริบท รูปแบบ องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ และจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ ผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้จดบันทึก ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มไม่เกิน 2 ชั่วโมง ห้องประชุม ของโรงพยาบาล

1.2) หัวข้อในการระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบการ ผ่าตัดวันเดียวกลับสำหรับโรงพยาบาลชุมชน มีผู้วิจัยเป็นผู้ ดำเนินการระดมสมอง มีผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้สังเกต ระยะเวลา ในการสนทนากลุ่มไม่เกิน 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมของ โรงพยาบาล

2. ระยะทดลองใช้รูปแบบ

2.1) แบบประเมินความพึงพอใจผู้ให้บริการที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเองเกี่ยวกับความรู้ รูปแบบ กระบวนการ สถานที่ รองรับอัตรากำลัง งบประมาณ ระบบสารสนเทศ ฯลฯ จำนวน 10 ข้อ โดยมีมาตรวัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ พอใจ ค่อนข้างพอใจ เฉยๆ ไม่ค่อยพอใจ และ ไม่พอใจ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (3.5-5.0) ปานกลาง (1.7-3.4) และน้อย (0-1.6)

2.2) แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองแบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ 1) ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 8 ข้อ 2) เจ้าหน้าที่ให้บริการจำนวน 5 ข้อ 3) สิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 2 ข้อ 4) ลดภาระในการเฝ้านอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ข้อ 5) ลดค่าใช้จ่ายของญาติในการอยู่เฝ้าจำนวน 1 ข้อ โดยมีมาตรวัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ พอใจ ค่อนข้างพอใจ เฉยๆ ไม่ค่อยพอใจ และไม่พอใจ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (3.5-5.0) ปานกลาง (1.7-3.4) และน้อย (0-1.6)

2.3) แบบบันทึกระยะเวลาการนอนพักในโรงพยาบาลของผู้รับบริการ

2.4) แบบประเมินการติดเชื้อของแผลผ่าตัด โดยติดตามอาการผู้ป่วย Wide excision breast, Colonoscopy และ Circumcision ภายใน 30 วัน และ Hernioplasty ภายใน 90 วันตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อแผลผ่าตัดในโรงพยาบาล

2.5) แบบประเมินการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะฉุกเฉิน เช่น Bleeding, Vomiting, Severe pain ภายใน 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis) ตามหลักการวิเคราะห์และตีความข้อมูลของกลาเซอร์และสตราสส์ (Glaser & Strauss, 1967) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สาธารณสุขจังหวัดตาก (เอกสารเลขที่ 014/2566 วันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566) มีกระบวนการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างสมบูรณ์ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสม และอาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระรวมถึงชี้แจงให้อาสาสมัครรับทราบถึงสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลมีการปกป้องความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของอาสาสมัครผู้ไม่เกี่ยวข้อง

ไม่สามารถเข้าถึงได้โดยเอกสารข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่มีกุญแจปิดมิดชิดและถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อครบ 1 ปี ข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ในภาพรวมและเผยแพร่ในวารสารทางวิชาการเท่านั้น

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลแม่ระมาด เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง (M2) ตั้งอยู่ในพื้นที่ติดชายแดนไทย-เมียนมาร์ จังหวัดตาก ประชากรเป็นชาวไทยอาศัยในพื้นที่ราบกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยในพื้นที่ป่าและภูเขา ชาวเมียนมาร์อาศัยตามชายแดนไทย-เมียนมาร์ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2565 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมอโรบิคส์ และวิสัญญีแพทย์ จำนวนสาขาละ 1 คน วิสัญญีพยาบาลจำนวน 4 คน พยาบาลประจำห้องผ่าตัด จำนวน 6 คน มีแผนดำเนินโครงการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ของจังหวัดจากการสนทนากลุ่ม และการระดมสมอง อธิบายผลการพัฒนารูปแบบผลการพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับโรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Trustworthiness) ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ตามแนวคิดของเดนซิน (Denzin, 1970) โดยใช้วิธีด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methods triangulation) ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การระดมสมอง และการสังเกต เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล สรุปประเด็นด้วยหลัก 3 P ได้แก่ 1) บุคลากร (Person) 2) สถานที่ (Place) และ 3) กระบวนการ (Process) ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับโรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์

1) บุคลากร (Person)

- คณะกรรมการระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS board) มีดังนี้ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน คณะกรรมการ 2) แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรม (รองประธานกรรมการ) 3) วิสัญญีแพทย์ (รองประธานกรรมการ) 4) เกษตรกร 5) พยาบาลห้องผ่าตัด 6) พยาบาลวิสัญญี 7) พยาบาลผู้ป่วยนอก 8) พยาบาลหอผู้ป่วย 9) พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 10) นักเทคนิคการแพทย์ 11) เจ้าหน้าที่

งานประกัน 12) เจ้าพนักงานเวชสถิติ/เวชระเบียน และ 13) เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงาน

- ทีมให้บริการ (Care team) ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง วิชาญญแพทย์ วิชาญญพยาบาล ทีมพยาบาลผ่าตัด พยาบาล ผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉิน นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบ ประสานงาน ติดตามการเตรียม ผู้ป่วยและญาติก่อนและหลังทำหัตถการ/ผ่าตัด

- ทีมกำหนดรหัส ยืนยันเข้ารับบริการ (Authen code/ Claim code team) ได้แก่ 1) พยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก (ODS nurse manager) และ 2) เจ้าพนักงานเวชสถิติ/เวชระเบียน และ 3) เจ้าหน้าที่งานประกัน ทำหน้าที่ กำหนดรหัส ค่าใช้จ่ายที่บันทึกเบิกใน e-Claim

- ทีมประสานงาน (Coordinator team) ได้แก่ พยาบาล ผู้รับผิดชอบหลัก (Nurse manager) ทำหน้าที่กำกับดูแล ระบบ ประสานงาน ติดตามการเตรียมผู้ป่วยและญาติ ก่อนและหลังทำหัตถการ/ผ่าตัด

2) สถานที่ (Place)

- จัดคลินิกประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึก (Pre anesthesia clinic) เพื่อให้บริการเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ เตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าผ่าตัด หรือพัก รอก่อนทำหัตถการ

- จัดห้องผ่าตัดและจัดห้องพักฟื้นบริเวณ โซนห้องผ่าตัด (Operation & Recovery room) เพื่อให้บริการตามมาตรฐาน และเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด

- จัดเตียงรองรับผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกัน (Ambulation unit) ประกอบด้วย หอผู้ป่วยชาย จำนวน 2 เตียง หอผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 เตียง หอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 1 เตียง และเตียงหลังคลอด จำนวน 1 เตียง เพื่อสังเกตอาการ ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

3) กระบวนการ (Process)

3.1 การคัดกรองผู้รับบริการที่จะได้รับการผ่าตัด วันเดียวกัน (ODS) โดยแพทย์เฉพาะทาง (Screening)

3.2 พยาบาล ทำการขึ้นทะเบียนผู้รับบริการผ่าตัด วันเดียวกัน (ODS registry)

3.3 การดำเนินการด้านงานประกัน (Claim) ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล (ODS nurse manager) และพนักงาน เวชสถิติ/เวชระเบียน เรียนรู้ด้านกฎหมาย และการให้ รหัสโรคกำหนดแนวทางการทำงาน (Guideline) ด้านงาน ประกัน

3.4 กำหนดเกณฑ์การประเมิน ODS จนสมบูรณ์ ประกอบด้วย เกณฑ์การคัดเข้า / คัดออก / ถอดถอน และการติดตามผู้รับบริการจำนวน 3 ครั้ง เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย

- แบบสอบถามการประเมินผู้ป่วยเข้าระบบผ่าตัด วันเดียวกัน จำนวน 6 ข้อ คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ดังนี้ 1) การรับประทานยาแอสไพริน (ASA Class 1-2) 2) สามารถ ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 3) มีญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ในวันที่มารับ การผ่าตัดและหลังการผ่าตัด 4) สามารถ ติดต่อสื่อสารหลังทำการผ่าตัดได้สามารถเดินทางไปและ กลับโรงพยาบาลได้สะดวก กรณีมีภาวะฉุกเฉิน 5) ผู้ป่วย และญาติยินยอม 6) ไม่มีประวัติแพ้ยา ยาชา ยาระงับความรู้สึก

- แบบประเมินทางคลินิกก่อนดมยา (Pre-anesthetic clinic) เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อ คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงสูงในการให้ยาระงับ ความรู้สึก เช่น มีประวัติใส่ท่อหายใจยาก (Difficult airway) โรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ มีความเสี่ยงต่อการสำลัก มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อการผ่าตัดครั้งก่อน 2) ระยะเวลาผ่าตัดไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง หัตถการที่ไม่เสียเลือดมาก/ให้เลือดระดับความ เจ็บปวดหลังผ่าตัดไม่มากหรือควบคุมได้ด้วยยาชนิด รับประทานการดูแลหลังผ่าตัดไม่ยุ่งยากซับซ้อน

- แบบประเมินอาการเพื่อติดตามหลังการผ่าตัดแบบ วันเดียวกัน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) อาการปวดแผล 2) ลักษณะบาดแผล 3) การทำแผล 4) อาการท้องอืด 5) การรับประทานยาแก้ปวด 6) อาการคลื่นไส้ อาเจียน 7) อาการตัวร้อน เป็นไข้ 8) ความสามารถในการปัสสาวะ 9) ความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน 10) อาการเจ็บคอ ไอ มีเสมหะ ฟันโยก มีแผลในปาก กรณีใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาสลบ 11) อาการปวด

ศีรษะ แขนขาอ่อนแรง กรณีใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาเข้าไขสันหลังโดยการประเมินอาการหลังการผ่าตัด 24, 48 และ 72 ชั่วโมง

3.5 กำหนดขั้นตอนการทำงาน (Flow chart) ปฏิบัติตามมาตรฐานที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีแนวทาง ดังนี้

1) แพทย์คัดเลือผู้ป่วยตามเกณฑ์สำหรับการผ่าตัดวันเดียวกลับผู้ป่วยและญาติยินยอมสมัครใจ ดำเนินการในสาขาศัลยกรรมทั่วไป กำหนดกลุ่มหัตถการ/การผ่าตัด ODS จำนวน 8 กลุ่มโรคหรือหัตถการผ่าตัด ดังนี้ ได้แก่ Colonoscopy, Inguinal hernia, Hydrocele, Wide excision breast mass, Tongue tie release, Hemorrhoid, Female sterilization, Phimosis paraphimosis โดยใช้เอกสารหรือแนวทาง ได้แก่ 1) ใบแจ้ง set ผ่าตัด-Doctor Order 2) หนังสือรับทราบการให้ข้อมูลการทำหัตถการ/ผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก 3) แบบบันทึกระบุตำแหน่ง/ข้างที่ผ่าตัด และ 4) การปฏิบัติตามมาตรฐานการตรวจพิเศษต่างๆ

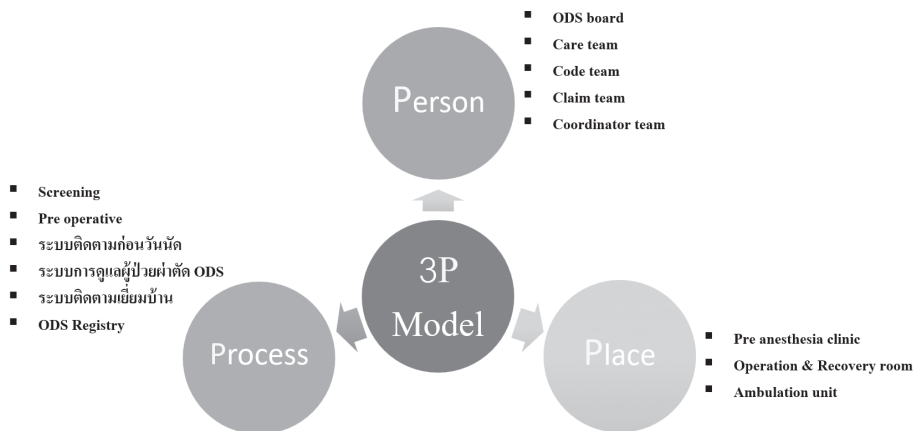
2) พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยนอก (OPD nurse) ตรวจสอบสิทธิให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ส่งผู้รับบริการรับการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเอกซเรย์ทรวงอกตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผู้รับบริการลงชื่อใบยินยอมผ่าตัด ออกบัตรนัดผ่าตัดและส่งคลินิก Pre-anesthetic clinic

3) Pre-operative preparation (Consult anesthetist) ดำเนินการ ดังนี้ 3.1) เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ 3.2) แนวทางการประเมินผู้ป่วยของวิสัญญีพยาบาลและการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3.3) คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มาผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด

4) ระบบติดตามก่อนนัด โดยพยาบาล (Case manager nurse) ติดตามผู้ป่วยก่อนวันนัด 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อมเตรียมเอกสารและบันทึกข้อมูลตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) แบบบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ODS โดยพยาบาลห้องผ่าตัดแบบบันทึกการพยาบาลระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยใน PACU เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Postanesthesia discharge scoring system : PADSS) 5) แบบประเมินติดตาม หลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดย Case manager nurse และวิสัญญีพยาบาล

5) แบบประเมินที่ใช้ในการทำหัตถการหรือการผ่าตัดวันเดียวกลับ มีดังนี้ 1) เอกสารเพื่อแสดงความยินยอมในการรับการรักษาตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับภายใน 24 ชั่วโมง 2) รายงานการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) 4) แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 5) แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ Case colonoscopy 6) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Post anesthesia discharge scoring system : PADSS) จำนวน 5 ข้อ ดังนี้ 1) สัญญาณชีพ (ความดันโลหิตและชีพจร) 2) Ambulation 3) Nausea/Vomiting 4) Pain 5) Surgical bleeding แต่ละข้อมีค่าคะแนน 0, 1, 2 รวม 10 คะแนน ถ้าคะแนน PADSS ≤ 8 ให้รายงานแพทย์และถ้าคะแนน PADSS ≥ 9 พร้อมที่จะจำหน่ายกลับบ้านได้

6) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัด เช่น การเตรียมให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ และการดูแลหลังการผ่าตัด 7) ระบบการโทรศัพท์ติดตามทางสัญญาณอินเทอร์เน็ตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดวันที่ 1, 2, และ 3 และ 8) การจัดระบบ ODS Registry



ภาพที่ 1 รูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์

การจัดบริการตามรูปแบบ 3P ตามโครงสร้าง ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านกระบวนการ หลังการทดลองใช้รูปแบบ ระหว่างวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์

การดำเนินงานตามรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ แพทย์ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดวันเดียวกลับโดยผู้ป่วยและญาติสมัครใจเริ่มดำเนินการในสาขาศัลยกรรมทั่วไปกำหนดกลุ่มหัตถการ/การผ่าตัด ODS ตามศักยภาพของโรงพยาบาลและแพทย์เฉพาะสาขา จำนวน 8 กลุ่มโรคหรือหัตถการผ่าตัด ได้แก่ 1) การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในกลุ่มความเสี่ยงสูง 2) โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia) 3) โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele) 4) การผ่าตัดก้อนโรคมะเร็งเต้านม (Wide excision breast mass) 5) การทำหมันหญิง (Female sterilization) 6) ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release) 7) โรคริดสีดวงทวาร

(Hemorrhoid) และ 8) การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (Phimosis paraphimosis)

ผลการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบผู้รับบริการเข้าเกณฑ์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 57 ราย มีอายุระหว่าง 11-89 ปี อายุเฉลี่ย 57.3 ปี ($\bar{x} = 57.3$, S.D. = 13.4) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.6 ผู้รับบริการแบบ ODS ทำ Colonoscopy มากที่สุดร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ Hernioplasty ร้อยละ 14.0 และทำ Circumcision น้อยที่สุด ร้อยละ 3.5 (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่นอนพักในโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ย 10.9 ชั่วโมง โดยหัตถการ/การผ่าตัดที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดมากที่สุดคือ Hernioplasty 16.6 ชั่วโมง รองลงมา Colonoscopy 9.7 ชั่วโมง และหัตถการ/การผ่าตัดที่นอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยที่สุดคือ Circumcision 8.5 ชั่วโมง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้รับบริการ ODS จำแนกตามหัตถการ/การผ่าตัดและค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่นอนโรงพยาบาล (n = 57)

หัตถการ/การผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่นอนโรงพยาบาล ($\bar{x}$)	S.D.
Colonoscopy	41	71.9	9.7	3.4
Hernioplasty	8	14.0	16.6	4.6
Wide excision breast	6	10.5	8.7	3.2
Circumcision	2	3.5	8.5	3.2
รวม	57	100	10.9	3.8

ประสิทธิผลของรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ

จากการติดตามผู้รับบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับจำนวน 57 รายภายใน 7 วัน ไม่พบผู้รับบริการผ่าตัด/หัตถการกลับมารักษารักษาซ้ำและจากการติดตามภายใน 30-90 วัน ไม่พบผู้รับบริการมีการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผู้ให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับมีความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.6$, S.D. = 0.7) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่ผู้ให้บริการพึงพอใจมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ การจัดรูปแบบและขั้นตอนการบริการ ($\bar{x} = 4.3$, S.D. = 0.7) และการจัดระบบบริการวันเดียวกลับ (ODS) ($\bar{x} = 4.3$, S.D. = 0.6) และผู้ให้บริการพึงพอใจ

น้อยที่สุด คือความเพียงพอของสถานที่รองรับผู้ป่วย ($\bar{x} = 3.7$, S.D. = 0.8) ตารางที่ 2 สำหรับผู้รับบริการวันเดียวกลับมีความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 0.7) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่ผู้รับบริการพึงพอใจมากที่สุดเป็นอันดับแรกเท่ากัน คือ กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ($\bar{x} = 4.7$, S.D. = 0.3) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ($\bar{x} = 4.7$, S.D. = 0.3) และลดวันนอนโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.7$, S.D. = 0.6) และผู้รับบริการพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากัน คือ สิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 0.6) และลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 0.7) ตามลำดับ(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ODS (n = 32)

รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. ความรู้ความเข้าใจการผ่าตัดวันเดียวกลับ	4.0	0.7	มาก
2. การจัดรูปแบบและขั้นตอนการบริการ	4.3	0.7	มาก
3. แนวทางการปฏิบัติการผ่าตัดวันเดียวกลับ	4.2	0.6	มาก
4. ความเพียงพอของสถานที่รองรับผู้ป่วย	3.7	0.8	มาก
5. อัตรากำลังใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	3.9	0.7	มาก
6. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน	3.8	0.7	มาก
7. ระบบสารสนเทศในการลงข้อมูลเบิกจ่าย	4.0	0.6	มาก
8. ความร่วมมือและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	4.1	0.6	มาก
9. การจัดระบบบริการ ODS	4.3	0.6	มาก
10. ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา	4.0	0.6	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	3.6	0.7	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของผู้รับบริการ ODS (n = 57)

รายการ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	4.7	0.3	มาก
2. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	4.7	0.3	มาก
3. สิ่งอำนวยความสะดวก	4.6	0.6	มาก
4. ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล	4.6	0.7	มาก
5. ลดวันนอนโรงพยาบาล	4.7	0.6	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.6	0.7	มาก

การอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์รูปแบบ 3 P ประกอบด้วย 1) บุคลากร (Person) คือ คณะกรรมการ (ODS broad) และทีมบริการแบ่งเป็น Care, Code, Claim และ Coordinated team 2) สถานที่ (Place) ได้แก่ คลินิกก่อนดมยาห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น และห้องดูแลก่อนจำหน่ายกลับบ้านหรือเตียงรองรับในหอผู้ป่วย 3) กระบวนการ (Process) ได้แก่ การจัดระบบเตรียมผู้ป่วยและญาติ มีการประเมิน ดังนี้ 1) เอกสารเพื่อแสดงความยินยอมในการรับการรักษาตามโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยผู้รับบริการสมัครใจ 2) รายงานการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 3) แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย 4) แบบประเมินการติดตามหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและ 5) การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและช่องทางการติดต่อสื่อสาร ด้านการดำเนินการระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประกอบด้วย ทีมหลักได้แก่ Care-Code-Claim และ Coordinator (Nurse manager) ซึ่งต้องทำงานร่วมกันในระบบการดูแลรักษาการให้รหัสโรคหรือรหัสเหตุการณ์ที่ต้องทำให้การเบิก-จ่ายเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ครบถ้วนและรวดเร็วผู้บริหารมีนโยบายการขับเคลื่อนที่ชัดเจน มีการติดตามผลการดำเนินการสม่ำเสมอ รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นคล้ายกับรูปแบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์และโรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการ 2) หน่วย/ผู้ประสานงาน 3) การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 4) การเตรียมความพร้อมวันผ่าตัด 5) ช่องทางติดต่อ

สื่อสาร 6) การติดตามผู้ป่วยและประเมินผล 7) อัตรากำลังและ 8) สถานที่ (Kanmali, Kanmali, & Kongpan, 2020) การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกในการส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในระบบวันเดียวกลับ (Thongngamkham, Buaklom, & Sajjanaraporn, 2023) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจร ที่มีการเตรียมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดและการติดตามหลังผ่าตัด (Chongsakul, Yoosomboon, & Karuncharempanit, 2020) การปรับรูปแบบบริการทางวิสัญญี สามารถจัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาลและมีหอผู้ป่วยรองรับเฉพาะการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Asawasudsakorn, Chenphanitsub, Kaewampai, & Pimratana, 2021; Rachiwong, 2020)

จะเห็นว่า รูปแบบการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน จะดำเนินการได้ต้องมีความพร้อมด้านบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง วิสัญญีแพทย์ที่ต้องประเมินและคัดเลือกผู้รับบริการ ความพร้อมของทีมพยาบาลห้องผ่าตัด และบุคลากรแผนกอื่น เช่น OPD, IPD, ประกัน เป็นต้น ด้านสถานที่ จัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ เตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าผ่าตัดหรือพักรอก่อนทำหัตถการ และการเตรียมสถานที่รองรับดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและเตียงรองรับในหอผู้ป่วย อาจแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่เป็นการรับบริการจุดเดียวคือ โชนของห้องผ่าตัด (One stop service) ด้านกำหนดการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาล

ชุมชนได้กำหนดตามตารางวันผ่าตัดของแพทย์เฉพาะสาขา อาจแตกต่างจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปที่กำหนดวันแยกเฉพาะสำหรับการผ่าตัดวันเดียวกัน

2. ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ โรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ว่ามีความปลอดภัย สามารถรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผู้ป่วยและญาติสมัครใจจำนวน 57 คน โดยผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับทำ Colonoscopy ร้อยละ 71.9 รองลงมาคือ Hernioplasty ร้อยละ 14.0 ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับทุกรายมีความปลอดภัย และไม่มีการติดเชื้อหรือการกลับมารักษซ้ำจะเห็นว่าผู้รับบริการผ่าตัดวันเดียวกลับเป็นโรคที่เข้าเกณฑ์การรับบริการวันเดียวกลับคล้ายกับการศึกษาของคังเฟิน เอี่ยมสุวรรณ (Ieamswan, 2022) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการบริการแบบวันเดียวกลับ เช่น การส่องกล้องทางเดินน้ำดี มีความปลอดภัยไม่แตกต่างกับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จของการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับอาจมาจากการเตรียมผู้รับบริการก่อนเข้ารับรักษา สอดคล้องกับ สุวิสาส์ ทองดอนงัว (Thongdonngaw, 2023) พบว่าการทำความเข้าใจการเข้ารับบริการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด/หัตถการในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในโรงพยาบาลชุมชนชายแดนไทย-เมียนมาร์ ได้พัฒนาระบบบริการตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนและบริบทของพื้นที่ แพทย์เฉพาะทางคัดเลือกผู้รับบริการตามกลุ่มโรค การประเมินผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้รับบริการสมัครเข้าร่วมโครงการ การดำเนินงานประสบความสำเร็จมาจากความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดโดยแพทย์เฉพาะสาขา วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล รวมถึงอัตรากำลังของพยาบาล ทีมผ่าตัด ในพื้นที่จะมีผู้จัดการทางการพยาบาล (ODS nurse manager) ที่ผ่านการอบรมพยาบาลผู้จัดการตามหลักสูตร เป็นผู้มีส่วนสำคัญทำให้ขั้นตอนการทำงานมีความชัดเจน สร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมคณะกรรมการ โดยยึดมาตรฐาน 9 ข้อ (Standard of core ODS) จากการติดตามผู้รับบริการทุกรายภายใน 7 วันหลังการทำหัตถการ/ผ่าตัด

ไม่พบผู้รับบริการกลับมารักษซ้ำด้วยอาการภาวะแทรกซ้อนของโรค การติดตามผู้รับบริการ Wide excision breast, Colonoscopy และ Circumcision ภายใน 30 วัน ไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด และติดตามผู้รับบริการ Hernioplasty ภายใน 90 วัน ไม่พบการติดเชื้อแผลผ่าตัด แสดงถึงการบริการได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด สอดคล้องกับเบญจวรรณ มนูญญาและสกาเวเดือน จำเจริญ (Manoonya & Khamcharoen, 2021) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรตั้งแต่เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจนถึงการติดตามผลการรักษา สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลดวันนอนโรงพยาบาลได้นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ วรากร คำน้อย (Kamnoy, 2023) และลลิตา ราชีวงศ์ (Rachiwong, 2020) ศึกษาผู้รับบริการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบบนวันเดียวกลับและผู้ที่ผ่าตัดแบบนอนในโรงพยาบาล พบว่าประสิทธิผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

ด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ มีความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ โดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจต่อการจัดรูปแบบขั้นตอนการบริการ และการจัดระบบบริการ ODS มากที่สุด รองลงมาแนวทางการปฏิบัติการผ่าตัดวันเดียวกลับและความร่วมมือและการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจมาจากการเตรียมความพร้อมและรูปแบบการจัดบริการสอดคล้องกับบริบท การแบ่งหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีความชัดเจน ด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ความเพียงพอของสถานที่รองรับผู้ป่วย อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลชุมชนมีพื้นที่จำกัด ไม่สามารถจัดบริการแบบ One stop service ได้เหมือนโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (Division of Medical Sciences, 2021) อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการยังได้รับการวินิจฉัย รับทราบวิธีการรักษา เตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและญาตินัดหมาย รับการผ่าตัดตามนัด หลังการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับบ้านได้โดยปลอดภัย ทีมแพทย์พยาบาลคอยติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ติดต่อและช่วยเหลือแก้ปัญหาได้เสมือนอยู่โรงพยาบาล ส่วนผู้รับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ทั้งด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และโดยเฉพาะการลดวันนอนในโรงพยาบาล เช่น ผู้รับบริการ Colonoscopy เดิม 24 ชั่วโมงเป็น 9.7 ชั่วโมง

และ Hernioplasty เดิมต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 31 ชั่วโมง หรือ 2-3 วัน เหลือเพียง 16.6 ชั่วโมงเป็นต้น นอกจากนี้ ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่ายภาระ ในการมานอนเฝ้าของญาติจากหลายวัน เหลือเพียงวันเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานนิส ธรรมพัฒน์ (Thumthanaphat, 2021) พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล การเดินทางและอื่นๆ มากที่สุด

ปัจจัยสู่ความสำเร็จ คือ นโยบายผู้บริหาร การดำเนินงานตามรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับที่พัฒนาขึ้น การสร้างความเข้าใจกับผู้รับบริการเพื่อเตรียมความพร้อม อย่างไรก็ตาม ด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ชายแดน ผู้รับบริการมีทั้งชาวไทยพื้นราบ กลุ่มชาติพันธุ์ และชาวเมียนมาร์ บางรายอาศัยในพื้นที่ป่าเขา การคมนาคมไม่สะดวก ห่างไกลจากโรงพยาบาล ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ การเข้าถึงระบบบริการกรณีฉุกเฉินยังเป็นข้อจำกัดของการคัดเลือกผู้รับบริการเข้าสู่ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ชายแดนไทย-เมียนมาร์นี้ สามารถทำได้ ในหัตถการและการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับสำหรับโรงพยาบาลชุมชนอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
2. ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปพิจารณาเพื่อจัดบริการการผ่าตัดวันเดียวกลับในกลุ่มโรคอื่นที่ไม่ซับซ้อน ลดค่าใช้จ่าย/เพิ่มรายได้ของโรงพยาบาลจากระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและประโยชน์ของการผ่าตัดวันเดียวกลับในโรคอื่นต่อไป กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแม่ระมาด อาสาสมัคร และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนได้เสียในโครงการวิจัย (Conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีส่วนได้เสียในโครงการ

เอกสารอ้างอิง

- Asawasudsakorn, W., Chenphanitsub, M., Kaewampai, S., & Pimratana, C. (2021). The development of nursing service model for patients undergoing anesthesia in one daysurgery (ODS) at Buriram Hospital. *Journal of the Department of Medical Services*, 46(3), 118-125. [In Thai].
- Chongsakul, A., Yoosomboon, N., & Karunchareernpanit, S. (2020). Development of comprehensive care model for one day surgery of Phahol polpayuhasaena Hospital. *Thailand. Region 4-5 Medical Journal*, 39(1), 109-125. [In Thai].
- Denzin, N. K. (1970). *The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological method*. NJ: Transaction Publishers.
- Division of Medical Sciences, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Suggestions on Service System Development. One Day Surgery (ODS) and Minimally Invasive Surgery (MIS) Year 2022*. Bangkok: Charansanitwong Printing Company Limited. [In Thai].
- Division of Medical Sciences, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2023). *Suggestions for Service System Development. One Day Surgery and Minimally Invasive Surgery (ODS&MIS) 2023*. Bangkok: Charansanitwong Printing Company Limited. [In Thai].
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Ieamswan, D. (2022). Effectiveness of therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancrea tography for bile duct stone and bile duct stricture in one day surgery program. *Region 4-5 Medical Journal*, 41(1), 681-688. [In Thai].

- Kamnoy, W. (2023). Comparison of results of inguinal hernia surgery between day-to-day surgery patients and hospital admission patients in Phatthana Nikhom Hospital. *Journal of environmental and community health*, 8(2), 429-434. [In Thai].
- Kanmali, Y., Kanmali, T., & Kongpan, S. (2020). The development of one-day surgery model, Kalasin Hospital. *Maharakham Hospital Journal*, 17(2), 183-195. [In Thai].
- Kemmis, S., & Taggart, R. M. (1988). *The Action Research Planner*, 3rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.
- Maeramat Hospital. (2023). Service plan 2023 Tak Province. *Tak*, 1-86. [In Thai].
- Manoonya, B., & Khamcharoen, S. (2021). Development of comprehensive care of patients receiving one day surgery. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 1(1), 13-24. [In Thai].
- Rachiwong, L. (2020). Comparison of short-term postoperative outcomes after elective inguinal hernia repair between one day surgery and inpatient surgery in Mukdahan Hospital. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*, 41(3), 93-100. [In Thai].
- Thongdonngaw, S. (2023). One day surgery development model Yang Talad Hospital, Kalasin Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(4), 868-875. [In Thai].
- Thongngamkham, R., Buaklom, J., & Sajjanaraporn, T. (2023). Development of the elderly preparation model before anesthesia for colonoscopy in a one-day surgery system for anesthesia nurses. *Nursing, Health, and Public Health Journal*, 2(3), 50-65. [In Thai].
- Thumthanaphat, C. (2021). The development surgery system and patients care of one day surgery: ODS Sirinthorn Hospital, Khonkaen Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(1), 57-63. [In Thai].

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Factors Associated with Sleep Quality Among Women with Gestational Diabetes Mellitus

วรรณนิสา ศรีทอง (Wannisa Srithong)*

จิราวรรณ ดีเหลือ (Jirawan Deeluea)**

นันทพร แสนศิริพันธ์ (Nantaporn Sansiriphun)***

Received: April 4, 2024

Revised: May 8, 2024

Accepted: July 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 128 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบวัดความรู้สึกเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบวัดความรู้สึกเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .82 และ .94 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พอยท์ไบซีเรียล และไบซีเรียล

ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีร้อยละ 55.47 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับเท่ากับ 6.13 (S.D. = 2.39) ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = .265$ และ $r_b = -.176, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ

ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินคุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งพัฒนาแนวทางการลดความเครียดและส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, ระดับน้ำตาลในเลือด, สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This descriptive correlational study aimed to investigate sleep quality and its associated factors among pregnant women with GDM, focusing on blood sugar levels, stress, and social support. The participants consisted of 128 pregnant women with GDM who visited prenatal care at Taksin Hospital, Klang Hospital, and Charoen Krung Hospital. Data collection instruments included the Personal Data Record Form and Questionnaire, the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Thai version of the Perceived Stress Scale (PSS), the Social Support for Pregnant Women at Risk Questionnaire, and the Blood Sugar Level Record Form. The reliability coefficients for the PSQI, PSS, and Social Support Questionnaire were .82, .82, and .94, respectively. Data were analyzed by employing descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, point-biserial correlation coefficient, and biserial correlation coefficient.

The results showed that 55.47% of women with GDM had poor sleep quality. The mean global PSQI score was 6.13 (S.D. = 2.39). Stress and social support had a statistically significant positive correlation with sleep quality ($r = .265$, $r_b = -.176$, $p < .05$ respectively). There was no significant correlation between blood sugar level and sleep quality. Therefore, nurse-midwives should assess sleep quality, stress level, and social support among women with GDM. Moreover, strategies for stress reduction and social support enhancement should be developed to improve good sleep quality in women with GDM.

Keywords: Sleep quality, Stress, Social support, Blood sugar level, Gestational diabetes mellitus

**Corresponding author: JirawanDeeluea; E-mail: jirawan.d@cmu.ac.th

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Student, Master of Nursing Science Program in Midwifery, 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

การนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และมีความสำคัญต่อกระบวนการซ่อมแซม การพัฒนา รักษา ฟังก์ชันของทั้งร่างกายและจิตใจ (Brinkman, Reddy, & Sharma, 2023) หากคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงส่งผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Tsai, Lee, Lin, & Lee, 2016) แต่พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีสูงถึงร้อยละ 49.6-69.0 (Zhu, Shi, Park, & Reutrakul, 2020) ในปี ค.ศ. 2021 สตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงประมาณ 21.10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด โดยร้อยละ 80.3 เป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบความชุกสูงสุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออก เฉียงใต้ รองลงมา ได้แก่ อเมริกา ยุโรป แอฟริกาตะวันตก และแอฟริกา (International Diabetes Federation [IDF], 2021) สำหรับประเทศไทย พบความชุกของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.2 ในปี ค.ศ. 2010 เป็นร้อยละ 32.6 ในปี ค.ศ. 2020 (Kunasegaran, Balasubramaniam, Arasoo, Palanisamy, & Ramadas, 2021) จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลับพบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีอย่างจำกัด

ทั้งนี้การมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดจากการตั้งครรภ์ร่วมกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยาและฮอร์โมน ที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ ได้แก่การเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ทำให้ให้ระยะเวลาในช่วงหลับลึกสั้นลง อีกทั้งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และลดปริมาณอากาศคงค้างในปอด ส่งผลในร่างกายมีการปรับตัวโดยการเพิ่มระดับคอร์ติซอล กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นให้ร่างกายตื่นตัว มีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน มีการตื่นระหว่างคืน การเกิดอาการกรน และการหายใจผิดปกติขณะนอนหลับ เป็นต้น (Robertson, Turner, & Kumar, 2019) และการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนรีแลกซิน (Relaxin) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดอาการปวดหลัง ปวดตึงบริเวณอุ้งเชิงกราน และเกิดอาการปัสสาวะบ่อยขณะหลับ (Kryger et al., 2017) ส่วนในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) หรืออะดรีนาลีน (Adrenaline) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) และฮอร์โมนคอร์ติซอลที่ส่งผลต่อวงจรการนอนหลับ (Breus, 2020) มากกว่าสตรีที่ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Feng et al., 2020) อีกทั้งสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการหลั่งอิมมูโนโกลบูลินเอ (Secretory immunoglobulin A [sIgA]) มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Hayase, Shimada, & Seki, 2014) ซึ่งตัวบ่งชี้ทางชีวเคมีดังกล่าวมีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะตื่นตัว ทำให้เกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเพิ่มมากขึ้น (Hirotsu, Tufik, & Andersen, 2015)

คุณภาพการนอนหลับตามแนวคิดของไบยัสส์และคณะ (Buysse, Reynolds III, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการนอนหลับของตนเอง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ซึ่งหมายถึงความรู้สึกของบุคคลนั้นที่มีต่อการนอนหลับ 2) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับ 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมระหว่างวัน สำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบว่ามีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับนานกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Bisson, Sériès, Giguère, Pamidi, Kimoff, & Marc, 2014) ร้อยละ 31.20 มีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน (Façanha et al., 2021) ซึ่งน้อยกว่าระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 7 ชั่วโมงต่อคืน (Watson et al., 2015) มีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ 1 ชั่วโมง (Reutrakul et al., 2013) และมีประสิทธิภาพของการนอนหลับร้อยละ 83.0 (Zhu et al., 2020) ซึ่งต่ำกว่า

เกณฑ์ปกติคือร้อยละ 85 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 63.8-94.4 ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถูกรบกวนการนอนหลับ (Façanha et al., 2021; Saadati, Shafaei, & Mirghafourvand, 2017)

ผลของคุณภาพการนอนหลับไม่ดีในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทำให้ระบบการเผาผลาญกลูโคสผิดปกติ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Izci-Balserak & Pie, 2014) โดยระยะเวลาการนอนหลับที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้น (Reutrakul et al., 2011) เนื่องจากมีการหลั่งอินซูลิน-6 ทำให้เกิดการต้านอินซูลิน เพิ่มการหลั่งคอร์ติซอลที่มีผลยับยั้งการหลั่งอินซูลิน และเพิ่มกระบวนการสร้างกลูโคส (Gluconeogenesis) และการมีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมง มีผลลดการหลั่งฮอร์โมนในการควบคุมความอยากอาหาร ส่งผลให้รู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้นและไม่รู้สึกอิ่มเมื่อรับประทานอาหารเช้า ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสม ทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นจากการรับประทานอาหาร (Kaewsuk, 2020) อีกทั้งการถูกรบกวนการนอนหลับทำให้ความทนต่อกลูโคสและความไวต่ออินซูลินลดลง และยังกระตุ้นกระบวนการอักเสบ ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพิ่มความรุนแรงของผลกระทบของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Cai et al., 2017) นอกจากนี้การมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และการเกิดโรคเรื้อรังทั้งในสตรีตั้งครรภ์และทารก เช่น การเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด การเต้นของหัวใจผิดปกติ และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Wang et al., 2022) และยังส่งผลต่อสภาวะจิตใจ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด (Qiu, Gelaye, Zhong, Enquobahrie, Frederick, & Williams, 2016) ส่วนผลกระทบต่อทารก ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดถุงน้ำแตกก่อนกำหนด (Du et al., 2021) และเพิ่มความเสี่ยงในการทำให้ทารกแรกเกิดมีคะแนนเอปการ์นาที่ 1 น้อยกว่า 7 คะแนน (Sharma et al., 2016)

จากผลกระทบข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและทารกในครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก แต่กลับไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ตามแนวคิดชีวิตสังคม ของ เองเกล (Engel, 1980) แบ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านร่างกาย เป็นปัจจัยด้านพันธุกรรม ชีวเคมี และภาวะสุขภาพของบุคคล 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาวะสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านสังคม เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งสามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ดังนี้ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย วิธีการรักษา และระดับน้ำตาลในเลือด (Façanha et al., 2021; Wu et al., 2023) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (Hayase et al., 2014; Takelle, Muluneh, & Biresaw, 2022) และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม (Anbesaw, Abebe, Kassaw, Bete, & Molla, 2021) โดยการศึกษาี้ เลือกศึกษาปัจจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และ 3) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นตามเกณฑ์ซึ่งถือเป็นเป้าหมายของการรักษาที่สำคัญ สมาคมโรคเบาหวานประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำเป้าหมายการรักษาสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ควรมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารน้อยกว่า 95

มก./คต. และ 2 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหารน้อยกว่า 120 มก./คต. (ElSayed et al., 2023) การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดกระบวนการอักเสบในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการหลั่งของอินโอดิน-6 โดยพบว่าสารบ่งชี้การอักเสบดังกล่าว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีการตื่นระหว่างหลับ (Serednytsky et al., 2022) นอกจากนี้ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีสารต้านอนุมูลอิสระลดลง และมีสารอนุมูลอิสระสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ ส่งผลให้การทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัลมากกว่าปกติ กระตุ้นการหลั่งอิพิเนฟริน นอร์เอพิเนฟริน และคอร์ติซอล (Feng et al., 2020) ส่งผลทำให้ร่างกายมีการตื่นตัว (Paravati, Rosani, & Warrington, 2022) และรบกวนวงจรการนอนหลับ ทำให้คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Breus, 2020)

ความเครียด เป็นการรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นภัยคุกคามความปลอดภัย (Lazarus & Folkman, 1984) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์ใหม่ที่สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลง (Benton, Silverio, & Ismail, 2023) และเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ จึงทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเครียดสูงขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงพบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนความเครียดสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hwang & Hur, 2021) เมื่อเกิดความเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกต่อมหมวกไตมีการหลั่งอิพิเนฟริน และนอร์เอพิเนฟรินมากขึ้น ร่างกายเกิดการตื่นตัว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น แรงดันเลือดสูงขึ้น (Chu, Marwaha, Sanvictores, & Ayers, 2024) ส่งผลต่อคุณภาพและรูปแบบการนอนหลับ ทำให้เข้าสู่ระยะการนอนหลับยากขึ้นและนอนหลับไม่ลึก (Hirotsu et al., 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของสตรีตั้งครรภ์เลี้ยงสูง (Hayase et al., 2014) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยตรง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากร

ทางสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร (House, 1981) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและเหมาะสมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จนกระทั่งสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายของการรักษา (Tachasukri, Radarith, & Siriarunrat, 2020) ทำให้ความเครียดลดลง (Phrommasen, Chareonsanti, & Sriarpom, 2019) จากกลไกดังกล่าวจะส่งผลทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยตรง

จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ปกติ มีการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์เลี้ยงสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อยู่บ้าง แต่มีจำนวนน้อยและปัจจัยที่นำมาศึกษายังไม่ครอบคลุมสำหรับการนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลและการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินและวางแผนการดูแลช่วยเหลือให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

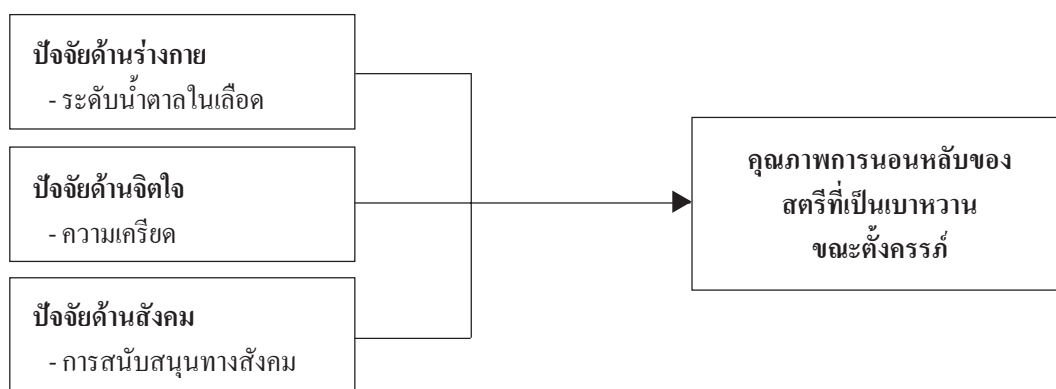
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยคุณภาพการนอนหลับเป็นการรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อการนอนหลับของตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของไบยส์ส์ และคณะ (Buysse et al., 1989) ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด ประสิทธิภาพของการ

นอนหลับ การรบกวนการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมระหว่างวัน ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ ใช้แนวคิดชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ของ เองเกล (Engel, 1980) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ด้านส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับทั้งทางตรงและทางอ้อม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ไม่มีความผิดปกติทางจิตหรือได้รับยาทางจิตเวช ไม่มีความผิดปกติเรื่องการนอนหลับหรือการใช้ยานอนหลับก่อนการตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G *power กำหนดสมมุติฐานการทดสอบสองทางระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .90 และขนาดอิทธิพล .30 (Cohen, 1992) ได้กลุ่มตัวอย่าง 112 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 15 (Srisatidnarakul, 2020) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 128 ราย เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลตากสิน 38 ราย โรงพยาบาลกลาง 17 ราย และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 73 รายโดยวิธีการจัดสรรโควต้าตามสัดส่วนของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ คำนวณมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ปัจจุบัน ลำดับการตั้งครรภ์ อายุบุตรคนสุดท้าย และแผนการรักษาเบาหวาน

2. แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI) ฉบับภาษาไทยโดย คุณยา สิตสุวรรณและคณะ (Sitasuwan,

Bussaratid, Ruttanaumpawan, & Chotinaiwattarakul, 2014) เป็นการสอบถามคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบมีเกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน คะแนนรวมทั้ง 7 องค์ประกอบ (global PSQI score) มีค่าอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน คะแนนรวมที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลง ถ้าคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี ถ้ามากกว่า 5 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Buysse et al., 1989)

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ฉบับภาษาไทยโดย ฌนพิชย์ วงศ์ปกรันย์ และ ทินกร วงศ์ปกรันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) เป็นการสอบถามความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และข้อคำถามด้านลบ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความเครียดมาก

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงของพรณี ชุ่มประดับ (Chumpradub, 1995) เป็นการสอบถามการรับรู้ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร มีข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน คะแนนรวมมีค่าอยู่ในช่วง 23-115 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

5. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย ผลระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และ 2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร (2hr. PP) ที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และไม่ได้ โดยกลุ่มที่ควบคุมได้ คือ มีค่า FBS น้อยกว่า 95 มก./ดล. และ 2hr. PP น้อยกว่า 120 มก./ดล. ตลอดช่วง

1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ คือ มีค่า FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 95 มก./ดล. และ/หรือ 2hr. PP มากกว่าหรือเท่ากับ 120 มก./ดล. อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก ฉบับภาษาไทยแบบวัดความรู้สึกเครียดฉบับภาษาไทยและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงเนื้อหาของเครื่องมือ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย (Bonett, 2002) และนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82, .82 และ .94 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ซึ่งแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ แบบวัดความรู้สึกเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที ขออนุญาตบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและระดับน้ำตาลในเลือดจากประวัติฝากครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนคุณภาพการนอนหลับ (global PSQI score) คุณภาพการนอนหลับแยกตามรายองค์ประกอบระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) คะแนนคุณภาพการนอนหลับ และคะแนนความเครียด มีการแจกแจงปกติ ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงไม่ปกติจึงแบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐาน (< 97 คะแนน) และสูงกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐาน (> 97 คะแนน) 2) ไม่พบค่าผิดปกติ (Outliers) ของข้อมูล และ 3) คะแนนความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับน้ำตาคลในเลือด (ควบคุมได้และไม่ได้) กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียด กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม(ต่ำและสูง) กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เลขที่ 042/2566 ได้รับรองวันที่ 10 เมษายน 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ 82 ได้รับรองวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการอ่านเอกสารชี้แจง และตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นอิสระโดยไม่มีการบังคับใดๆ และไม่มีอันตรายใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย มีอายุเฉลี่ย 32.9 ปี ($S.D.= 6.27$) อยู่ในช่วงอายุ 30 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 69.5 มีค่ามัธยฐานดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 24.9กก./ตร.ม ($IQR = 7.3$) อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 63.3 เป็นสตรีตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 68.8 และบุตรคนสุดท้ายอายุต่ำกว่า 12 ปี ร้อยละ 75 และได้รับการรักษาเบาหวานด้วยวิธีควบคุมอาหาร ร้อยละ 87.5 และฉีดอินซูลิน ร้อยละ 12.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 128)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (mean = 32.9, S.D. = 6.3, min = 20.0, max = 48.0)		
20-29	39	30.5
> 30	89	69.5
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (median = 24.9, IQR = 7.3, min = 15.6, max = 38.4)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5 กก./ตร.ม)	39	30.5
ปกติ (18.5- 24.9 กก./ตร.ม)	25	19.5
เกินเกณฑ์ (25.0-29.9 กก./ตร.ม)	37	28.9
อ้วน (> 30.0 กก./ตร.ม)	27	21.1
อายุครรภ์ปัจจุบัน (สัปดาห์) (median = 31.0, IQR = 13.8, min = 11.0, max = 39.0)		
ไตรมาส 1	3	2.3
ไตรมาส 2	44	34.4
ไตรมาส 3	81	63.3
ลำดับการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	40	31.2
ครรภ์หลัง	88	68.8
อายุบุตรคนสุดท้าย (ปี) (n = 88) (median = 8.50, IQR = 7.50, min = 1.0, max = 23.0)		
น้อยกว่า 6	25	28.4
6-12	41	46.6
มากกว่า 12	22	25.0
แผนการรักษาเบาหวานขณะตั้งครรภ์		
ควบคุมอาหาร	112	87.5
ฉีดอินซูลิน	16	12.5

*ไตรมาส 1 = อายุครรภ์ 0-13 สัปดาห์, ไตรมาส 2 = 14-27 สัปดาห์, ไตรมาส 3 = 28-40 สัปดาห์

คุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (global PSQI score) อยู่ระหว่าง 1-12 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 คะแนน (S.D. = 2.4) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี และเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามคุณภาพการนอนหลับเป็น 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.5 และมีคุณภาพการนอนหลับดี (PSQI ≤ 5) จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.5

เมื่อพิจารณาคุณภาพการนอนหลับตามรายองค์ประกอบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเข้านอนจนกระทั่งหลับเท่ากับ 30.0 นาที (IQR = 10.0) และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดเท่ากับ 7.0 ชม./คืน (IQR = 2.0) โดยมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยค่อนข้างแย่ถึงแย่มาก ร้อยละ 17.2 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 15 นาที ร้อยละ 85.9 มีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดน้อยกว่า 7 ชม./คืน ร้อยละ 33.6 มีประสิทธิภาพของการนอนหลับน้อยกว่าร้อยละ 85 ร้อยละ 50.0 มีปัญหาการรบกวนการนอนหลับ

ระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 52.3 มีการใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 3.9 และได้รับผลกระทบต่อการทำกิจกรรม ระหว่างวันร้อยละ 68.8

นอกจากนี้พบสาเหตุของการถูกรบกวนการนอนหลับ ได้แก่ ตื่นเพื่อเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 98.4 ปวดหลังหรือเชิงกราน ร้อยละ 72.7 หายใจไม่สะดวก ร้อยละ 60.9 รู้สึกร้อนเกินไป ร้อยละ 55.45 ไอหรือกรน ร้อยละ 46.1 ผื่นรำย ร้อยละ 36.7 ตะคริว ร้อยละ 26.6 แสบร้อนขยออก ร้อยละ 7 ทากคัน ร้อยละ 2.3 และเสียงดังรบกวน ร้อยละ 0.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ 3 ปัจจัย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (ควบคุมได้/ไม่ได้) ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม (ต่ำ/สูง) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 128 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.7 มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนความเครียดเท่ากับ 14.8 (S.D. = 4.4) มีค่ามัธยฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 97.0 (IQR = 16.0) มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (< 97 คะแนน) 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.4 และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง (> 97 คะแนน) 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.6

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .265$, $p < .05$) และกลุ่มที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง (> 97 คะแนน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_b = -.176$, $p < .05$) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 128$)

ตัวแปร	คุณภาพการนอนหลับ	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (ควบคุมได้/ไม่ได้)	$r_{pb} = .030$	.735
ความเครียด	$r = .265$	.002*
การสนับสนุนทางสังคม (ต่ำ/สูง)	$r_b = -.176$	.047*

r = Pearson correlation coefficient, r_{pb} = point biserial correlation coefficient, r_b = biserial correlation coefficient, * $p < .05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย 6.1 คะแนน (S.D. = 2.39) ซึ่งมากกว่า 5 คะแนน แสดงให้เห็นว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับอยู่ในกลุ่มที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีและเมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนรวม

คุณภาพการนอนหลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.5 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาและฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้ระยะเวลาในช่วงหลับลึกลดลงและส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนบวม มีสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น กัดลิ้นเนื้อทางเดินหายใจส่วนต้นคลายตัว เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะ

หยุดหายใจขณะหลับ และการมีปริมาณอากาศค้างในปอดลดลงขณะตั้งครรภ์ ทำให้ร่างกายปรับตัวโดยการเพิ่มระดับคอร์ติซอลให้สูงขึ้น ส่งผลกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้รูปแบบการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ระยะเวลาการนอนหลับสั้นลง และเพิ่มการตื่นระหว่างหลับ (Robertson et al., 2019)

อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.5 มีอายุมากกว่า 30 ปี เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นสมองส่วนซูปร้าโอเอสเมติกนิวเคลียส ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมการผลิตฮอร์โมนเมลาโทนิน เพื่อช่วยส่งเสริมการนอนหลับจะเสื่อมลง (Newsom & DeBanto, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ อันบิซอว์และคณะ (Anbesaw et al., 2021) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีโอกาสเกิดคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.9 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.8 เป็นสตรีตั้งครรภ์หลังและร้อยละ 75 มีบุตรอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี ทำให้การนอนหลับถูกรบกวนจากการต้องตื่นเพื่อดูแลบุตรคนก่อนหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาซานฮาและคณะ (Façanha et al., 2021) พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีบุตรเพิ่มขึ้น 1 ลำดับ จะส่งผลทำให้คะแนนคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้น 1.8 คะแนน และการศึกษาของ มินเดลล์และคณะ (Mindell, Li, Sadeh, Kwon, & Goh, 2015) พบว่ารูปแบบการนอนหลับของบุตรอายุ 0-35 เดือนส่งผลต่อรูปแบบการนอนหลับของมารดา มากกว่าบุตรอายุ 36-59 เดือน และจากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 96.7 ของบุตรอายุน้อยกว่า 10 ปี ยังคงนอนร่วมห้องกับผู้ปกครอง (Disayawanwat & Pityaratstian, 2016)

นอกจากนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.3 เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์หรือไตรมาสที่ 3 มักพบอาการไม่สุขสบายที่รบกวนการนอนหลับได้มากกว่าไตรมาสอื่น คล้ายคลึงกับผลการศึกษาของฮาเยสะ และคณะ (Hayase et al., 2014) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 3 จะถูกรบกวนการนอนหลับมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ไตรมาสที่ 2 โดยการศึกษาครั้งนี้พบอาการไม่สุขสบายจากการตั้งครรภ์ที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 'ตื่นเพื่อเข้าห้องน้ำ' ร้อยละ 98.4 ปวดหลังหรือเชิงกราน

ร้อยละ 72.7 หายใจไม่สะดวก ร้อยละ 60.9 ตะคริว ร้อยละ 26.6 แสบร้อนยอดอก ร้อยละ 7 และทารกดิ้น ร้อยละ 2.3 และสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 จะมีระยะเวลาการนอนหลับในช่วงหลับลึกสั้นลง (Obeysekare et al., 2020)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเกือบทุกองค์ประกอบ โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี โดยมีระยะเวลาดังแต่เริ่มเข้าอนจนกระทั่งหลับ 30.0 นาที (IQR = 10.0) มีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด 7.0 ชม./คืน (IQR = 2.0) และร้อยละ 52.3 ถูกรบกวนการนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 49.6-69.0 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Façanha et al., 2021; Zhu et al., 2020) และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ ฟาซานฮา และคณะ (Façanha et al., 2021) ที่พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย 7.3 คะแนน (S.D. = 3.50) และร้อยละ 63.8 ถูกรบกวนการนอนหลับ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = .265, p < .05$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นเหตุกระตุ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ นอกจากนั้นการรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบที่อาจเกิดจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในความปลอดภัยของตนเองและทารก (Benton et al., 2023) ขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดความเครียด (Auntarin, Tachasuksri, & Supasrimanont, 2020) ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ โดยความเครียดจะส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อการทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งอิพิเนพริน นอร์เอพิเนพริน และการหลั่งคอร์ติซอลให้เพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายเกิดการตื่นตัว เพื่อเตรียมรับเหตุการณ์ที่เครียด ส่งผลต่อวงจรการนอนหลับ ทำให้หลับยากใช้เวลาเข้าสู่การนอนหลับนานขึ้น ลดคลื่นสมองช้าในช่วงหลับลึก และลดระยะการกลอกตาอย่างรวดเร็ว ทำให้การนอนหลับไม่ลึก (Hirotsu et al., 2015) ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับไม่คล้อยคลึงกับการศึกษาของฮายาเสะ และคณะ (Hayase et al., 2014) ทำการศึกษาความเครียดกับคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 ราย ซึ่งเป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 51.8 ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 37.5 และเป็นทั้ง 2 โรคร่วมกัน ร้อยละ 10.7 ผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($r = .414, p < .05$) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับระยะเวลาในการนอนหลับ ($r = -.420, p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (≥ 97 คะแนน) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($r = -.176, p < .05$) ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีคุณภาพการนอนหลับดีอธิบายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอทั้งด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลดีทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม (House, 1981) ผลทางตรง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดทำให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้นอนหลับได้ง่าย และหลับสนิท ส่วนผลทางอ้อม ได้แก่ ผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีคุณภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (Kent de Grey et al., 2018) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (Tachasuk Sri et al., 2020) จะช่วยลดความรุนแรงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นอกจากนั้นการที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับสูง ทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้ความเครียดลดลง (Phrommasen et al., 2019) ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบเพียงการศึกษาของอันบิซอว์ และคณะ (Anbesaw et al., 2021) ที่ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีเป็น 1.32 เท่า ของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (AOR = 1.32, 95%CI 0.60-2.87)

ระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.3 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แสดงว่าภายในระยะเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ไม่เกิดความรุนแรงของโรค ไม่ต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของภาวะเบาหวานที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อยอกระหว่างคืน กระสับกระส่าย และฝันร้าย นอกจากนี้ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่เกิดการกระตุ้นกระบวนการอักเสบ และการเกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (Murthy, Bhandiwada, Chandan, Gowda, & Sindhusree, 2018) กระบวนการดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีการตื่นระหว่างหลับ (Serednytskyy et al., 2022) อีกทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอทำให้ไม่เกิดภาวะการทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัลมากกว่าปกติที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับของฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ (Breus, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบเฉพาะในกลุ่มบุคคลทั่วไปที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Amelia et al., 2020) แตกต่างจากผลการศึกษาค้นคว้านี้ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการศึกษาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.7 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ขณะที่

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตลอดช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และมีเพียงร้อยละ 43.7 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในช่วง 1 เดือนจึงทำให้ไม่เกิดผลกระทบของอาการและอาการแสดงจากภาวะน้ำตาลไม่คงที่และการเกิดกระบวนการอักเสบที่ส่งผลให้เกิดการตื่นระหว่างคืนที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรควรพิจารณาประเมินคุณภาพการนอนหลับ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รวมทั้งพัฒนาแนวทางในการลดความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีมากยิ่งขึ้น

2. นำผลการศึกษาไปใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการเรียนการสอนการผดุงครรภ์ ทำให้เกิดความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสามารถประเมินและส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ การหาปัจจัยที่เหมาะสมในการทำนายคุณภาพการนอนหลับในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การพัฒนาโปรแกรมการลดความเครียด หรือโปรแกรมการส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อคุณภาพการนอนหลับที่ดีในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและให้คำปรึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัยจนลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Amelia, R., Harahap, J., Harahap, N. S., Wijaya, H., Ariga, R. A., Fujiati, I. I., ...Rusdiana, R. (2020). Effect of sleep quality on blood glucose level of type 2 diabetes mellitus patients in Medan, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 8(E), 574-577. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5324>.
- Anbesaw, T., Abebe, H., Kassaw, C., Bete, T., & Molla, A. (2021). Sleep quality and associated factors among pregnant women attending antenatal care at Jimma Medical Center, Jimma, Southwest Ethiopia, 2020: Cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 469. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03483-w>.
- Auntarin, S., Tachasuksri, T., & Supasrimanont, W. (2020). Factors influencing stress among women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 12-25. [In Thai].
- Benton, M., Silverio, S. A., & Ismail, K. (2023). "It feels like medically promoted disordered eating": The psychosocial impact of gestational diabetes mellitus in the perinatal period. *PLoS One*, 18(7), e0288395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288395>
- Bisson, M., Sériès, F., Giguère, Y., Pamidi, S., Kimoff, J., & Marc, I. (2014). Gestational diabetes mellitus and sleep-disordered breathing. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 634-641.
- Bonett, D. G. (2002). Sample size requirements for testing and estimating coefficient alpha. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 27(4), 335-340. <https://doi.org/10.3102/10769986027004335>
- Breus, M. J. (2020). *How poor sleep can affect cortisol levels*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/us/blog/sleep-newzzz/202004/the-effects-cortisol-your-sleep>

- Brinkman, J. E., Reddy, V., & Sharma, S. (2023). *Physiology of sleep*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>.
- Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The pittsburghsleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Cai, S., Tan, S., Gluckman, P. D., Godfrey, K. M., Saw, S. M., Teoh, O. H., ... GUSTO study group. (2017). Sleep quality and nocturnal sleep duration in pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *Sleep*, 40(2), 10.1093/sleep/zsw058. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsw058>
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., & Ayers, D. (2024). *Physiology, stress reaction*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>.
- Chunpradub, P. (1995). *The relationship between self-esteem social support and coping behavior in high-risk pregnant women*. Master Thesis (Newborn Nursing and Midwifery), Mahidol University, Bangkok. [In Thai].
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 122(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.112.1.155>
- Disayawanwat, P., & Pityaratstian, N. (2016). Development of children's sleep habit questionnaire Thai version. *Chula Med Journal*, 60(3), 297-312. [In Thai].
- Du, M., Liu, J., Han, N., Zhao, Z., Yang, J., Xu, X., ... Wang, H. (2021). Maternal sleep quality during early pregnancy, risk factors and its impact on pregnancy outcomes: A prospective cohort study. *Sleep Medicine*, 79, 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.12.040>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D, ... Gabbay, R. A. (2023). 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl 1), S254-S266. <https://doi.org/10.2337/dc23-S015>
- Façanha, C., Bruin, V. D., Bruin, P. D., Façanha, A., Rocha, H. C., Araujo, M, ... Macêdo, R. (2021). Hyperglycemia in pregnancy: sleep alterations, comorbidities and pharmacotherapy. *Revista da Associaao Medica Brasileira (1992)*, 67(1), 45-51. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.67.01.20200216>
- Feng, Y., Feng, Q., Qu, H., Song, X., Hu, J., Xu, X., ... Yin, S. (2020). Stress adaptation is associated with insulin resistance in women with gestational diabetes mellitus. *Nutrition & Diabetes*, 10(1), 4. <https://doi.org/10.1038/s41387-020-0107-8>
- Hayase, M., Shimada, M., & Seki, H. (2014). Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 27(3), 190-195. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.04.002>
- Hirotsu, C., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2015). Interactions between sleep, stress, and metabolism: From physiological to pathological conditions. *Sleep science (Sao Paulo, Brazil)*, 8(3), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2015.09.002>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hwang, I. M., & Hur, M. H. (2021). A descriptive survey study of stress, depression, fatigue & sleep quality in gestational diabetes mellitus and normal pregnancy. *Journal of the Korea Convergence Society*, 12(8), 369-379.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition*. Brussels: International Diabetes Federation.

- Izci-Balserak, B., & Pien, G. W. (2014). The relationship and potential mechanistic pathways between sleep disturbances and maternal hyperglycemia. *Current Diabetes Reports*, 14(2), 459. <https://doi.org/10.1007/s11892-013-0459-81-10>.
- Kaewsuk, S. (2020). Proportion and associated factors of poor glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care cluster, Nakorn-Nontl. *Journal of Primary Care and Family*, 3(3), 59-72. [In Thai].
- Kent de Grey, R. G., Uchino, B. N., Trettevik, R., Cronan, S., & Hogan, J. N. (2018). Social support and sleep: A meta-analysis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(8), 787-798. <https://doi.org/10.1037/hea0000628>
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2017). *Principles and practice of sleep medicine*. Amsterdam: Elsevier.
- Kunasegaran, T., Balasubramaniam, V. R. M. T., Arasoo, V. J. T., Palanisamy, U. D., & Ramadas, A. (2021). Gestational diabetes mellitus in Southeast Asia: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 2-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mindell, J. A., Li, A. M., Sadeh, A., Kwon, R., & Goh, D. Y. (2015). Bedtime routines for young children: A dose-dependent association with sleep outcomes. *Sleep*, 38(5), 717-722.
- Murthy, K. A. S., Bhandiwada, A., Chandan, S. L., Gowda, S. L., & Sindhusree, G. (2018). Evaluation of oxidative stress and proinflammatory cytokines in gestational diabetes mellitus and their correlation with pregnancy outcome. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(1), 79-84.
- Obeyssekare, J. L., Cohen, Z. L., Coles, M. E., Pearlstein, T. B., Monzon, C., Flynn, E. E., ... Sharkey, K. M. (2020). Delayed sleep timing and circadian rhythms in pregnancy and transdiagnostic symptoms associated with postpartum depression. *Translational Psychiatry*, 10(1), 14. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0683-3>
- Paravati, S., Rosani, A., & Warrington, S. J. (2022). *Physiology catecholamines*. Retrieved from https://europepmc.org/article/NBK/nbk507716#_NBK507716_dtls__
- Phrommasen, P., Chareonsanti, J., & Sriarporn P. (2019). Hardiness, social support, and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal CMU*, 46(3), 169-180. [In Thai].
- Qiu, C., Gelaye, B., Zhong, Q. Y., Enquobahrie, D. A., Frederick, I. O., & Williams, M. A. (2016). Construct validity and factor structure of the Pittsburgh Sleep Quality Index among pregnant women in a Pacific-Northwest cohort. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 20(1), 293-301. <https://doi.org/10.1007/s11325-016-1313-4>
- Reutrakul, S., Zaidi, N., Wroblewski, K., Kay, H. H., Ismail, M., Ehrmann, D. A., ... Van Cauter, E. (2013). Interactions between pregnancy, obstructive sleep apnea, and gestational diabetes mellitus. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 98(10), 4195-4202. <https://doi.org/10.1210/jc.2013-2348>
- Reutrakul, S., Zaidi, N., Wroblewski, K., Kay, H. H., Ismail, M., Ehrmann, D. A., ... Van Cauter, E. (2011). Sleep disturbances and their relationship to glucose tolerance in pregnancy. *Diabetes care*, 34(11), 2454-2457. <https://doi.org/10.2337/dc11-0780>
- Robertson, N. T., Turner, J. M., & Kumar, S. (2019). Pathophysiological changes associated with sleep disordered breathing and supine sleep position in pregnancy. *Sleep Medicine Reviews*, 46, 1-8.

- Saadati, F., Sehhatiei Shafaei, F., & Mirghafourvand, M. (2017). Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(2), 150-157. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1277704>
- Serednytskyy, O., Alonso-Fernández, A., Ribot, C., Herranz, A., Álvarez, A., Sánchez, A., ...Garcia-Rio, F. (2022). Systemic inflammation and sympathetic activation in gestational diabetes mellitus with obstructive sleep apnea. *BMC Pulmonary Medicine*, 22(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12890-022-01888-11-11>.
- Sharma, S. K., Nehra, A., Sinha, S., Soneja, M., Sunesh, K., Sreenivas, V., ...Vedita, D. (2016). Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: A prospective observational study. *Sleep and Breathing*, 20, 87-93.
- Sitasuwan, T., Bussaratid, S., Ruttanaumpawan, P., &Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Journal of Medical Association Thai*, 97(Suppl 3), S57-S67.
- Srisatidnaraku, B. (2020). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*Power software*. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai].
- Tachasukri, T., Radarith, C., & Siriarunrat, S. (2020). A causal model of two-hour postprandial blood glucose among women with gestational diabetes mellitus. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(4), 15-30. [In Thai].
- Takelle, G. M., Muluneh, N. Y., & Biresaw, M. S. (2022). Sleep quality and associated factors among pregnant women attending antenatal care unit at Gondar, Ethiopia: A cross-sectional study, *BMJ Open*, 12(9), e056564. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056564>
- Tsai, S. Y., Lee, P. L., Lin, J. W., & Lee, C. N. (2016). Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 45-53.
- Wang, R., Xu, M., Yang, W., Xie, G., Yang, L., Shang, L., ... Chung, M. C. (2022). Maternal sleep during pregnancy and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Investigation*, 13(7), 1262-1276.
- Consensus Conference Panel, Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., ... Tasali, E. (2015). Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. *Sleep*, 38(8), 1161-1183. <https://doi.org/10.5665/sleep.4886>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *BioPsycho Social medicine*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
- Wu, Q., Meng, Z., Liu, Q., Zhang, L., Mao, B., Wang, C., ... Yi, T. (2023). Sleep quality in women with diabetes in pregnancy: a single-center retrospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 597. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05905-x>
- Zhu, B., Shi, C., Park, C. G., & Reutrakul, S. (2020). Sleep quality and gestational diabetes in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 67, 47-55.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหัก

Factors related to Readiness for Hospital Discharge among Patients with Lower Limb Fracture

ศิวพร เขียวเงิน (Siwaporn Khiaokhoen)*

สุภารัตน์ วังศรีคุณ (Suparat Wangsrikhun)**

จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ (Chanchai Yothayai)***

Received: April 5, 2024

Revised: May 6, 2024

Accepted: July 23, 2024

บทคัดย่อ

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหัก การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหัก โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหัก 90 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีการหักของกระดูกสะโพก กระดูกต้นขา กระดูกบริเวณข้อเข่า กระดูกหน้าแข้ง หรือกระดูกข้อเท้า และมีแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน เครื่องมือ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และพอยท์ไบซีเรียล คอรีเลชัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 7.67$, S.D. = 0.86) คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ระดับสูง ($\bar{x} = 132.66$, S.D. = 25.12) ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ($r = 0.52$, $p < 0.01$; $r = 0.72$, $p < 0.01$) แต่ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา, กระดูกขาคส่วนล่างหัก

Abstract

Discharge readiness is important for the self-care ability of patients with lower extremity fractures. This descriptive correlational study aimed to examine discharge readiness and factors related to discharge readiness of patients with lower extremity fractures, using Transition Theory as a framework. The sample consisted of 90 patients with lower extremity fractures, aged 18 years or older, able to communicate in Thai, diagnosed with fractures of the hip, femur, knee, tibia, or ankle, and with a plan for discharge to homes. The research instruments included a demographic data record form, a quality of discharge teaching questionnaire, and a perception of discharge readiness questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, and point-biserial correlation. The results showed that the sample had a high level of overall discharge readiness ($\bar{x} = 7.67$, S.D. = 0.86). The overall quality of discharge teaching was high ($\bar{x} = 132.66$, S.D. = 25.12). Discharge readiness was significantly correlated with the quality of discharge teaching and previous experience hospitalization experience ($r = 0.52$, $p < 0.01$; $r = 0.72$, $p < 0.01$). However, readiness for hospital discharge was not associated with the length of hospital stay. These research findings can be used as basic information about discharge readiness and related factors in patients with lower extremity fractures to promote discharge readiness.

Keywords: Readiness for hospital discharge, Length of hospital stay, Quality of discharge teaching, Hospitalization experience, Lower limb fracture

****Corresponding author:** Suparat Wangsrikhun; E-mail: suparat.w@cmu.ac.th

***นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University)**

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Chiang Mai University)**

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Chiang Mai University)**

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระตุกรยางค์ส่วนล่างหัก ครอบคลุมการหักของกระดูกสะโพก การหักของกระดูกต้นขา การหักของกระดูกบริเวณข้อเข่า การหักของกระดูกหน้าแข้ง การหักของกระดูกข้อเท้า และการหักของกระดูกเท้า (Australian Transport Safety Bureau, 1994) การหักของกระดูกรยางค์ส่วนล่างเป็นภาวะที่พบได้บ่อย ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยกระดูกหักใหม่ 178 ล้านคน ซึ่งตำแหน่งของกระดูกที่หักมากที่สุด 3 ตำแหน่ง ได้แก่ กระดูกสะบ้า กระดูกหน้าแข้งและกระดูกข้อเท้า (Wu et al., 2021) สำหรับในประเทศไทยรายงานการเกิดกระดูกหักจากอุบัติเหตุจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี พ.ศ. 2564-2565 มีอัตราผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหักสูงถึง 31,247 คน (Office of Transport and Traffic Policy and Planning: OTP, 2023)

ภายหลังการเกิดกระดูกรยางค์ส่วนล่างหัก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ (Reduction) และจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูก (Retention) ซึ่งอาจจะทำได้โดยวิธีการผ่าตัด เช่น การใส่เครื่องมือยึดตรึงกระดูกภายใน (Internal fixator) การใส่เครื่องมือยึดตรึงกระดูกภายนอก (External fixator) เป็นต้น หรือวิธีไม่ผ่าตัด เช่น การใส่เฝือก เป็นต้น หลังจากนั้นผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหักจำเป็นต้องฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติโดยเร็ว (Parry & Puthucherry, 2015)

เมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหักควรมีความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการลดลงของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม (Weiss et al., 2006) ทั้งนี้โดยทั่วไปการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มักจะเป็นการพิจารณาโดยแพทย์ผู้รักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยมักจะไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งขาดความพร้อมก่อนจำหน่าย หลายคน

วิตกกังวลที่จะต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านในเรื่องต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวที่จะต้องดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัด เป็นต้น (Bullock, Morecroft, Mullen, & Ewing, 2017) ผู้ป่วยบางคนมีความรู้ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการดูแลตนเอง ขาดความมั่นใจ รวมทั้งขาดความตระหนักในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นและทักษะที่เพียงพอในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อของแผล และอาจต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 30 วัน ของผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหักอยู่ที่ร้อยละ 6.3% สาเหตุของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ได้แก่ การติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Smith, McCreanor, Watt, Hope, & Warren, 2022) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อช่วยให้การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากระยะการรักษาในโรงพยาบาล สู่ระยะการจำหน่าย และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกระดูกรยางค์ส่วนล่างหักเผชิญกับการเปลี่ยนผ่าน ตามแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias, & Schumacher, 2000) โดยผู้ป่วยต้องเผชิญการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) จากการเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ได้รับการดูแลรักษาและการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็นจากบุคลากรทางการแพทย์ไปเป็นบุคคลที่ต้องดูแลตนเองที่บ้าน หรือต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแลภายใต้การเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/illness transition) จากภาวะสุขภาพที่เคยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองก่อนกระดูกหักมาเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วย ความไม่สบาย เช่น ความปวด (Sale, Frankel, Thielke, & Funnell, 2017) และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การไม่สามารถเดินลงน้ำหนักได้อย่างเต็มที่ เป็นต้น

จากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) บุคคลที่เผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจะมีรูปแบบการตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งหมายถึง

การรับรู้หรือการคาดการณ์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งด้านร่างกาย ด้านความรู้ที่จำเป็น ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา และด้านการช่วยเหลือที่คาดว่าจะได้รับ (Weiss et al., 2007) เป็นรูปแบบการตอบสนองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากระยะการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่ระยะก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคลประกอบด้วย 1) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of transition) 2) เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition) ซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขส่วนบุคคล (Personal) ชุมชน (Community) และสังคม (Society) และ 3) การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) (Meleis et al., 2000) ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านมีรูปแบบและลักษณะที่มีความแตกต่างกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่าน ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน เช่น การให้ความหมายของบุคคล ความเชื่อและทัศนคติ ความรู้และการเตรียมการ เป็นต้น ทั้งนี้เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านอาจเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อรูปแบบการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่าน นอกจากนี้การบำบัดทางการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่พยาบาลกระทำกับผู้ป่วย เช่น การสอนก่อนจำหน่าย เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน และรูปแบบการตอบสนองของบุคคล (Meleis et al., 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก ตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและจากกรอบทฤษฎีการเตรียมพร้อมซึ่งปัจจุบันองค์ความรู้ในเรื่องความพร้อมก่อนจำหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบเฉพาะการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักทั้งหมด ปัจจัยที่พบมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายได้แก่ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความพร้อมก่อนจำหน่าย ($r = 0.25-0.27$) และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก ($r = 0.70-0.80$) (Moosiri, 2013; Puttarak, 2018) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาทั้งสองตัวแปรดังกล่าว นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก แต่พบเป็นตัวแปรทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Suwan, Panuthai, Lasuka, & Khampolsiri, 2018)

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกระดูกขาหักชนิดปิดที่ผ่านมา (Moosiri, 2013; Puttarak, 2018) ไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแทนความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักทั้งหมดได้ เนื่องจากผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักมีหลายประเภท และการหักของกระดูกบางตำแหน่ง บางชนิด มีความซับซ้อนมากกว่าการหักของกระดูกขาชนิดปิดที่สามารถผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกส่วนล่างหักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก

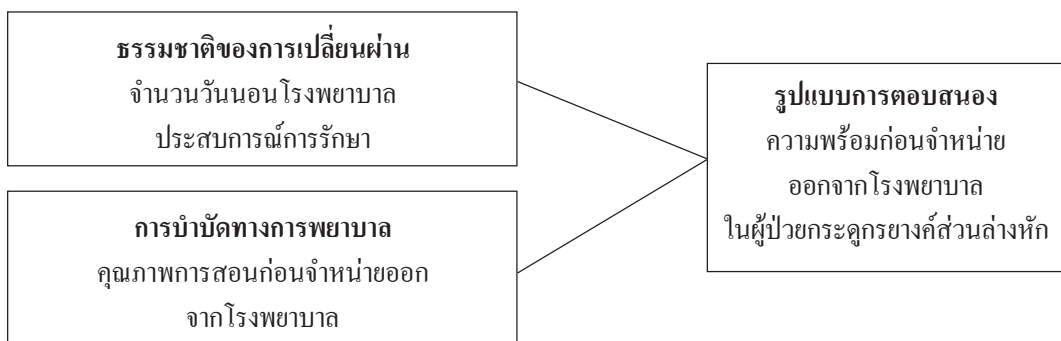
สมมติฐานการวิจัย

- 1) ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักอยู่ในระดับสูง
- 2) ปัจจัยด้านระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านจากการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ ไปยังระยะหลังจำหน่ายที่ต้องดูแลตนเองที่บ้าน ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรูปแบบการตอบสนองของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหักต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก เนื่องจากระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการเตรียมการสำหรับการเปลี่ยนผ่านเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะนำความรู้และประสบการณ์เดิมในการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายในครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่าน ในขณะที่คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายซึ่งเป็นการบำบัดทางการพยาบาล น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการสอนก่อนจำหน่ายที่มีคุณภาพทั้งในส่วนของเนื้อหาที่ครอบคลุม วิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มความรู้และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านที่ดี



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีกระดูกยางค์ส่วนล่างหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีกระดูกยางค์ส่วนล่างหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ ใช้วิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า

มีการหักของกระดูกสะโพก การหักของกระดูกต้นขา การหักของกระดูกบริเวณข้อเข่า การหักของกระดูกหน้าแข้ง หรือการหักของกระดูกข้อเท้า 4) แพทย์มีแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1) การหักของกระดูกเกิดจากพยาธิสภาพอื่นๆ นอกเหนือจากกระดูกหักจากอุบัติเหตุ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (Srisatidnarakul, 2007) $n = 10k + 50$ โดย k คือ จำนวน

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรที่ศึกษาจำนวน 4 ตัวแปร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระดับการศึกษา ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย การหักของกระดูก ตำแหน่งกระดูกหัก โรคประจำตัวระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS) พัฒนาโดยไวส์และเพียเซ็นไทน์ (Weiss & Piacentine, 2006) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยแสงเดือน กันทะขู้และคณะ (Kantakhu, Wattanakitkrileart, Pongthavornkamol, & Thumvithit, 2009) แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้ในการประเมินคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายของพยาบาล มีข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาการสอน จำนวน 6 ข้อ และ 2) ด้านทักษะการสอน จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น ดังนี้ 0-60 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนอยู่ในระดับต่ำ 61-120 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนอยู่ในระดับปานกลางและ 121-180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนอยู่ในระดับสูง (Kantakhu et al., 2009)

3. แบบสอบถามความพร้อมต่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS) พัฒนาโดยไวส์และเพียเซ็นไทน์ (Weiss & Piacentine, 2006) และแปลเป็นภาษาไทยโดยศรินทร์น์ ศรีประสงค์และคณะ (Sriprasong, Noocharoen, Panpakdee, Krittayapong, Pongthavornkamol, & Vorapongsutra, 2011) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 23 ข้อ โดยข้อแรกจะเป็นคำถามว่า "ท่านพร้อมที่จะกลับบ้านตามแผนการรักษา" ให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ ส่วนข้อคำถามข้อที่ 2-23 ลักษณะ

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ ตั้งแต่ 0-10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก ข้อคำถามแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย 7 ข้อ ด้านความรู้ที่จำเป็น 8 ข้อ ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา 3 ข้อ และด้านการช่วยเหลือที่คาดว่าจะได้รับ 4 ข้อ คิดคะแนนโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน คะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-10 คะแนน การวิเคราะห์ระดับความพร้อมก่อนจำหน่ายใช้เกณฑ์ ดังนี้ คะแนนมากกว่า 7 หมายถึง ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Sriprasong et al., 2011)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในกระบวนการพัฒนาแบบสอบถาม (Weiss & Piacentine, 2006; Weiss et al., 2007) และผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามดังกล่าวมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงใด ๆ การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบซ้ำ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) กับผู้ป่วยกระดูกขาคีส่วนล่างหักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.76 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 117/2564 รหัสโครงการ 2564-EXP101 และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโครงการ FAC = MED-2564-08669 รับรองเอกสารวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ

หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาและการพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับตามปกติ นอกจากนี้ระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลกับผู้วิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทั้งหมด 90 คน ตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม 2565 เก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล คนละประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แแต่ก่ายด้วยชุดสุขภาพ ไม่ได้ใส่ชุดพยาบาล เก็บเก็บข้อมูล เพื่อป้องกันการเกิดความเกรงใจของผู้ป่วย ในการให้ข้อมูล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และชี้แจงเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าการตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ รวมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย หลังได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล โดยอ่านและให้ผู้ป่วยตอบทีละคำถาม ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการควบคุมการตีความและทำความเข้าใจคำถามให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเพื่อรองรับกรณีผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการอ่านหนังสือ เช่น สายตาไม่ดี หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาและการเจ็บป่วย จากเวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov Test พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rho) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับระยะเวลาการนอน โรงพยาบาลและคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และใช้สถิติ พอยท์ ไบซีเรียล คอรีเลชัน (Point-biserial correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดให้ 0 คือ ไม่มีประสบการณ์ และ 1 คือ มีประสบการณ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 90 คน อายุเฉลี่ย 48.69 (S.D. = 21.08) ปี ส่วนใหญ่มีการหักของกระดูก 1 ตำแหน่ง (ร้อยละ 87.78) และได้รับการรักษาโดยวิธีผ่าตัด (ร้อยละ 96.67) สภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.67 โดยมีสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 4-6 คน ร้อยละ 55.56 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 52.22 มีการหักของกระดูก 1 ตำแหน่ง ร้อยละ 87.78

2. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 7.67$, S.D. = 0.86) และความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลรายด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกาย ด้านความรู้ที่จำเป็น ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาและด้านการช่วยเหลือ ที่คาดว่าจะได้รับ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.13$, S.D. = 0.74; $\bar{x} = 7.45$, S.D. = 1.03; $\bar{x} = 7.32$, S.D. = 0.89 และ $\bar{x} = 7.59$, S.D. = 1.21 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=90)

ความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล	พิสัย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ยคะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
ด้านร่างกาย	6.57-9.43	8.29	8.13 (0.74)
ด้านความรู้ที่จำเป็น	5.13-9.38	7.63	7.45 (1.03)
ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา	5.00-9.33	7.33	7.32 (0.89)
ด้านการช่วยเหลือที่คาดว่าจะได้รับ	4.75-9.75	7.75	7.59 (1.21)
โดยรวม	5.95-9.05	7.77	7.67 (0.86)

3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 3-68 วัน ค่าเฉลี่ย 15.16 (S.D. = 10.92) ค่ามัธยฐาน 12.50 วัน โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วย กระดูกต้นขาหักมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยนานที่สุด เท่ากับ 15.67 (S.D. = 12.98) รองลงมา คือ กลุ่มผู้ป่วย กระดูกหน้าแข้งหัก ($\bar{x}$ = 14.35, S.D. = 5.97) กลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ($\bar{x}$ = 10.17, S.D. = 3.43) กลุ่มผู้ป่วยกระดูกเข่าหัก ($\bar{x}$ = 9.33, S.D. = 1.53) และกลุ่ม

ผู้ป่วยกระดูกข้อเท้าหัก ($\bar{x}$ = 9.25, S.D. = 5.78) ตามลำดับ ได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ร้อยละ 96.67

4. ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 44 คน (ร้อยละ 48.89) มีประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และ 46 คน (ร้อยละ 51.11) ไม่มีประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5. คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 132.66, S.D. = 25.12) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พิสัย มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=90)

คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย	พิสัย	มัธยฐาน	ค่าเฉลี่ยคะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
ด้านเนื้อหาการนอน			
ข้อมูลที่ต้องการ	19	39.00	38.04 (2.98)
ข้อมูลที่ได้รับ	41	42.00	42.29 (10.58)
ด้านทักษะการนอน	43	99.50	90.37 (15.39)
โดยรวม	81	140.00	132.66 (25.12)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย ของผู้ป่วยกระดูกขาหักส่วนล่างหัก

พบว่า ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล (r = 0.72, p < 0.01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (r = 0.52, p < 0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.15, p = 0.15) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกระดูกยางค์ส่วนล่างหัก ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 90$)

ตัวแปร	ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ^a	- 0.15
คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย ^a	0.52**
ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ^b	0.72**

หมายเหตุ. ก สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ข สถิติพ้อยท์ ไบซีเรียล คอริเลชัน

** $p < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยมีประเด็นน่าสนใจที่สามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกขาหักชนิดปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ที่ระบุว่า กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Moosiri, 2013; Puttarak, 2018) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยนี้เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง และได้รับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาของสรินรัตน์ ศรีประสงค์ และคณะ พบว่า อายุและการศึกษา เป็นปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย เนื่องจากกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลและทำความเข้าใจกับข้อมูลเพื่อดูแลตนเองได้มากกว่า รวมทั้งผู้ที่มีอายุน้อยจะมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการการช่วยเหลือในเรื่องการดูแลตนเอง ในขณะที่กลับไปอยู่ที่บ้านมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (Sripasong et al., 2011)

สำหรับปัจจัยด้านการบำบัดทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ การนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยนี้รับรู้คุณภาพการนอนอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยและมัธยฐานของข้อมูลที่ได้รับพบว่า สูงกว่าข้อมูลที่ต้องการ (ตารางที่ 2) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลได้ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อสงสัยได้อีกทั้งได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การฝึกเดิน ภายภาพบำบัด และการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้พบว่า คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (Anusasanant, Sukumvang, Udomkhamasuk, Saengwattananut, & Tinakorn Na Ayutthaya, 2015; Moosiri, 2013; Puttarak, 2018; Weiss et al., 2007) การนอนก่อนจำหน่ายที่มีคุณภาพ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่จำเป็นและเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยในแง่ของการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านของบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับน่าจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการจำหน่ายก่อนออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ในกลุ่มผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Suwan et al., 2018) ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยในกลุ่มประชากรการเปลี่ยนผ่านตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000; Weiss et al., 2007) ผู้ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านจากระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลไปยังระยะการดูแลตนเองที่บ้านมาก่อน รวมทั้งมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับหนึ่งจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อน ความรู้และประสบการณ์เดิมอาจส่งผลต่อการให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านของบุคคลและอาจเป็นไปได้ว่าประสบการณ์ครั้งก่อนส่งผลต่อการให้ความหมายในสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านในทางบวก จึงเป็นสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านที่ดี (Suwan et al., 2018) ซึ่งหมายถึงความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการวิจัยนี้ ตามแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000)

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ (Anusasanant et al., 2015; Moosiri, 2013; Puttarak, 2018; Weiss et al., 2007) โดยในหอผู้ป่วยจะมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง แนะนำแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนที่สามารถให้การดูแลต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ การสอนก่อนจำหน่ายที่มีคุณภาพน่าจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่จำเป็นและเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยที่ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนผ่านที่ดีได้ (Meleis et al., 2000) ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

แต่อย่างไรก็ตามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลานอนโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Moosiri, 2013; Puttarak, 2018) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 15.16 วัน (S.D. = 10.92) และค่ามัธยฐาน 12.50 วัน อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลซึ่งเป็นเงื่อนไขส่วนบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2000) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยนี้เพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูก 1 ตำแหน่ง เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่มีความซับซ้อนของโรคมากนัก นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 48.89 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนที่มีคุณภาพสูง จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยรายกึ่งส่วนล่างหักและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพยาบาลควรประเมินประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและควรให้ความใส่ใจในเรื่องการสอนก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหัก และควรรศึกษาผลลัพธ์ผู้ป่วยที่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากระยะจำหน่ายไปยังระยะที่ผู้ป่วยกระดูกขาคส่วนล่างหักกลับไปอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นผลจากคุณภาพการร่อนก่อนจำหน่ายของพยาบาล เช่น ความสามารถในการปรับตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Anusasananant, B., Sukumvang, K., Udomkhamsuk, W., Saengwattananut, W., & Tinakorn Na Ayutthaya, K. (2015). Factors predicting readiness for hospital discharge in patients undergoing surgical treatment in a tertiary hospital. *Nursing Journal*, 42(Special Issue), 24-34. [In Thai].
- Australian Transport Safety Bureau. (1994). *Road safety in Australia: A publication commemorating World Health Day 2004*. Retrieved from https://www.monash.edu/data/assets/pdf_file/0008/216458/atsb137.pdf
- Bullock, S., Morecroft, W., Mullen, R., & Ewing, B. (2017). Hospital patient discharge process: an evaluation. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 24(5), 278-282.
- Kantakhu, S., Wattanakitkrileart, D., Pongthavornkamol, K., & Thumvihit, C. (2009). Factors influencing readiness for hospital discharge among acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 83-91. [In Thai].
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle- range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moosiri, S. (2013). *Factors related to readiness for hospital discharge in closed fracture patients undergoing internal fixation surgery*. Master Thesis (), Burapha University, Chonburi. [In Thai].
- Office of Transport and Traffic Policy and Planning. (2023). *Thailand road accident statistics 2022*. Retrieved from https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2566-11/RoadAccidentAna2565_final.pdf#page=8.10 [In Thai].
- Parry, S. M., & Puthuchear, Z. A. (2015). The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extreme Physiology & Medicine*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>
- Puttarak, W. (2018). Factors related to readiness for hospital discharge in closed fracture patients undergoing internal fixation surgery in orthopedic ward, Vachira Phuket Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 238-247. [In Thai].
- Sale, J. E. M., Frankel, L., Thielke, S., & Funnell, L. (2017). Pain and fracture-related limitations persist 6 months after a fragility fracture. *Rheumatology International*, 37(8), 1317-1322. doi:10.1007/s00296-017-3761-y
- Smith, S., McCreanor, V., Watt, K., Hope, M., & Warren, J. (2022). Costs and 30-day readmission after lower limb fractures from motorcycle crashes in Queensland, Australia: A linked data analysis. *Injury*, 53(10), 3517-3524. doi:<https://doi.org/10.1016/j.injury.2022.07.028>
- Sriprasong, S., Noocharoen, S., Panpakdee, O., Krittayapong, R., Pongthavornkamol, K., & Vorapongsutra, T. (2011). Personal factors affecting perceived readiness for hospital discharge among acute myocardial infarction patients. *Thai Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 46-56. [In Thai].

- Srisatidnarakul, B. (2007). *Research methodology in nursing science* (4th ed.). Bangkok: You & I Inter Media. (in Thai)
- Suwan, N., Panuthai, S., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2018). Factors influencing readiness for hospital discharge among Thai older persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 156-168. [In Thai].
- Weiss, M., & Piacentine, L. (2006). Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 164-180.
- Weiss, M., Piacentine, L., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Wu, A., Bisignano, C., James, S., Abady, G., Abedi, A., Abu-Gharbich, E., Alhassan, R., Alipour, V., Arabloo, J., & Asaad, M. (2021). Global, regional, and national burden of bone fractures in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(9), e580-e592..

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19
ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของนักเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี

The Effects of a Program to Provide Self-care Knowledge of the New Normal for COVID-19
Prevention on Self-care Knowledge and Practice among High School Students in Ratchaburi Province

อรุณรัตน์ รอดเชื้อ (Aroonrat Rodchua)*

น้ำฝน ปฏิการมณฑล (Namfon Patiganmonthon)**

ปณณช พิมใจใส (Punyanut Pimchaisai)**

มาติกา ถินกระโทก (Matika Thinkrathok)***

Received: April 29, 2024

Revised: June 4, 2024

Accepted: November 7, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของนักเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง ที่มีค่าความตรง 0.92 ความเที่ยงโดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวที่มีค่าความตรง 0.95 ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติ Paired t-test, และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้

คำสำคัญ: การป้องกันโรคโควิด-19 การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ โปรแกรมการให้ความรู้

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effects of a program to provide self-care knowledge of the new normal for COVID-19 prevention on self-care knowledge and practice among high school students in Ratchaburi province. The sample of this study were 60 high school students, divided in 30 people for control group and 30 people for experimental group, by using a purposive sampling. The research instruments consisted of the program to provide self-care knowledge of the new normal for COVID-19, self-care knowledge questionnaire with validity and reliability at 0.92 and 0.71 and practice questionnaire with validity and reliability at 0.95 and 0.82, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test.

The results of the study on high school students' self-care knowledge and practice between control and experimental group, found that after using the program, the experimental group had higher mean score of self-care knowledge and practice for COVID-19 prevention than that of the control group with statistical significance ($p < .05$). And after using the program, the experimental group had higher mean score of self-care knowledge and practice for COVID-19 prevention than before receiving the program with statistical significance ($p < .05$). The findings indicated that the developed program could be positively used to improve self-care knowledge and practice of the new normal for COVID-19 prevention in high school students so that they should have to learn about this continuously.

Keywords: COVID-19 prevention, Self-care of the new normal, Program to provide knowledge

*Corresponding author: Aroonrat Rodchua; E-mail: arodch@windowslive.com

*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand)

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand)

***ผู้อำนวยการโรงเรียนวัดระฆังทอง (Director, Wat Rakhang Thong School)

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 (COVID-19) หรือโรคอุบัติใหม่เป็นโรคที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่เกิดขึ้นจากเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพที่ร้ายแรงได้เกิดขึ้นกับมวลมนุษยชาติในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบผู้ป่วยปอดอักเสบรายแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงชาวจีนในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 และต่อมาวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในประเทศไทยเสียชีวิตเป็นรายแรก (The Secretariat of the Senate, 2020) สิ่งที่สำคัญมากสำหรับประชาชนในการต่อสู้กับ COVID-19 คือ การมีข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคอย่างถูกวิธี มีวินัยและมีจิตสำนึกสาธารณะ ซึ่งปัจจุบันโรคนี้ถูกจัดให้เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) เช่นเดียวกับโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และโรคติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory Syncytial Virus) แต่อย่างไรก็ตาม โรคโควิด-19 ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง หากเพียงแต่ความรุนแรงของโรคอาจจะลดน้อยลง (Phuworawan, 2024)

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวันที่ 24 ธันวาคม 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 278,524,003 รายในประเทศไทยมีจำนวน 2,204,672 ราย สำหรับจังหวัดราชบุรีมีจำนวน 41,740 ราย (COVID-19 Situation Management Center, 2021) โดยพบว่าในปี 2564 เขตพื้นที่ที่ทำการศึกษามีผู้ติดเชื้อจำนวน 550 คน และเสียชีวิตจำนวน 3 คน จากประชากรห้าพันกว่าคน ขณะนั้นในเขตพื้นที่นี้มีการเปิดศูนย์พักพิงในบริเวณวัดเนื่องจากมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก และมีผู้ปกครองของนักเรียนมัธยมจำนวน 2 คน ถูกกักตัวเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งอาจจะทำให้นักเรียนมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 จากผู้ปกครองได้นอกจากนี้แล้วเด็กในวัยนี้จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งนักเรียนยังเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัสได้ง่าย โดยไม่แสดงอาการ เพราะนักเรียนสามารถเดินทางได้สะดวกและมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเนื่องจากยังอยู่ในวัยรุ่น จากการศึกษาของวราวุธเกรียงบุรพา (Kriangburapa, 2020) ที่ศึกษาลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กพบเด็กเพียงร้อยละ 1-5

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 และมีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงน้อยในเด็กเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่แต่สิ่งสำคัญจากการค้นพบนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้อย่างรวดเร็วและที่ไม่แสดงอาการอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากเด็กมีระบบภูมิคุ้มกันโดยกำเนิดที่มากกว่าผู้ใหญ่และมีทางเดินหายใจที่แข็งแรง เนื่องจากไม่ได้สัมผัสฝุ่นควันและมลพิษทางอากาศเท่ากับผู้ใหญ่ แพทย์แผนกกุมารด้านวิกฤตเด็กที่โรงพยาบาลโคลัมเบียเอเชียในเซี่ยงไฮ้ บังการลอว์ ประเทศอินเดีย เรียกเด็กว่าเป็นผีเสื้อโควิด (Covid butterflies) เพราะเด็กสามารถแพร่เชื้อโควิด-19 จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลได้อย่างไม่แสดงอาการ หรือถ้ามีอาการของโรคโควิด-19 จะมีเพียงเล็กน้อย เช่น ท้องเสีย หรือเป็นหวัด (Chandrasekar, 2021) นอกจากนี้การทดสอบปริมาณเชื้อไวรัสที่เบอร์ลินพบว่า มีปริมาณเชื้อไวรัสแตกต่างกันน้อยมากระหว่างเด็กกับผู้ใหญ่ จึงพูดไม่ได้ว่าเด็กมีโอกาสแพร่เชื่อน้อยกว่าผู้ใหญ่ ถึงแม้เด็กจะแสดงอาการของโรคน้อย แต่อย่างไรก็ตามเด็กมีแนวโน้มที่จะแพร่เชื้อไวรัสได้ง่ายเพราะพฤติกรรมทางสังคมของพวกเขาไม่ได้รับการฝึกให้รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Drosten, 2020) ดังนั้น การช่วยให้เด็กหรือนักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการระบาดของโรคและการป้องกันโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Meethup & Ruetrakul, 2024) เพื่อให้เด็กได้พัฒนาพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น การล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัย รวมถึงการรักษาระยะห่างทางสังคม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย โดยเฉพาะการมาเรียนในสถานศึกษา ซึ่งปัจจุบันนี้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นแล้วแต่ยังมีการแพร่ระบาดในช่วงที่นักเรียนเปิดภาคการศึกษาคือเริ่มปลายเดือนมิถุนายนและจะเพิ่มสูงสุดเดือนกรกฎาคมต่อสิงหาคม และลดการแพร่ระบาดเดือนกันยายนซึ่งจะเป็นช่วงแบบนี้ของทุกปี (Phuworawan, 2024) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้การปฏิบัติตนวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนของกิจกรรม ได้แก่ ส่วน 1. ให้ความรู้ เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้โรคโควิด-19 2) การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การล้างมือ วิธีการใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง

ทางสังคมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพ และการไปในสถานที่เสี่ยง เป็นต้นและ 3)ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ฐาน 2. การปฏิบัติให้นักเรียนทุกคนฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมโดยขณะทำกิจกรรมนักเรียนมีการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ฐาน 3. สรุปแนวทางปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อช่วยให้นักเรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาที่ซับซ้อนได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้น สามารถทำให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้น ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ร่วมกับการจัดกิจกรรมมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติเป็นการช่วยกระตุ้นความสนใจให้นักเรียนมีความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่และทักษะการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและถูกวิธีเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อชนิดต่างๆ ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ
4. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองมีความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ
2. หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรค

โควิด-19นักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ

3. หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองมีความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

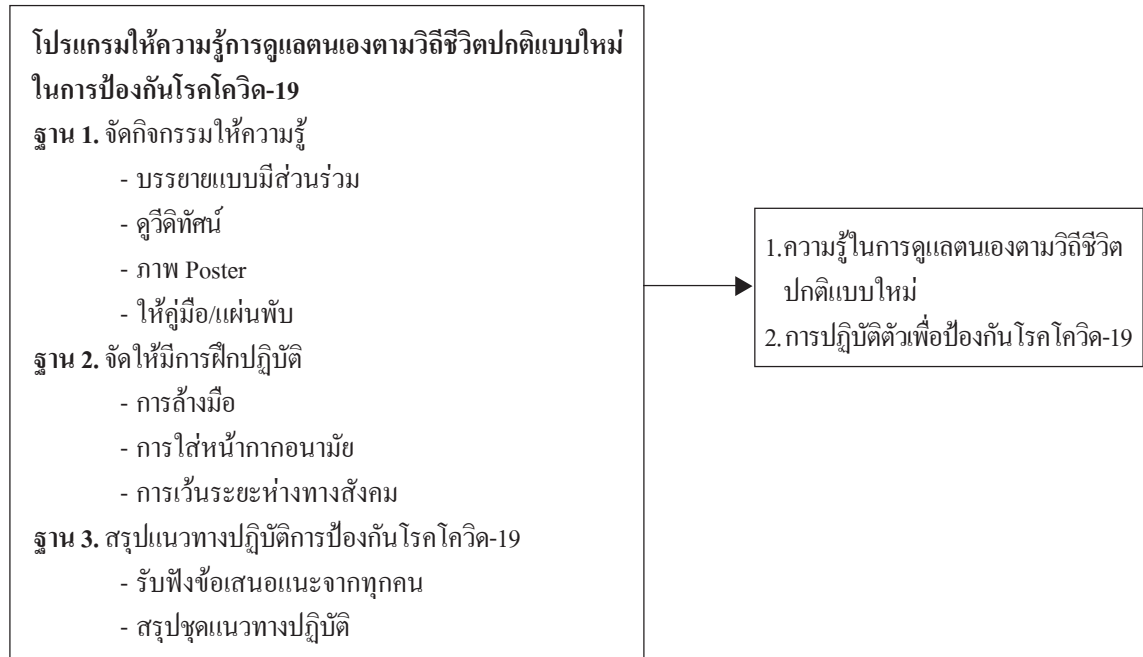
4. หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมในกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (2001) โดยมีโน้ตที่สำคัญของทฤษฎี 4 เรื่อง ดังนี้ 1) การดูแลตนเอง (selfcare) 2) ความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ (selfcare agency) 3) การดูแลตนเองที่จำเป็น (selfcare requisite) และ 4) ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ประกอบด้วย 3 ฐานของกิจกรรม ดังนี้ ฐาน 1 ให้ความรู้ที่ถูกต้องโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้มีการบรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ Power point เพื่ออธิบายเหตุและผลให้นักเรียนเข้าใจ มีการถามให้นักเรียนแสดงความคิดเห็น ต่อมาให้อู่วิดทัศน์ที่เน้นการปฏิบัติตัววิธีป้องกันการติดเชื้อโรค หลังจากนั้นบรรยายภาพ Poster เนื้อหาประกอบด้วย การล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และการปฏิบัติตัวทั่วไป เสร็จแล้วให้คู่มือ/แผ่นพับเกี่ยวกับความรู้โรคโควิด-19 และการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคเพื่อให้นักเรียนมัธยมริเริ่มและกระทำด้วยตนเองนำสู่การมีสุขภาพดีฐาน 2 ให้มีการฝึกปฏิบัติโดยการนิเทศจากผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ ทำให้การเรียนรู้เกิดพลังความสามารถ นักเรียนเกิดทักษะการเรียนรู้โดยมีประสบการณ์ในการร่วมฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างถูกวิธีเพื่อช่วยเสริมสร้าง

ความรู้และศักยภาพในการปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้คำพูดชักจูงร่วมกันจะช่วยให้นักเรียนมีการพัฒนาในการเรียนรู้และปฏิบัติได้ดี อีกทั้งการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ที่สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรมีความสุข สนุกในการปฏิบัติก็จะช่วยให้นักเรียนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองฐาน 3 สรุปแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกคนเพื่อให้

นักเรียนมัธยมเอาใจใส่ในตนเอง จัดระบบการดูแลตนเองและสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคนี้ทำให้นักเรียนมัธยมมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่มากขึ้นและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง จึงแสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre test-post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของนักเรียนมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรีเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10-25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่กลุ่มที่ศึกษาในจังหวัดราชบุรี จำนวน 209 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ที่มีบริบทและสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกันแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.05 ซึ่งใช้งานวิจัยกึ่งทดลองที่ใกล้เคียงกันเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังในชุมชน (Sitongpim, Narin, & Tuanrat, 2022) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 21 คนต่อกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 คนต่อกลุ่ม ดังนั้นในงานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เพศหญิงและชาย 2) อายุ 13-15 ปี 3) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 และ 4) มี GPA ระหว่าง 2.05-3.98 สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนด 2) มีปัญหาการได้ยินและ 3) ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมมีการลาออก ย้ายโรงเรียน ย้ายที่อยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ฐาน ได้แก่ ฐาน 1. จัดกิจกรรมให้ความรู้ ฐาน 2. จัดให้มีการฝึกปฏิบัติและฐาน 3. สรุปแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลข้อมูลมี 2 ชุด ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากเอกสาร หนังสือความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ โดยมีลักษณะของข้อคำถามแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) 3 ตัวเลือก ให้คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนต่ำสุดคือ 0 ค่าคะแนนสูงสุด คือ 1 ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

ดังนั้นช่วงคะแนนเท่ากับ $1-0/3 = 0.33$ ช่วงคะแนน 0.00-0.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย ช่วงคะแนน 0.34-0.67 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และช่วงคะแนน 0.68-1.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาคำรา เอกสาร สื่อแอปพลิเคชันทางออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การป้องกันโรคโควิด-19 เป็นข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ มีลักษณะของข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้คะแนนทำครบทุกครั้งได้ 3 คะแนน ทำได้ส่วนใหญ่ได้ 2 คะแนน ทำได้บางส่วนได้ 1 คะแนนและไม่ได้ทำ 0 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนดังนี้

ค่าคะแนนต่ำสุด คือ 0 ค่าคะแนนสูงสุด คือ 3 ต้องการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

ดังนั้น ช่วงคะแนนเท่ากับ $3-0/3 = 1$ ช่วงคะแนน 0.00-1.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำหรือไม่เหมาะสม ช่วงคะแนน 1.01-2.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางหรือพอใช้ และช่วงคะแนน 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงหรือเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาที่ต้องการวัดและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับนักเรียนมัธยมที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้วยค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนเลขที่ บ. 13/2564 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยติดต่อประสานงานกับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะเข้าร่วม

การศึกษาและสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง อนึ่งสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจะได้รับการขอให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในเรื่องของการไม่ระบุบุคคลและการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ จะมีการให้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกนำมาวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้จะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ปิดล็อกสำหรับไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์จะถูกป้องกันโดยมีรหัสผ่านจะมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้แบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาไฟล์เอกสารในคอมพิวเตอร์และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่งานวิจัยเสร็จสิ้นจำนวน 3 ปี

การเตรียมทีมผู้ร่วมวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยให้แก่ผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา เกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก และคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยจะทำการฝึกผู้ร่วมวิจัยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ และการใช้แบบสอบถามเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการเก็บข้อมูลของนักวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม มีการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

2) ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างในการนัดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 (ห่างจากวันแรก 14 วัน) ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) ชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พร้อมกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มทดลอง มีการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้ ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที

1) ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ใช้เวลา 30 นาที

2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเริ่มจากการบรรยายแบบมีส่วนร่วมใช้เวลา 20 นาที เนื้อหาได้แก่ความรู้โรคโควิด-19 การปฏิบัติตัวป้องกันโรคและทัศนคติเกี่ยวกับโรคนี้ คู่มือทัศนวิถีการปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อโรคพร้อมตอบข้อซักถามใช้เวลา 10 นาที ต่อมาบรรยายภาพ Poster พร้อมตอบข้อซักถามใช้เวลา 10 นาที เสร็จแล้วให้คู่มือ/แผ่นพับ หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่างทางสังคม ใช้เวลา 30 นาทีและสรุปแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคนี้จากรับฟังข้อเสนอแนะของนักเรียนใช้เวลา 20 นาที

3) ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างในการนัดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งต่อไป ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 (ห่างจากวันแรก 14 วัน) ใช้เวลา 30 นาที

1) ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) ชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

2) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

3. **หลังวิเคราะห์ผลของโปรแกรมฯ** แล้วพบว่า มีผลดีต่อกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจึงทำการสอนสรุปเรื่องโรคโควิด-19 และส่งเสริมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคนี้อบคู่มือ/แผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับกลุ่มควบคุมเพื่อรักษาจริยธรรมการวิจัยและแจ้งการสิ้นสุดการวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และกลุ่มที่ได้รับความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ตามปกติโดยใช้สถิติ (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ (Paired t-test)

สรุปผลของการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากันคือ ร้อยละ 50 อยู่ในระดับชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1, 2 และ 3 เท่ากันคือ ร้อยละ 33.33 และไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับข้อมูลโรค

โควิด-19 มาก่อนเท่ากัน คือ ร้อยละ 96.70 และข้อมูลอื่นๆ สรุปได้ ดังนี้ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 56.70 มีอายุระหว่าง 14-15 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 50.00 และมีสมาชิกอาศัยรวมกันในบ้านส่วนใหญ่จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 60.00 สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 มีอายุระหว่าง 14-15 ปี มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ (<18.5) ร้อยละ 43.30 และมีสมาชิกอาศัยรวมกันในบ้านส่วนใหญ่ จำนวน 1-5 คน ร้อยละ 66.70 จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกันด้วยการทดสอบด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ในหัวข้อ เพศ อายุ ระดับชั้นเรียน ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์ได้รับข้อมูลโรคโควิด-19 มาก่อน และสมาชิกอาศัยรวมกันในบ้าน

2. เปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.69$, S.D. = 0.10) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.68$, S.D. = 0.11) คะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันและหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.16) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.69$, S.D. = 0.10) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับความรู้ตามปกติ (n = 60)

คะแนนเฉลี่ยความรู้ ในการป้องกันโรค โควิด-19	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ก่อนทดลอง	0.69	0.10	ระดับมาก	0.68	0.11	ระดับมาก	-0.231	.818
หลังทดลอง	0.80	0.16	ระดับมาก	0.69	0.10	ระดับมาก	-3.348	.001*

*p < .05

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x} = 2.17$, S.D. = 0.26) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x} = 2.18$, S.D. = 0.38) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ไม่แตกต่างกัน และหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.33) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x} = 2.24$, S.D. = 0.32) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ตามปกติ (n = 60)

คะแนนเฉลี่ยปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรค โควิด-19	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล		
ก่อนทดลอง	2.17	0.26	ระดับสูง	2.18	0.38	ระดับสูง	.118	.906
หลังทดลอง	2.43	0.33	ระดับสูง	2.24	0.32	ระดับสูง	-2.320	.024*

*p < .05

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองด้วยการใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.69$, S.D. = 0.10) และ

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองในระดับมาก ($\bar{x} = 0.80$, S.D. = 0.16) คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนทดลอง	0.69	0.10	ระดับมาก	-3.447	.002*
หลังทดลอง	0.80	0.16	ระดับมาก		

*p < .05

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมระหว่างก่อนและหลังทดลองในกลุ่มทดลองด้วยการใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x}=2.17, S.D.=0.26$) หลังเข้าร่วม

โปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในระดับสูง ($\bar{x}=2.43, S.D.=0.33$) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 30)

คะแนนเฉลี่ยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	t	p-value
ก่อนทดลอง	2.17	0.26	ระดับสูง	-3.333	.002*
หลังทดลอง	2.43	0.33	ระดับสูง		

*p < .05

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < .05 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมฯ ที่มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่ส่งเสริมศักยภาพของนักเรียนในการดูแลตนเองตามความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ที่ครอบคลุมโดยมีฐานให้ความรู้ที่กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอนเริ่มจากการบรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยใช้สื่อ Power point ที่มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคอาการและความรุนแรงของโรคมีการใช้ภาพที่มีความน่าสนใจและใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งอธิบายเหตุและผลให้นักเรียนเข้าใจมีการซักถามให้นักเรียนแสดงความคิดเห็น หลังจากนั้น ให้ดูวิดีโอที่เห็นภาพเคลื่อนไหวต่อมา

บรรยายภาพ Poster เพื่อเพิ่มความรู้การดูแลตนเองและสรุปสาระสำคัญการได้รับความรู้ซ้ำๆ ในรูปแบบต่างๆ จะช่วยส่งเสริมให้นักเรียนมีการเก็บจำข้อมูลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แล้ว ภายหลังเสร็จสิ้นการให้ความรู้ นักเรียนจะได้รับคู่มือ/แผ่นพับเพื่อช่วยให้นักเรียนสามารถทบทวนความรู้ด้วยตัวเองได้ตลอดเวลา ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติโดยไม่ได้มีการให้ความรู้ซ้ำๆ และหลากหลายรูปแบบ อีกทั้งไม่ได้มีเอกสารความรู้สำหรับทบทวนด้วยตัวเองเมื่อระยะเวลาผ่านไปจึงมีผลต่อการเก็บจำข้อมูล ดังนั้นกลุ่มทดลองจึงมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิราวรรณ ศรีทองพิมพ์, รังสิยา นารินทร์และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ (Sritongpim et.al., 2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ และ

การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังในชุมชนพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sookpool, Kingmala, Pangsuk, Yeanyoun, & Wongmun, 2020)

สมมติฐานที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ให้กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามปกติในการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตปกติแบบใหม่ในการป้องกันโรคโควิด-19 อธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่ต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่ต้องกระทำทั้งหมดที่จะทำให้ นักเรียนสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้เพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและไม่เป็นโรคในช่วงมีการแพร่ระบาด โดยมีฐานการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะในการเรียนรู้โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์ในการร่วมฝึกปฏิบัติการล้างมือมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการล้างมือ 7 ท่า การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร ซึ่งขณะปฏิบัติกิจกรรมก็มีการเว้นระยะห่างทางสังคมภายหลังจากการปฏิบัติจะมีการสรุปแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรับฟังข้อเสนอแนะจากนักเรียนทุกคนแล้วสรุปเป็นชุดแนวทางปฏิบัติที่รวมถึงการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การไปในสถานที่เสี่ยง และการสังเกตอาการของตนเอง เป็นต้นส่งผลให้นักเรียนมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและไม่มึนักเรียนติดเชื้อโควิด-19 ในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรมในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมโดยผู้ที่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อในการช่วยเสริมสร้างความรู้และศัภยภาพในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกวิธี พร้อมทั้งไม่ได้มีคู่มือ/แผ่นพับสำหรับบทบทวนฝึกฝน

ด้วยตนเองเมื่อระยะเวลาผ่านไปจึงมีผลต่อการปฏิบัติ ดังนั้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็โรคเรื้อรังในชุมชนที่มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับด้านการรักษาระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมือ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Sritongpim et.al., 2022) และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนระดับมัธยมที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.34 ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ (Danpradit & Prasitsary, 2023)

สมมติฐานที่ 3 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.69 และหลังการใช้โปรแกรมนาน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.80 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการดูแลตนเองของการจัดกิจกรรมใน 3 ฐาน โดยเฉพาะฐาน 1. ให้ความรู้โรคโควิด-19 เช่นอาการแสดงของผู้ที่ติดเชื้อโรคนี้และผู้ติดเชื้อแล้วควรปฏิบัติตัวอย่างไร เพราะเหตุใดจึงต้องล้างมือบ่อยๆ การใส่และถอดหน้ากากอนามัยให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคควรปฏิบัติอย่างไร รวมถึงการเว้นระยะห่างทางสังคมที่ถูกต้องควรทำอย่างไร พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อไปในสถานที่เสี่ยงและความรู้ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีและต่อเนื่องด้วยตนเองที่ได้จากการบรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยสื่อ PowerPoint คู่มือทัศน อธิบายภาพ Poster และให้คู่มือ/

แผ่นพับที่เรียนรู้ได้ตลอดเวลา จึงช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเก็บจำข้อมูลและทบทวนข้อมูลได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้นและสามารถเพิ่มความรู้อย่างได้ขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนในโรงเรียนอนุบาลวิทยา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาแบบกลุ่มเดียวที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และมีสื่อ Power Point พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Chanthida, Aungwattana, & Tuanrat, 2023) และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรคโควิดต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของนักเรียนมัธยมในเมืองโซฮักประเทศอียิปต์ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาแบบกลุ่มเดียว ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของนักเรียนมัธยมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังการทดลอง นักเรียนมัธยมมีความรู้ได้ขึ้นเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรคโควิด ดังนั้น ควรจัดโปรแกรมการสอนเกี่ยวกับโรคโควิดสำหรับนักเรียนมัธยมเพื่อให้มีระดับความรู้เพิ่มขึ้น (Ayed, Mahmoud, & Kamal, 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนระดับมัธยม ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาแบบกลุ่มเดียว พบว่า ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมโปรแกรมของนักเรียนมัธยมมีการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.10 และ 16.50 ตามลำดับ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $< .01$ (Danpradit & Prasitsary, 2023)

สมมติฐานที่ 4 ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองก่อนการใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.17 และหลังการใช้โปรแกรมนาน 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมที่ใช้การดูแลตนเองที่จำเป็นของการจัดกิจกรรมใน 3 ด้าน โดยเฉพาะด้าน 2 ให้มีการฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดทักษะในการเรียนรู้ประกอบด้วยการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม อย่างถูกวิธีเพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการในการดูแลตนเองรวมถึงการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการไปในสถานที่เสี่ยง พร้อมทั้งสังเกตอาการตนเอง โดยเฉพาะช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนในโรงเรียนอนุบาลวิทยา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาแบบกลุ่มเดียวที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด-19 มีการสาธิตพร้อมให้การสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติเรื่องการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร ขณะที่อยู่ภายในโรงเรียนพบว่า การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของแกนนำนักเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) (Chanthida et. al., 2023) และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาแบบกลุ่มเดียว ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.11 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Choojai, Boonsiri, & Patcheep, 2021)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยโรงเรียนสามารถใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองฯ กับนักเรียนมัธยมในโรงเรียนที่รับผิดชอบเพื่อให้ให้นักเรียนมีความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง

2. คณะจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลและครูในโรงเรียนสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในวิชาสุขศึกษาเพื่อให้นักเรียนมัธยมมีความรู้ในการดูแลตนเองและกิจกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ในเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันซึ่งโรคนี้อยู่และโรคติดต่ออื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองฯ ในระยะยาว 4-6 สัปดาห์หรือถึง 3 เดือน เพื่อศึกษาความต่อเนื่องและยั่งยืนของการมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่คงทนและยาวนาน

2. โปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองฯ เป็นการใช้ในช่วงระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ปัจจุบันโรคนี้นั้นเป็นโรคประจำถิ่นจึงควรพัฒนาโปรแกรมนี้ให้มีความเหมาะสม หรือศึกษาวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดประโยชน์ได้มากต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยคริสเตียน ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและคำชี้แนะในการดำเนินงานวิจัย ผู้บริหารโรงเรียนและนักเรียนมัธยมศึกษาและผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่ช่วยเหลือและสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

- Ayed, M. A., Mahmoud, T. M., & Kamal, F. Z. (2020). *Impact of teaching program regarding COVID-19 on knowledge, attitudes, practices among student*. Retrieved from <https://www.researchsquare.com>. The Secretariat of the Senate. (2020). Interesting information for the public to prevent the spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Bangkok: the Secretariat of the Senate. [In Thai].
- Chandrasekar, S. (2021). *India deals with fears about a third Covid-19 wave affecting kids*. Retrieved from <https://www.straitstimes.com/asia/south-asia/india-deals-with-fears-about-a-third-covid-19-wave-affecting-kids>.
- Chanthida, S., Aungwattana, S., & Tuanrat, W. (2023). Effects of a learning enhancement program on COVID-19 prevention knowledge and practices of student leaders in Anukul Wittaya School, Mae Sot District, Tak Province. *Nursing Journal Chiang Mai University*, 50(2), 227-237. [In Thai].
- Choojai, R., Boonsiri, C., & Patcheep, K. (2021). Effects of a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among village health volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 250-262. [In Thai].
- COVID-19 Situation Management Center. (2021). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/241264.pdf. [In Thai].
- Danpradit, P., & Prasitsary, N. (2023). Effects of the health belief model educational program on perceptions and preventive behaviors of COVID-19 in secondary school students. *Vajira Medical Journal*, 67(3), 575-582.

- Drosten, C. (2020). *European schools get ready to reopen despite concern about pupils spreading Covid-19*. Retrieved from <https://www.theguardian.com>.
- Kriangburapa, W. (2020). Coronavirus disease 2019 in children. *Burapha Journal of Medicine*, 7(1), 96-102. [In Thai].
- Meethup, M., & Ruetrakul, J. (2024). Managerial resources administration for infection prevention and control during COVID-19 outbreaks era in a center hospital. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 18(2), 168-185. [In Thai].
- Phuworawan, Y. (2024). *Health issues and viruses*. Retrieved from <https://uradio.chula.ac.th/Radio-Demand.php> (Morning News Program (In-depth Analysis) Download date 21 June 2024 Broadcast time: 7.30-8.00 a.m.). [In Thai].
- Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T., & Wongmun, W. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429. [In Thai].
- Sritongpim, J., Narin, R., & Tuanrat, W. (2022). Effects of a health literacy promotion program on health literacy and practices in prevention of coronavirus disease 2019 among persons with chronic diseases in a community. *Lanna Public Health Journal*, 18(2), 30-42. [In Thai].
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts and practice* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน The Development of an Empowering Leadership Measurement Tools for Head Nurses in Private Hospitals

พัชรพร ตาใจ (Patcharaporn Tajai)*

เนตรชนก ศรีทুমมา (Netchanok Sritoomma)**

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (Suchittra Luangamornlert)***

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย (Phechnoy Singchungchai)****

Received: June 24, 2024

Revised: July 23, 2024

Accepted: September 4, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 248 ราย จากโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจโดยพัฒนาจากแนวคิดของเอเธิร์นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาลและมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรม ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ได้เท่ากับ 0.95 และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเชิงยืนยัน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน มีองค์ประกอบของแบบวัดจำนวน 3 องค์ประกอบ 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่ มี 4 ตัวชี้วัด 2) การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน มี 3 ตัวชี้วัด และ 3) การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย มี 3 ตัวชี้วัด มีน้ำหนักองค์ประกอบขององค์ประกอบเชิงยืนยันอยู่ระหว่าง 0.89-0.96 ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่าโมเดลขององค์ประกอบแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์ ($\chi^2 = 29.08$, $df = 30$, $p\text{-value} = 0.51$, $GFI = 0.98$, $AGFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = 0.00$) สรุปได้ว่าแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน มีความเที่ยงและความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนได้

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจ, หัวหน้าหอผู้ป่วย, โรงพยาบาลเอกชน, การพัฒนาแบบวัด

Abstract

This research aims to develop a measurement tool for empowering leadership of head nurses in private hospitals in Bangkok. A sample of 248 professional nurses were recruited from nine private hospitals. The research instrument was questionnaires developed based on Ahearn's concept and in-depth interview by experts who have experience in nursing administration and related to innovation development, including the Director of Nursing, totaling six people. The content validity was at 0.95 that validated by a panel of experts. The statistics used for construct validity were exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). The reliability of overall scale was tested using Cronbach's alpha coefficient, the results was 0.93.

The study found that Empowering Leadership Scale for Head Nurse in Private Hospitals consisted of three components with twenty indicators including: 1) Coaching with Caring composed with four indicators 2) Providing autonomy and Expressing Confidence in work potential composed with three indicators and 3) Fostering meaningful of work composed with three indicators. Factor loading of confirmatory factor analysis were between 0.89-0.96. The construct validity of second confirmatory factor analysis revealed that the scale development of empowering leadership of head nurses in private hospitals was consistent with the empirical data. ($\chi^2 = 29.08$, $df = 30$, $p\text{-value} = 0.51$, $GFI = 0.98$, $AGFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $RMSEA = 0.00$) Therefore, the results of this study provide strong evidence of validity and reliability of the empowering leadership scale of head nurses in private hospital and it could be used as a guideline for developing empowered leadership of head nurses in private hospitals.

Keywords: Empowering leadership, Head nurse, Private hospitals, Scale development

****Corresponding author:** Netchanok Sritoomma; E-mail: netchanoks@christian.ac.th

***นักศึกษาลัทธิศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Ph.D. Candidate in Nursing Management program, College of Nursing, Christian University of Thailand)**

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

*****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand)**

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

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคปัจจุบันที่สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้สภาพแวดล้อมการทำงานมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อรองรับการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น องค์กรจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถก้าวทันกับการเปลี่ยนแปลง และภายใต้บริบทที่มีความไม่แน่นอนนี้ทำให้องค์กรมีความคาดหวังให้บุคลากรในหน่วยงานต้องสามารถปรับตัวให้เข้ากับการทำงานได้ (Cheong, Spain, Yammario, & Yun, 2016; Sriboonwong, Singchungchai, Aree, Pathumarak, & Chatdokmaiprai, 2021) โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งผู้รับบริการมีความคาดหวังในด้านคุณภาพการให้บริการ ความรวดเร็ว และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เนื่องจากต้องมียาใช้จ่ายที่สูงขึ้นมากกว่าโรงพยาบาลภาครัฐ ทำให้ผู้บริหารต้องปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและเป็นผู้นำทางด้านบริการ (Pamual, Wichaikham, & Abhichartitbutra, 2020; Benjanukorn, 2018) ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาล ต้องพัฒนาความสามารถส่วนบุคคลในการทำงาน ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานของตนเอง รวมถึงต้องมีความสามารถคิดค้นวิธีการทำงานในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามบทบาทในงานเพิ่มมากขึ้น (Changpean, Abhichartitbutra, & Thungjaroenkul, 2020; Hauschildt & Konradt, 2012) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านภาวะผู้นำที่มีส่วนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงรุกภายในองค์กร และทำให้ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Kundu, Kumar, & Gahlawat, 2019) โดยเฉพาะภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจอย่างไรก็ตามหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีของหอผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทหน้าที่ในการติดตามผลการปฏิบัติงาน เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา (Nursing Council, 2012) ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ ซึ่งผู้นำเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการบริหารงานที่สอดคล้องกับค่านิยมและความต้องการในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

จะส่งผลต่อทัศนคติที่ดีในการทำงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้เกิดความทุ่มเทและปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ (Wongkanghae & Mongkholkham, 2023) อีกทั้งรูปแบบภาวะผู้นำของหัวหน้าพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งเสริมการพยาบาลคุณภาพสูง (Morsiani, Bagnasco, & Sasso, 2017) และเกิดความพึงพอใจในงานตามมา (Phichitsiri & Pongrangsam, 2020)

ภาวะผู้นำมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมายโดยส่งเสริมการปฏิบัติงานของบุคลากรในที่นี้ภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจ (Empowering Leadership) เป็นภาวะผู้นำที่มีการแบ่งปันอำนาจและความรับผิดชอบไปให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยผ่านการเสริมสร้างความหมายในงาน การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การแสดงความมั่นใจในผลการปฏิบัติงาน และการมอบอำนาจหน้าที่ (Ahearne, Mathieu, & Rapp, 2005) ดังการศึกษาของเจิงและคณะ (Cheong et al., 2016) ที่พบว่าภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามบทบาทในงานของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของคิมและเบียร์ (Kim & Beehr, 2017a) ที่พบว่า ภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของพนักงาน ทำให้พนักงานมีความมุ่งมั่นและความพึงพอใจสูงขึ้น จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการบริหารทางการพยาบาล หากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจ จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น และแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วย สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำของตนเองได้ (Kim & Kim, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้พัฒนาเครื่องมือวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจในบริบทแตกต่างกัน โดยแบบวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจที่ได้รับความนิยมเชื่อถือและนำมาใช้จนถึงปัจจุบัน มีดังนี้ 1) แบบสอบถาม Empowering Leadership Questionnaire (ELQ scales) ตามแนวคิดของ

อาโนลด์และคณะ (Arnold, Arad, Rhoades, & Drasgow, 2000) 2) แบบสอบถาม Leader Empowering Behavior Questionnaire (LEBQ) พัฒนาขึ้นโดยคอนซัคและคณะ (Konczak, Stelly, & Trusty, 2000) และ 3) แบบสอบถาม Leadership empowerment behavior (LEB scales) พัฒนาขึ้นโดยเอฮีร์นและคณะ (Ahearne et al., 2005) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบวัดประเภทการวัดแบบหลายมิติที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อนำไปใช้วัดกลุ่มตัวอย่างในบริบททางธุรกิจ ส่วนในบริบทสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการพยาบาลยังไม่พบแบบวัดที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจในระดับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจจะพัฒนาแบบวัดที่เฉพาะเจาะจงสามารถระบุตัวชี้วัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน โดยเลือกใช้แนวคิดของเอฮีร์นมาเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือ เนื่องจากพบว่าในงานวิจัยที่ผ่านมานิยมใช้แนวคิดนี้การศึกษาในบริบททางธุรกิจ ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนจัดได้ว่าเป็นองค์กรบริการสุขภาพทางธุรกิจเช่นกัน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังเป็นองค์ความรู้ใหม่อันเกิดประโยชน์ต่อองค์กรพยาบาล โดยผู้บริหารองค์กรพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหัวหน้าหอผู้ป่วยให้มีภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจ เพื่อช่วยในการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทในงานได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การสังเคราะห์เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของเอฮีร์นและคณะ (Ahearne et al., 2005) ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความหมายของงาน (Enhancing the meaningfulness of work) 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Fostering participation in decision-making) 3) การเชื่อมั่น

ในประสิทธิภาพการทำงาน (Expressing confidence in high performance) และ 4) การให้อำนาจอิสระในการทำงาน (Providing autonomy from bureaucratic constraints) ซึ่งผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถาม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจโดยประยุกต์ตามขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการวิจัยตามแนวคิดของเดเวลลิส (DeVellis, 2017)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 3 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล จำนวน 1,141 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 3 ปีขึ้นไป จำนวน 288 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และมีการเพิ่มกรณีที่การตอบแบบวัดไม่สมบูรณ์หรือการสูญหายของตัวอย่างร้อยละ 10 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 320 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้หลักการของการพัฒนาแบบวัด (principle of measurement) ที่จะทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือวิจัยตามหลักการของแฮร์ (Hair et al., 2010) คือ ต้องมีจำนวนอย่างน้อยประมาณ 10 เท่าของข้อคำถามหรือตัวแปรที่สังเกตได้ แต่ต้องไม่ต่ำกว่าจำนวน 100 ตัวอย่าง การวิจัยนี้มีข้อคำถาม 24 ข้อ จึงควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 240 คน หลังจากเก็บข้อมูลพบว่า มีแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบทำความเข้าใจแล้วจำนวน 248 ชุด ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นไปตามข้อตกลงการใช้สถิติการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) มีรายละเอียดดังนี้ 1) ดึงตัวอย่างการพยาบาลเพื่อสอบถามจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงาน 3 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 28 แห่ง 2) นำรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) เพื่อให้ได้ชื่อโรงพยาบาลเอกชนที่จะเป็นตัวแทน และ 3) เมื่อจับฉลากได้ชื่อโรงพยาบาล

เอกชน ผู้วิจัยนำจำนวนพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนั้น ๆ มารวมกันจนกระทั่งได้จำนวนตัวอย่างใกล้เคียงหรือเท่ากับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ซึ่งได้ชื่อโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 6 ข้อและส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ สร้างขึ้นตามหลักการสร้างเครื่องมือของเดเวลลิส (DeVellis, 2017) ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดกรอบแนวคิดให้มีความชัดเจน (Determine Clearly What It Is You Want to Measure) ศึกษาทำความเข้าใจรายละเอียดแนวคิดภาวะผู้นำแบบเสริมสร้างพลังอำนาจของเอฮีรน์ และคณะ (Ahearn et al., 2005) บูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมากำหนดนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ให้มีความสอดคล้องกับแนวคิด

ขั้นที่ 2 ออกแบบและสร้างข้อคำถาม (Generate an Item Pool) สร้างข้อคำถามของเครื่องมือวิจัยให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ (Operational definition) โดยศึกษาจากแบบสอบถามที่สร้างไว้แล้วตามแนวคิดของเอฮีรน์ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การเสริมสร้างความหมายของงาน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการทำงานและการให้อำนาจอิสระในการทำงานนำมาเป็นกรอบในการสร้างข้อคำถามร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาลระดับการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 4 คน รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพการรักษายาบาลและการจัดการนวัตกรรม จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 6 คน โดยใช้แนวสัมภาษณ์ปลายเปิดได้ร่างข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ

ขั้นที่ 3 กำหนดรูปแบบของการวัด (Determine the Format for Measurement) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม

ภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเป็นคำถามปลายปิดมีลักษณะของมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ

ขั้นที่ 4 ตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Have Initial Item Pool Reviewed by Experts) โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการทำวิจัยและความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยระดับการศึกษาปริญญาเอกจำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการบริหารการพยาบาลและมีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานวัตกรรม ระดับการศึกษาปริญญาเอก จำนวน 2 คน และจบการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล ระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน รวมจำนวน 7 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นที่ 5 ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัย (Consider Inclusion of Validation Items) โดยพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.91 ถือว่าแบบสอบถามผ่านตามเกณฑ์ (Polit & Back, 2006)

ขั้นที่ 6 นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Administer items to a development sample) โดยนำแบบสอบถามภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96

ขั้นที่ 7 ประเมินข้อคำถาม (Evaluate the items) โดยวิเคราะห์ความซ้ำซ้อนระหว่างข้อคำถาม หาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) พิจารณาค่า Corrected Item Total Correlation ร่วมกับค่าความสัมพันธ์ระหว่างคำถาม มีค่าระหว่าง 0.68- 0.83 ได้ข้อคำถามที่ตรงตามเกณฑ์คำถามที่ดี 21 ข้อ (Nunnally & Bernstein, 1997) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.97 แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปเก็บข้อมูลต่อไป

ได้ซึ่งผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามการวิจัยไปยังผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลด้วยตนเองและทางไปรษณีย์ และติดตามกลับคืนภายใน 2-3 สัปดาห์ ใช้เวลาทั้งหมด 7 เดือน คือ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

ขั้นที่ 8 พิจารณาความยาวของเครื่องมือการวิจัยทั้งฉบับ (Optimize scale length) หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เหลือข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ (ตัดข้อคำถามที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ 1 ข้อ) นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเหลือข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ ใน 3 องค์ประกอบ (แผนภาพที่ 2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์เลขที่ น. 31/2565 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสอบถามรวมถึงประโยชน์ที่จะเกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ทำเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลการตอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัยและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การรายงานผลการวิเคราะห์ทำในลักษณะภาพรวม ไม่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคล หรือหน่วยงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ (Correlation Matrix) โดยพิจารณาจากค่าสถิติของ Bartlett (Bartlett's Test of Sphericity) และดัชนีไคเซอร์-ไมเยอร์-โอลคิน (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) พบว่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) มีค่าเท่ากับ .944 แสดงว่าข้อมูลเหมาะสมสำหรับการ

วิเคราะห์ในระดับดีมาก (Kim & Mueller, 1978) ได้ค่าดัชนีสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ ต่อจากนั้นทำการสกัดองค์ประกอบโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Components Analysis) เพื่อให้ได้องค์ประกอบแรก แล้วทำการหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) ด้วยวิธีแวนแมกซ์เพื่อลดจำนวนตัวแปรให้เหลือน้อยที่สุด การองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis: CFA) วิเคราะห์โมเดลองค์ประกอบเพื่อทดสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL (Lisrel) กำหนดค่าสถิติทดสอบความเหมาะสมของโมเดล (Model fit) ประกอบด้วย $\chi^2/df < 3$, $p\text{-value} > .05$, $GFI > 0.90$, $AGFI > 0.90$, $CFI > 0.90$, $RMSEA < 0.05$ (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2006; Kline, 2011)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.20) มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 40.50) กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุด 58 ปี น้อยที่สุด 25 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 35.63 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 96.40) ระยะเวลาการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี โดยเฉลี่ย 10.01 ปี

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ หลังจากหมุนแกนพบว่าตัวแปรองค์ประกอบของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 20 ตัวแปร สามารถจัดองค์ประกอบได้ 3 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนเท่ากับ 11.584, 1.234, และ 1.141 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า องค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้ร้อยละ 11.584 องค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้ร้อยละ 1.234 และองค์ประกอบที่ 3 สามารถอธิบายความแปรปรวนของกลุ่มตัวแปรได้ร้อยละ 1.141 โดยทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนที่เกิดขึ้นได้ร้อยละ 69.793 ถือว่าผ่านตามเกณฑ์ (Hair et al., 2010) และน้ำหนักองค์ประกอบมีค่าระหว่าง .585-.789 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 น้ำหนักองค์ประกอบหลังการหมุนแกนแบบอโรคอนอล ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ เรียงตามขนาดน้ำหนักองค์ประกอบจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (n = 248)

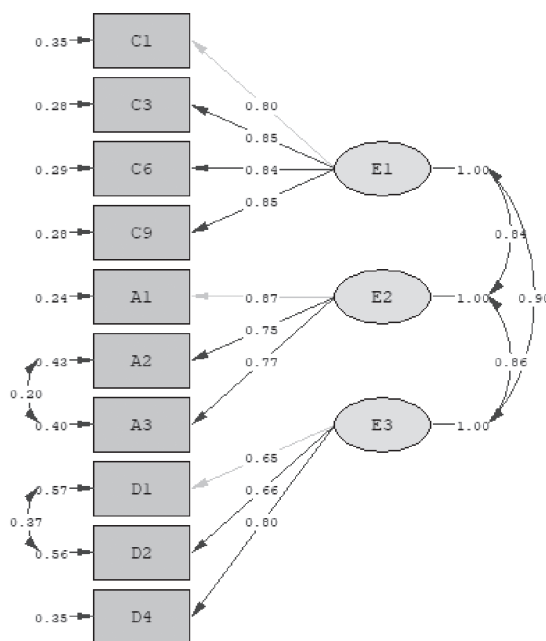
ข้อ	คำถาม	องค์ประกอบ		
		1	2	3
19	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านคอยให้การช่วยเหลือแก่ท่านหากเกิดปัญหาในขณะปฏิบัติงาน	.782		
18	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมุ่งเน้นที่การแก้ไขมากกว่าการกล่าวโทษเมื่อท่านทำความผิดพลาด	.775		
23	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านรับฟังท่านโดยไม่มีการตัดสินว่าถูกหรือผิด	.707		
22	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านให้เวลาแก่ท่านได้เข้าพบเพื่อพูดคุยอยู่เสมอ	.706		
21	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านรับฟังประเด็นปัญหาของท่านด้วยความสนใจ	.705		
24	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด โดยไม่มีการพูดแทรก	.690		
13	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านทำให้การทำงานของท่านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยกำหนดกฎและข้อบังคับต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน	.645		
20	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านสอนให้ท่านแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	.642		
17	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านคอยให้คำชี้แนะแก่ท่านตลอดเวลาในการปฏิบัติงาน	.635		
10	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านไว้วางใจให้ท่านบริหารจัดการแนวทางการปฏิบัติงานด้วยตนเอง		.781	
9	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเชื่อว่าท่านสามารถปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะความสามารถสูงได้		.779	
8	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านส่งเสริมให้ท่านแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ		.709	
12	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมักจะมอบหมายงานที่ท้าทายความสามารถให้แก่ท่าน		.681	
15	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเคารพและให้อิสระภาพในการตัดสินใจแก่ท่านเพื่อให้ท่านสามารถปฏิบัติงานแทนได้		.599	
16	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอนุญาตให้ท่านปรับเปลี่ยนแนวทางในการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง		.585	
3	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านช่วยให้ท่านเข้าใจว่า งานของท่านมีส่วนทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย			.789
1	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอธิบายให้ท่านเข้าใจว่า งานของท่านมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย			.786
4	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมักจะขอความคิดเห็นจากท่านเพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ			.668
5	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอนุญาตให้ท่านร่วมตัดสินใจในหลายเรื่อง			.656
6	หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านขอความเห็นจากท่าน เมื่อต้องตัดสินใจในเรื่องที่อาจส่งผลกระทบต่อท่านและหอผู้ป่วย			.629
	ค่าไอเกน	11.584	1.234	1.141
	ความแปรปรวนขององค์ประกอบ (% of Variance)	57.918	6.170	5.704

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการหมุนแกนองค์ประกอบ มีการจัดกลุ่มตัวแปรและแสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 มี 9 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 19, 18, 23, 22, 21, 24, 20, 13 และ 17) องค์ประกอบที่ 2 มี 6 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 9, 10, 8, 12, 16 และ 15) และองค์ประกอบที่ 3 มี 5 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 3, 1, 4, 6 และ 6) ผู้วิจัยตั้งชื่อ องค์ประกอบของแบบวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจใหม่ได้ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ เป็น "การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่" (Coaching with Caring) มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.78, 0.77, 0.71, 0.71, 0.71, 0.69, 0.64, 0.65, และ 0.64 ตามลำดับ องค์ประกอบที่ 2 ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ เป็น "การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน" (Providing autonomy and Expressing Confidence in work potential) มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ 0.78, 0.78, 0.71, 0.68, 0.59 และ 0.60 ตามลำดับ และองค์ประกอบที่ 3 ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบนี้ เป็น "การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย" (Fostering meaningful of work) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ 0.79, 0.79, 0.67, 0.66 และ 0.63 ตามลำดับ

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด หลังจาก นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริงกับพยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยนำผล มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการวัด ความสอดคล้องภายใน โดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบเท่ากับ 0.90, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นของแบบวัดใน ภาพรวมเท่ากับ 0.93 ถือว่าผ่านเกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Burns & Grove, 2001)

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ ที่หนึ่งและอันดับที่สองของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ดังนี้

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First Order Confirmatory Factor Analysis) เป็นการตรวจ สอบว่าองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของ หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดของตัวแปรนั้นหรือไม่ พบว่าค่าดัชนีความ สอดคล้องของกลไกขององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ ที่หนึ่งของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้า หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ดังแผนภาพที่ 1



Chi-Square=29.08, df=30, P-value=0.51334, RMSEA=0.000

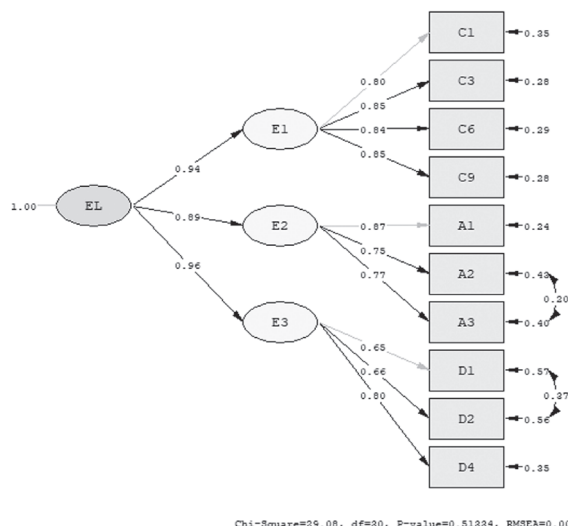
แผนภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First order confirmatory factor analysis) ของภาวะ ผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

จากแผนภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของโมเดลการวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีจำนวนองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ 10 ตัวชี้วัด โดยองค์ประกอบที่ 1 การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่เหลือ 4 ตัวชี้วัด (ก่อนวิเคราะห์องค์ประกอบมีจำนวน 9 ตัวชี้วัด) หลังการปรับข้อมูลตัดตัวชี้วัดออกโดยพิจารณาจากการลดตัวแปรสังเกตที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำที่สุดลงทีละหนึ่งตัวแปร ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านทำให้การทำงานของเรามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นโดยกำหนดกฎและข้อบังคับต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน (C1) หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมุ่งเน้นที่การแก้ไขมากกว่าการกล่าวโทษเมื่อท่านทำความผิดพลาด (C3) หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านรับฟังประเด็นปัญหาของท่านด้วยความสนใจ (C6) และหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้พูด โดยไม่มีการพูดแทรก (C9) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.80-0.85 (ปรับใหม่เป็นข้อที่ 1, 2, 3, และ 4) องค์ประกอบที่ 2 การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงานเหลือ 3 ตัวชี้วัด (ก่อนวิเคราะห์องค์ประกอบมีจำนวน 6 ตัวชี้วัด) ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านส่งเสริมให้ท่านแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ (A1) หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเชื่อว่าท่านสามารถปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะความสามารถสูงได้ (A2) และหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านไว้วางใจให้ท่านบริหารจัดการแนวทางการปฏิบัติงานด้วยตนเอง

(A3) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.75-0.87 (ปรับใหม่เป็นข้อที่ 5, 6, และ 7) และองค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างงานที่มีความหมายเหลือ 3 ตัวชี้วัด (ก่อนวิเคราะห์องค์ประกอบมีจำนวน 5 ตัวชี้วัด) ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอธิบายให้ท่านเข้าใจว่างานของท่านมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วย (D1) หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านช่วยให้ท่านเข้าใจว่างานของท่านมีส่วนทำให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (D2) และหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอนุญาตให้ท่านร่วมตัดสินใจในหลายเรื่อง (D4) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.65-0.80 (ปรับใหม่เป็นข้อที่ 8, 9, และ 10) และโมเดลมีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์การทดสอบความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ (ดังตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order confirmatory factor analysis) ของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลการวัดกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนขององค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second order confirmatory factor analysis) ของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 2 องค์ประกอบ และจำนวนตัวชี้วัดของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน

องค์ประกอบ (Latent variables)	จำนวนตัวชี้วัด (Observe variables)	น้ำหนักองค์ประกอบ (λ)
1. การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่ (E1)	4	0.80-0.85
2. การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน (E2)	3	0.75-0.87
3. การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย (E3)	3	0.65-0.80
รวม	10	

($\chi^2 = 29.08$, $df = 30$, $p\text{-value} = 0.51$, $RMSEA = 0.00$, $GFI = 0.98$, $AGFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.99$, $RMR = 0.02$)
เป็นไปตามเกณฑ์ (Hair et al., 2006; Kline, 2011)

จากแผนภาพที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ค่าดัชนีที่สำคัญในการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 29.08 ค่าองศาอิสระ เท่ากับ 30 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$) เท่ากับ 0.51 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ 0.98 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้ (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ 0.96 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ 0.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านส่งเสริมให้ท่านแสดงความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ($A1$; $\lambda = 0.87$) รองลงมา ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านมุ่งเน้นที่การแก้ไขมากกว่าการกล่าวโทษ เมื่อท่านทำความคิดพลาด ($C3$; $\lambda = 0.85$) และหัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านเปิดโอกาสให้ท่านได้พูดโดยไม่มีการพูดแทรก ($C9$; $\lambda = 0.85$) ตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบต่ำที่สุด ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่านอธิบายให้ท่านเข้าใจว่างานของท่านมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ($D1$; $\lambda = 0.65$)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของแต่ละองค์ประกอบพบว่า มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.89-0.96 องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด ได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย

(0.96) รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่ (0.94) และองค์ประกอบที่ 2 การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน (0.89)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ตัวชี้วัดของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนเริ่มแรกมี 20 ตัวชี้วัด แต่เมื่อนำมาทดสอบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า เหลือเพียง 10 ตัวชี้วัด และได้จำนวนองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การให้คำชี้แนะด้วยความเอาใจใส่ 2) การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน และ 3) การเสริมสร้างงานที่มีความหมายจากเกณฑ์พิจารณาองค์ประกอบค่าไอเก้นมากกว่า 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 69.79 แม้ว่าจำนวนองค์ประกอบที่สกัดได้ในครั้งนี้จะมีจำนวนน้อยกว่าองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ซึ่งอาจเกิดจากความต่างของกลุ่มตัวอย่าง อาชีพและบริบทการทำงาน เนื่องจากแนวคิดของเอเธิร์นมีพื้นฐานจากบริบทของภาคธุรกิจ ส่วนการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในบริบทขององค์กรพยาบาล แต่หากพิจารณาองค์ประกอบรายด้านจะพบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกับแนวคิดของเอเธิร์นและคณะ (Ahearne et al., 2005) ที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นหลักในการบูรณาการสร้างข้อคำถาม ซึ่งเอเธิร์นได้เสนอว่าภาวะผู้นำแบบเสริมพลังประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) การเสริมสร้างความหมายของงาน 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการ

ตัดสินใจ 3) การเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการทำงานและ 4)การให้อำนาจอิสระในการทำงานแตกต่างจากผลการศึกษาของกล้าหาญ น่าน (Na-Nan, Kanthong, & Khummueng, 2020) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำเสริมพลังของพนักงานขาย พบว่าภาวะผู้นำแบบเสริมพลังมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การให้ความสนใจและสัมพันธ์กับสมาชิก การแบ่งปันข้อมูลการให้คำแนะนำการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการทำตัวเป็นแบบอย่าง ทั้งนี้อาจเกิดจากความต่างของกลุ่มตัวอย่าง และบริบทในการทำงาน

แบบวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนตามเชิงโครงสร้าง ด้านความเชื่อมั่น พบว่า ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 3องค์ประกอบ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านที่ 1 การให้คำแนะนำด้วยความเอาใจใส่ เท่ากับ 0.90 ด้านที่ 2 การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงาน เท่ากับ 0.87 และด้านที่ 3 การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย เท่ากับ 0.82 ส่วนความเชื่อมั่นของแบบวัดในภาพรวม เท่ากับ 0.93 ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้ในระดับดีมาก (DeVellis, 2017; Hair et al., 2010)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่งและอันดับที่สองของโมเดลองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่า องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การให้คำแนะนำด้วยความเอาใจใส่ อาโนลและคณะ (Arnold et al., 2000) อธิบายว่า การให้คำแนะนำ (Coaching) เป็นพฤติกรรมที่ผู้นำช่วยให้ความรู้แก่พนักงาน และการให้ข้อมูลป้อนกลับ รวมถึงให้คำแนะนำแนวทางในการปรับปรุงต่างๆ เพื่อสร้างให้พนักงานเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของซิดูและนิซาม (Sidhu & Nizam, 2020) ที่ศึกษาผลกระทบของการโค้ชงาน (Coaching) ต่อผลการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทในประเทศไทยพบว่า การโค้ชงานทำให้ผลการปฏิบัติงานของพนักงานเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ดังนั้นผู้บริหารควรประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ชเพื่อช่วยให้ผลการปฏิบัติงานของทีมงานและองค์กรมีประสิทธิภาพ

สูงขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของลีและดิง (Lee & Ding, 2020) ที่ศึกษารูปแบบภาวะผู้นำที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการชี้แนะของหัวหน้างานได้ดีที่สุดในผู้ช่วยฝ่ายบริหารในหน่วยงานบริการประเทสมาเลเซีย พบว่าภาวะผู้นำเสริมพลังอำนาจมีบทบาทสำคัญในการช่วยชี้แนะให้พนักงานมีการพัฒนาทักษะในการทำงาน ส่งผลให้พนักงานมีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

องค์ประกอบที่ 2 การให้อิสระและเชื่อมั่นในศักยภาพการทำงานคิมและเบียร์ (Kim & Beehr, 2017b) ระบุว่า ผู้นำเสริมพลังจะให้อิสระแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อออกแบบการปฏิบัติงานของตนเองส่งผลให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้รับโอกาสในการคิดทบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของตนเอง ทำให้สามารถปรับบทบาทการทำงานให้เข้ากับทักษะและความต้องการของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอักตาร์และอาลี (Akhtar & Ali, 2023) ที่ศึกษารูปแบบภาวะผู้นำ ความมีอิสระในงาน และพฤติกรรมเชิงรุกต่อพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพนักงาน โรงไฟฟ้าประเทศปากีสถานพบว่า ความมีอิสระในงานทำให้พนักงานมีพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอรอนงค์ ดุ้ยแสนและพิมพ์ชนก เกรือสุคนธ์ (Tuisaen & Khruesukon, 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีอิสระในงาน การรับรู้ความสามารถในตนเองต่อความผูกพันต่องานของนักสื่อสารมวลชน พบว่าความมีอิสระในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่องาน หากพนักงานได้รับอิสระในงานสูงจะส่งผลให้มีความผูกพันต่องานสูงขึ้นอันจะทำให้พนักงานมีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 3 การเสริมสร้างงานที่มีความหมาย อามุนด์เซนและมาร์ตินเซน (Amundsen & Martinsen, 2014) กล่าวว่าภาวะผู้นำแบบเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีการรับรู้ตัวตนและงานที่ตนเองทำว่ามีความหมาย รวมทั้งช่วยสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการงานของตนเองอย่างอิสระ และรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงานของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกรณ์ กิระดิวัฒน์ธรณ์และอิสรระ บุญญะฤทธิ์ (Keratiwatthanathorn & Boonyarrit, 2022) พบว่าภาวะผู้นำแบบเสริมสร้างพลังอำนาจมีอิทธิพลต่องานที่มีความหมายของพนักงานบริษัทเอกชนด้านการเงินและ

การธนาคาร ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ling, Akkadechanunt, & Sirakamon, (2019) พบว่า งานที่มีความหมายมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลทำให้พยาบาล เกิดการรับรู้งานของตนเองมีความสำคัญและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตก่อให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานและเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าการบริหาร ทรัพยากร ทรัพยากรบุคคลและปัจจัยคล้ายคลึง (Tanakamsit & Khaikleng, 2023) ยังพบว่า งานที่มีความหมายสามารถช่วยยกระดับผลการปฏิบัติงานด้านการให้บริการของพนักงานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจจากผลการวิจัยนี้ไปเป็นกรอบในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำให้แก่ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อพัฒนาผู้บริหารให้มีคุณสมบัติภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจซึ่งจะส่งผลในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้เพิ่มขึ้น

2. แบบวัดภาวะผู้นำที่ได้จากงานวิจัยสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วย และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในองค์กรพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับโมเดลความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ส่งผ่านตัวแปรแฝงอื่น เช่น พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน สมรรถนะแห่งตน เพื่อทราบถึงอิทธิพลของตัวแปรเหล่านี้ว่ามีผลต่อตัวแปรแฝงนั้นหรือไม่

2. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดภาวะผู้นำแบบเสริมพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลทุกระดับ เพื่อเป็นการขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุม และได้เครื่องมือวัดที่ตรงกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

เอกสารอ้างอิง

- Ahearne, M., Mathieu, J., & Rapp, A. (2005). To empower or not to empower your sales force? An empirical examination of the influence of leadership empowerment behavior on customer satisfaction and performance. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 945-955.
- Akhtar, M. S., & Ali, H. (2023). Innovative work behavior: An association of leadership styles, job autonomy, and employee proactive behavior. *Journal of Social Sciences Review*, 3(1), 190-211.
- Amundsen, S., & Martinsen, L. (2014). Empowering leadership: Construct clarification, conceptualization, and validation of a new scale. *The Leadership Quarterly*, 25(3), 487-511.
- Arnold, J. A., Arad, S., Rhoades, J. A., & Drasgow, F. (2000). The empowering leadership questionnaire: the construction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, 21(3), 249-269.
- Benjanukrom, W. (2018). Quality of work life of professional nurses in Hua Hin Hospital Hua Hin District, Prachup Khiri Khan Province. *Chandrakasem Rajabhat University Journal of Graduate School*, 17(2), 49-58. [In Thai].
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Changpean, A., Abhichartitbutra, K., & Thungjaroenkul, P. (2020). Personality traits and work role performance of nurses in regional hospitals. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(3), 192-203. [In Thai].
- Cheong, M., Spain, S. M., Yammarino, F. J., & Yun, S. (2016). Two faces of empowering leadership: Enabling and burdening. *The Leadership Quarterly*, 27(4), 602-616.

- Cheong, M., Yammarino, F. J., Dionne, S. D., Spain, S. M. and Tsai, C.-Y. (2019). A review of the effectiveness of empowering leadership. *The Leadership Quarterly*, 30(1), 34-58.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7thed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hauschildt, K., & Konradt, U. (2012). Self-leadership and team members' work role performance. *Journal of Managerial Psychology*, 27(5), 497-517.
- Keratiwatthanathorn, N., & Boonyarit, I. (2022). Relationship between empowering leadership and well-being of employees in financial and banking companies: Mediating role of meaningful work. *Proceeding ofThe 4th National Research Conference, Graduate School Conference2022i Happiness*, 4(1),438-449. [In Thai]. Retrieved from <http://journalgrad.ssrui.ac.th/index.php/miniconference/article/view/4130>
- Kim, J. O., & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kim, K. H., & Kim, E. K. (2019). Effects of the empowering leadership by nurse managers on organizational citizenship behavior of nurses: Mediating effects of followership. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 25(2),115-124.
- Kim, M., & Beehr, T. A. (2017a). Self-efficacy and psychological ownership mediate the effects of empowering leadership on both good and bad employee behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 24(4), 466-478.
- Kim, M. & Beehr, T. A. (2017b). Can empowering leaders affect subordinates' well-being and careers because they encourage subordinates' job crafting behaviors. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 25(2), 184-196.
- Kline, R. B. (2011). *Methodology in the social sciences: principles and practice of structural equation modeling*. (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Konczak, L. J., Stelly, D. J., & Trusty, M. L. (2000). Defining and measuring empowering leader behaviors: Development of an upward feedback instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 60(2), 301-312.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Kundu, S. C., Kumar, S., & Gahlawat, N. (2019). Empowering leadership and job performance: Mediating role of psychological empowerment. *Management Research Review*, 42(5), 605-624.
- Lee, M. C. C., & Ding, A. Y. L. (2020). Comparing empowering, transformational, and transactional leadership on supervisory coaching and job performance: A multilevel perspective. *PsyCh journal*, 9(5), 668–681.
- Ling, T., Akkadechanunt, T., & Sirakamon, S. (2019). Meaningful work and job performance among nurses in medical university hospitals, the people's republic of China. *Nursing Journal CMU*, 46(4), 211-224. [In Thai].
- Morsiani, G., Bagnasco, A., & Sasso, L. (2017). How staff nurses perceive the impact of nurse managers' leadership style in terms of job satisfaction: a mixed method study. *Journal of Nursing Management*, 25(2), 119-128.

- Na-Nan, K., Kanthong, S. N., & Khummueng, K. (2020). Development of an empowering leadership scale for salespeople: Validation and reliability. *Industrial and Commercial Training*, 52(4), 209-220.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I.H. (1997). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nursing Council. (2012). *Standards for position determination in the nursing field*. Nonthaburi: Nursing Council, Ministry of Public Health. [In Thai].
- Pamual, S., Wichaikham, O., & Abhicharttibutra, K. (2020). Quality of work life and guidelines to improve of nurses in a private hospital. *Nursing Journal*, 47(3), 351-362. [In Thai].
- Phichitsiri, S., & Pongrangsarn, P. (2020). The relationship between exemplary leadership of head nurse and nurse job-satisfaction in lower northern regional hospital under ministry of public health. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(3), 107-119. [In Thai]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5), 489-497.
- Sidhu, G. K., & Nizam, I. (2020). Coaching and employee performance: The mediating effect of rewards & recognition in Malaysian corporate context. *International Journal of Management, Accounting & Economics*, 7(1), 41-72.
- Sriboonwong, L., Singchungchai, P., Aree, P., Pathumarak, N., & Chatdokmaiprai, K. (2021). Leadership and innovative work behavior in public sector: A systematic review. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 181-195. [In Thai].
- Tanakarnsit, P., & Khaikleng, P. (2023). Influence of job characteristics affecting the service performance of salespeople in retail business: Mediating role of meaningful work. *Western University Research Journal of Humanities and Social Science*, 9(1), 169-182. [In Thai].
- Tuisaen, O., & Khruesukon, P. (2018). Relationships among work autonomy, self-efficacy and work engagement of media professional: The moderating role of work pressure. *Journal of Communication and Integrated Media*, 6(1), 142-184.
- Wongkanghae, S., & Mongkholkham, C. (2023). The challenge for nursing administrators in human resource management: Generation Z professional nurses' group. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 17(1), 13-23. [In Thai].

บทความวิจัย

การคัดกรองการมองเห็นในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก

Vision Screening of Primary School Children Grades 1 to 6 in Phitsanulok Province

จุลจิตร ตั้งตระการพงษ์ (Jullajit Tungtrakanpoung)*

สุทธิศรีบุญพงษ์ จันโย (Sutthisaranyupong Chanyo)*

ศตพร แว่วเสียงสังข์ (Sattaporn Weawsiangsang)*

ดวงพร พิกุลทอง (Tuangphorn Phikulthong)**

ชนกนันท์ ฝากมิตร (Chanoknun Fakmit)***

นัฐการณ์ สีจ๊ะ (Nutthakan Seeja)****

อัครวัฒน์ ช้างทอง (Akawan Changtong)****

เจษฎากร ศิริวัฒน์ (Jesadagorn Siriwatch)****

พงศ์นุกูล กองใจดี (Pongnugoon Kongjaidee)****

กิตติกร สุพงศ์ปัญญา (Kittikorn Supongpinyo)****

อดิเทพ ดารดาษ (Adithep Daradas)****

Received: October 15, 2024

Revised: November 20, 2024

Accepted: January 30, 2025

บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองสายตาเป็นบทบาทสำคัญในการตรวจหาความผิดปกติทางการมองเห็นในเด็กเพื่อให้ทราบความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว และป้องกันการเกิดปัญหาทางการมองเห็นที่รุนแรงตามมาการวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective research) มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตา ได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ความผิดปกติของการมองเห็นสี และความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ และศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการมองภาพ 3 มิติและอายุกับภาวะสายตาผิดปกติในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตจังหวัดพิษณุโลกสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูล 2 ตัวแปรโดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการวิจัยพบว่า การคัดกรองทั้งหมด 474 ดวงตา จากนักเรียนจำนวน 237 คน มีอายุเฉลี่ย 9.46 ± 1.71 ปี การคัดกรองภาวะสายตาในระยะไกล พบสายตาปกติ 423 ตา (ร้อยละ 89.2) สายตาผิดปกติเล็กน้อย 22 ตา (ร้อยละ 4.7) และสายตาผิดปกติมาก 29 ตา (ร้อยละ 6.1) การคัดกรองภาวะสายตาในระยะใกล้ พบสายตาปกติ 454 ตา (ร้อยละ 95.8) สายตาผิดปกติเล็กน้อย 8 ตา (ร้อยละ 1.7) และสายตาผิดปกติมาก 12 ตา (ร้อยละ 2.5) ผลการคัดกรองการมองเห็นสีพบว่าปกติ 233 คน (ร้อยละ 98.3) และผิดปกติ 4 คน (ร้อยละ 1.7) นอกจากนี้

พบความสามารถในการมองภาพ 3 มิติอยู่ในเกณฑ์ปกติ 204 คน (ร้อยละ 86.1) และผิดปกติ 33 คน (ร้อยละ 13.9) และพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างอายุกับความสามารถในการมองภาพ 3 มิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.490$, $p\text{-value} < 0.001$)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองการมองเห็นในเด็กนักเรียนนั้นมีความสำคัญทำให้ทราบความผิดปกติทางการมองเห็นได้อย่างรวดเร็ว ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการมองเห็นในเด็กนักเรียน รวมถึงผู้กำหนดนโยบายพัฒนารูปแบบการคัดกรองการมองเห็นเพื่อการคัดกรองเด็กนักเรียนในอนาคตให้มีการมองเห็นที่ดี

คำสำคัญ: การคัดกรองการมองเห็น, นักเรียนชั้นประถมศึกษา, สายตาผิดปกติ, การมองเห็นสี, การมองภาพ 3 มิติ

****Corresponding author: Adithep Daradas; e-mail: adithepd@nu.ac.th

*อาจารย์ ภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Lecturer, Department of Optometry, Faculty of Allied Health Science, Naresuan University)

**อาจารย์ สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา (Lecturer, Division of Health Promotion, Faculty of Public Health, University of Phayao)

***อาจารย์ สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น (Lecturer, Division of Occupational Health and Safety, Faculty of Allied Health Science, Northern College)

****อาจารย์ ภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ และหน่วยวิจัยด้านสหวิทยาการสุขภาพและวิทยาศาสตร์ข้อมูล คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Lecturer, Department of Optometry and Interdisciplinary Health and Data Sciences Research Unit, Faculty of Allied Health Science, Naresuan University)

Abstract

Vision screening is essential for detecting visual abnormalities in children, allowing for early identification and the prevention of more serious vision issues later on. In this retrospective study, primary school students in Phitsanulok Province were screened for abnormalities in visual acuity, color vision and stereopsis ability. Also investigated were the associations between age and stereopsis ability as well as age and refractive error. Descriptive statistics and bivariate correlation were used in the data analysis. This study used medical records from the Department of Optometry in Naresuan University's Faculty of Allied Health Science.

A total of 474 eyes were screened from 237 students, whose mean age was 9.46 ± 1.71 years. The findings indicated that in the distant vision screening, 423 eyes (89.2%) had normal vision, 22 eyes (4.7%) had mild abnormalities, and 29 eyes (6.1%) had severe abnormalities. On the other hand, in the near vision screening, 454 eyes (95.8%) had normal vision, 8 (1.7%) had mild abnormalities, and 12 (2.5%) had severe abnormalities. Other results showed that 233 students (98.3%) had normal color vision, while 4 students (1.7%) had impaired color vision. Also, 204 students (86.1%) had normal stereopsis, whereas 33 students (13.9%) had abnormal stereopsis. Finally, a significant negative correlation was found between age and stereopsis ability ($r_s = -0.490$, $p\text{-value} < 0.001$).

This research demonstrates the importance of vision screening in school children for the early detection of visual abnormalities. The findings can help healthcare professionals identify common vision issues in primary school-aged children. Additionally, the data can serve as a model for policymakers to develop more effective child eyesight screening programs, ensuring that children receive the best care for good vision.

Keywords: vision screening, primary school children, refractive error, color vision, stereopsis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตรวจคัดกรองสายตามีบทบาทสำคัญในการตรวจหาความผิดปกติทางการมองเห็นในเด็ก เนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับดวงตาบางอย่างไม่มีอาการแสดงถึงความผิดปกติ นอกจากนี้การตรวจคัดกรองช่วยให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและการรักษาได้ในระยะเริ่มต้น และลดผลกระทบจากภาวะผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไขที่อาจมีผลต่อพัฒนาการทางการมองเห็นของเด็ก (Atowa, Wajuihian, & Hansraj, 2019) ซึ่งการตรวจคัดกรองสายตาในเด็กเป็นการประเมินเพื่อตรวจหาความสามารถในการมองเห็นที่ลดลงหรือปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพัฒนาการของดวงตาและระบบทางการมองเห็นในเด็กได้ (Wallace et al., 2018) ภาวะสายตาผิดปกติ (Refractive error) ถือเป็นปัญหาสำคัญ

ที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางการมองเห็นทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อคุณภาพทางการศึกษาคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease, & the GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators, 2024) ความบกพร่องทางการมองเห็นที่ไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะตาที่เกี่ยวข้องตาเหลือนรางและตาบอดได้ในอนาคต (Ittarat, 2018; Murthy et al., 2002; Sattabunjong, 2022) ภาวะความผิดปกติของสายตานั้นแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ภาวะสายตาสั้น ภาวะสายตายาว ภาวะสายตาเอียง และภาวะสายตาสองตามัว (Mohammed Dhaiban, Ummer, Khudadad, & Veettil, 2021) ปัญหาเหล่านี้ควรได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย

และแก้ไขปัญหาดังแต่ด้วยเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดความบกพร่องทางการมองเห็น จนนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นของเด็กในอนาคต (Ambrosino, Dai, Antonio Aguirre, & Collins, 2023) และการคัดกรองนั้นเป็นสิ่งที่ช่วยให้ทราบความผิดปกติได้รวดเร็ว และสามารถทำได้โดยผู้ให้บริการทางด้านสายตาเบื้องต้น หรือบุคคลทั่วไปที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการคัดกรองการมองเห็น (Loh & Chiang, 2018) จากการตรวจคัดกรองในเด็กประถมศึกษาของประเทศไทย อายุ 6-12 ปี พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีภาวะสายตาสั้น (ร้อยละ 74.8) รองลงมาคือมีภาวะสายตาสั้น (ร้อยละ 17.0) และสายตายาว (ร้อยละ 8.2) ตามลำดับ (Yingyong, 2010) และจากการคัดกรองในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีนักเรียนที่มีระดับการมองเห็นที่ผิดปกติและไม่ได้รับการแก้ไขซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการมองเห็นที่ผิดปกติ (Ittarat, 2018) นอกจากนี้ ยังมีการสำรวจความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดขอนแก่นพบว่า มีนักเรียนที่มีความผิดปกติทางสายตา (ร้อยละ 0.46) และมีภาวะตาขี้เกียจร่วมด้วย (ร้อยละ 5.36) (Sattabunjong, 2022)

นอกจากภาวะสายตาสั้นผิดปกติที่มีความจำเป็นต้องคัดกรองตั้งแต่เด็ก ภาวะตาบอดสีและความสามารถในการมองภาพ 3 มิติในเด็กควรได้รับการคัดกรองเช่นกัน ปัญหาความผิดปกติของการมองเห็นสีนั้นอาจเกิดขึ้นจากปัจจัยทางพันธุกรรม ความผิดปกติของจอประสาทตา หรืออาจมีความผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง (Suparyadi, Yusro, & Yuliatmojo, 2019) นอกจากนี้ตาบอดสียังอาจเกิดจากโรคทางตาบางชนิด การเกิดอุบัติเหตุทางตา โรคทางร่างกาย การใส่ยา หรือสารพิษ เป็นต้น (Wale, Abebe, Adamu, & Zelalem, 2018) ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่เด็กและผู้ปกครองควรได้รับรู้ถึงความผิดปกติดังกล่าวเนื่องจากภาวะตาบอดสีส่งผลต่อการศึกษาและประกอบอาชีพบางอาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทหาร ตำรวจ วิศวกร นักออกแบบกราฟิก สถาปนิก (Satyasri & Praveen, 2023; Suparyadi et al., 2019) หากเด็กและผู้ปกครองทราบถึงความผิดปกติของการมองเห็นสีได้เร็วก็จะสามารถวางแผนการเรียน การใช้ชีวิต และการประกอบอาชีพของเด็กได้ในอนาคต สำหรับความสามารถในการมองภาพ 3 มิตินั้นมีความสำคัญต่อการตรวจคัดกรองในเด็ก เนื่องจากเด็ก

ที่มีความสามารถในการมองภาพ 3 มิติลดลงสามารถบ่งบอกได้ถึงปัญหาสายตาพรั่มัว ตาขี้เกียจ และภาวะตาเหล่ ตาเขได้ (Fielder & Moseley, 1996) และพบว่าความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ มีความสำคัญต่อการทำงานร่วมกันของตาทั้ง 2 ข้าง การรับรู้ความตื้นลึกของวัตถุ และการรับรู้ถึงภาพเสมือนจริงของภาพ (Hibbard, Haines, & Hornsey, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าพัฒนาการของดวงตาในเด็ก จะมีพัฒนาการจากภาวะสายตาสั้นสู่ภาวะสายตาสั้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วเริ่มขึ้นตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 12 ปี (Bullimore et al., 2023; Jones et al., 2005) โดยค่าสายตาจะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะสายตาสั้นได้อย่างรวดเร็วมากกว่า -0.50 ไดออปเตอร์ต่อปี พบได้มากในกลุ่มเด็กอายุ 7 ถึง 12 ปี (Tricard, Marillet, Ingrand, Bullimore, Bourne, & Leveziel, 2022) และการพัฒนาในการมองภาพ 3 มิติในเด็กจะมีพัฒนาการเริ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 4 เดือนจากนั้นจะมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนมีระดับการมองเห็นที่ดีที่สุด (Kaur, Joy, & Yellamelli, 2020)

จะเห็นได้ว่าการคัดกรองความผิดปกติทางการมองเห็นสามารถทำให้ทราบความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางการมองเห็นที่รุนแรงตามมาเช่น ตาขี้เกียจที่เกิดขึ้นจากความบกพร่องทางการมองเห็น นอกจากนี้ทำให้เด็กได้รับโอกาสทางการรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่ อย่างไรก็ตามการคัดกรองการมองเห็นที่ผิดปกติในเด็กชั้นประถมศึกษาของประเทศไทยนั้นไม่ครอบคลุมในหลายพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองความผิดปกติทางการมองเห็น ได้แก่ ภาวะผิดปกติทางสายตา ความผิดปกติของการมองเห็นสี และความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ ในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาช่วงอายุ 6 ถึง 12 ปี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อคัดกรองภาวะผิดปกติทางสายตา ความผิดปกติของการมองเห็นสี และความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ ในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ และภาวะสายตาสั้นผิดปกติในเด็กชั้นประถมศึกษาในเขตจังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective research) โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 จำนวน 237 คน ในเขตจังหวัดพิษณุโลกที่เข้าร่วมโครงการทัศนมาตรศาสตร์ชุมชน ประจำปีการศึกษา 2567 ภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั้งหมดได้รับการคัดกรองจากนิสิตและคณาจารย์ประจำภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากเวชระเบียนของภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลเพื่อทำการศึกษา คือ เป็นนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 6-12 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 หากมีข้อมูลความผิดปกติทางสายตา ข้อมูลการตรวจตาบอดสี และข้อมูลการตรวจความสามารถในการมองภาพ 3 มิติไม่ครบถ้วนจะถูกคัดออกจากการวิจัย ซึ่งข้อมูลจากเวชระเบียนของภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ระดับการมองเห็นภาวะตาบอดสีความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ และค่าสายตาของนักเรียนที่มีภาวะสายตาผิดปกติ

เกณฑ์การคัดกรองความผิดปกติทางสายตา

ผู้วิจัยบันทึกผลจากการอ่านแผ่นทดสอบสายตา Snellen chart ในการวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity หรือ VA) ระยะใกล้ และแผ่นทดสอบสายตา Reduce Snellen chart ในการวัดระดับการมองเห็น (Visual acuity หรือ VA) ระยะใกล้ แบ่งเกณฑ์การคัดกรองสายตา 3 กลุ่ม ดังนี้ สายตาปกติ (VA 20/20), สายตาผิดปกติเล็กน้อย ($VA \leq 20/30$) และสายตาผิดปกติมาก ($VA \leq 20/40$) (Chantarachot, Tassanapitikul, & Empremsilapa, 2020; Ittarat, 2018) สำหรับผู้ที่มีสายตาผิดปกติได้รับการวัดสายตาด้วยวิธี Subjective refraction และบันทึกค่าสายตาที่เป็นสายตาสั้น สายตายาว หรือสายตาเอียงตามแบบบันทึกข้อมูลของโครงการ

เกณฑ์การคัดกรองความผิดปกติของการมองเห็นสี

ผู้วิจัยบันทึกผลจากการอ่านสมุดทดสอบตาบอดสี Ishihara test ในการวัดความผิดปกติของการมองเห็นสี โดยอ่านแผ่นทดสอบที่ 1-21 และแบ่งเกณฑ์เป็น 2 กลุ่มตามคู่มือการใช้งาน ดังนี้ มองเห็นสีปกติ (อ่านได้มากกว่า

หรือเท่ากับ 17 แผ่นทดสอบ) และมองเห็นสีผิดปกติ (อ่านได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 แผ่น) (Birch, 1997)

เกณฑ์การคัดกรองความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ

ผู้วิจัยบันทึกผลจากการอ่านสมุดทดสอบ Stereoacuity จากสมุดทดสอบชนิด Stereo fly test ในการวัดความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ แบ่งเกณฑ์เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ มองภาพ 3 มิติได้ปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 seconds of arc) และผิดปกติ (มากกว่า 60 seconds of arc) (Birch et al., 2008)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูล 2 ตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson correlation แต่เมื่อทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลแล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้สถิติ Spearman's rank correlation แทนกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No. 366/2024 ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของอาสาสมัครแบบไม่ระบุตัวตนเป็นความลับและจะดำเนินการทำลายข้อมูลการวิจัยหลังจากเผยแพร่งานวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 5 ปี

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลการตรวจคัดกรองการมองเห็นของเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาในเขตจังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งหมด 237 คนจากโรงเรียน 2 แห่งที่เข้าร่วมการตรวจคัดกรอง มีอายุเฉลี่ย 9.46 ± 1.71 ปี แบ่งเป็นเพศชาย 121 คน คิดเป็นร้อยละ 51.1 และเพศหญิง 116 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 รายละเอียดของจำนวนและสัดส่วนของนักเรียนแต่ละชั้นปีแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 237	ร้อยละ
อายุ (ปี)	9.46 ± 1.71	
เพศ		
ชาย	121	51.1
หญิง	116	48.9
ชั้นปี		
ประถมศึกษาปีที่ 1	23	9.7
ประถมศึกษาปีที่ 2	30	12.7
ประถมศึกษาปีที่ 3	43	18.1
ประถมศึกษาปีที่ 4	44	18.6
ประถมศึกษาปีที่ 5	41	17.3
ประถมศึกษาปีที่ 6	56	23.6

ผลการคัดกรองภาวะสายตาสองตาของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาในระยะไกลทั้งหมด 474 ดวงตาพบสายตาสองตา 423 ตา (ร้อยละ 89.2) สายตาสองตาสองตาสองตา 22 ตา (ร้อยละ 4.7) และสายตาสองตาสองตาสองตา 29 ตา (ร้อยละ 6.1) ตามลำดับ การคัดกรองภาวะสายตาสองตาในระยะไกล พบสายตาสองตา 454 ตา (ร้อยละ 95.8) สายตาสองตาสองตาสองตา 8 ตา (ร้อยละ 1.7) และสายตาสองตาสองตาสองตา 12 ตา (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ รายละเอียดการคัดกรองในตาข้างขวาตาข้างซ้าย และสองตาแสดงดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการคัดกรองภาวะสายตาสองตาของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก

ระดับการมองเห็น	ตาทั้งหมด n = 474	ตาขวา n = 237	ตาซ้าย n = 237	สองตา n = 237
ระดับการมองเห็นระยะไกล				
สายตาสองตา (VA 20/20)	423 (89.2%)	213 (89.8%)	210 (88.6%)	221 (93.2%)
สายตาสองตาสองตาสองตา (VA ≤ 20/30)	22 (4.7%)	12 (5.1%)	10 (4.2%)	6 (2.6%)
สายตาสองตาสองตาสองตา (VA ≤ 20/40)	29 (6.1%)	12 (5.1%)	17 (7.2%)	10 (4.2%)
ระดับการมองเห็นระยะไกล				
สายตาสองตา (VA 20/20)	454 (95.8%)	228 (96.2%)	226 (95.3%)	230 (97.0%)
สายตาสองตาสองตาสองตา (VA ≤ 20/30)	8 (1.7%)	4 (1.7%)	4 (1.7%)	3 (1.3%)
สายตาสองตาสองตาสองตา (VA ≤ 20/40)	12 (2.5%)	5 (2.1%)	7 (3.0%)	4 (1.7%)

VA, Visual acuity หรือ ระดับการมองเห็น

นักเรียนที่มีระดับการมองเห็นผิดปกติและได้รับการตรวจวัดสายตาจำนวน 24 คน พบดวงตาที่มีค่าสายตารวมทั้งสิ้น 46 ค่าค่าสายตาผิดปกติเฉลี่ย -1.02 ± 2.36 ไดออปเตอร์ มีลักษณะของสายตาที่ผิดปกติ 4 แบบ ได้แก่

สายตาสั้น 11 ตา (ร้อยละ 23.9) สายตาเอียง 9 ตา (ร้อยละ 19.6) สายตาสั้นและเอียง 21 ตา (ร้อยละ 45.6) และสายตายาวและเอียง 5 ตา (ร้อยละ 10.9) ไม่พบนักเรียนที่มีลักษณะความผิดปกติของสายตายาว แสดงดังตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะสายตาของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลกที่มีความผิดปกติ

ลักษณะของสายตา	จำนวนตา n = 46	ร้อยละ
สายตาสั้น	11	23.9
สายตายาว	0	0.0
สายตาเอียง	9	19.6
สายตาสั้นและเอียง	21	45.6
สายตายาวและเอียง	5	10.9

การคัดกรองภาวะตาบอดสีของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาพบว่ามีการมองเห็นสีปกติ 233 คน (ร้อยละ 98.3) และมีการมองเห็นสีผิดปกติ 4 คน (ร้อยละ 1.7) การคัดกรองความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ พบว่า

204 คน (ร้อยละ 86.1) มีความสามารถในการมองภาพ 3 มิติอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 33 คน (ร้อยละ 13.9) มีความสามารถในการมองภาพ 3 มิติที่ผิดปกติแสดงดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการคัดกรองภาวะตาบอดสีและความสามารถในการมองภาพ 3 มิติของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก

การทดสอบ	จำนวน n = 237	ร้อยละ
ทดสอบตาบอดสี		
ปกติ	233	98.3
ผิดปกติ	4	1.7
ทดสอบการมองภาพ 3 มิติ		
ปกติ (≤ 60 sec of arc)	204	86.1
ผิดปกติ (> 60 sec of arc)	33	13.9

เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุ กับความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ และค่าสายตา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสามารถในการมองภาพ

3 มิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.490, p < 0.001$) และไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุกับค่าสายตา ในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาแสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ และค่าสายตาของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ในเขตจังหวัดพิษณุโลก

ตัวแปร	r_s	p-value
ความสามารถในการมองภาพ 3 มิติ	-0.490	< 0.001*
ค่าสายตา	-0.242	0.105

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่มียาตาผิดปกติร้อยละ 89.2 รองลงมา คือ มีสายตาผิดปกติมากร้อยละ 6.1 และสายตาผิดปกติเล็กน้อยร้อยละ 4.7 จากการศึกษาท่อนหน้าได้ทำการศึกษาคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 พบว่าปี พ.ศ. 2554 และ 2556 นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่มียาตาผิดปกติร้อยละ 79.7 และ 74.8 ตามลำดับ รองลงมา คือ มีสายตาผิดปกติมากร้อยละ 10.5 และ 17.5 ตามลำดับ และสายตาผิดปกติเล็กน้อย 9.8 และ 7.7 ตามลำดับ ส่วนผลการคัดกรองในปี พ.ศ. 2552 พบว่าส่วนใหญ่มียาตาปกติ รองลงมา มีสายตาผิดปกติเล็กน้อย และสายตาผิดปกติมาก ร้อยละ 84.6, 9.1 และ 6.3 ตามลำดับ (Chantarachot et al., 2020) นอกจากนี้ มีการศึกษาระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตจังหวัดสุรินทร์ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีสายตาปกติ รองลงมา มีสายตาผิดปกติมาก และสายตาผิดปกติเล็กน้อย ร้อยละ 99.2, 0.2 และ 0.6 ตามลำดับ (Ittarat, 2018) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ปัญหาสายตาในเด็กควรได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีเนื่องจากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ยังอยู่ในวัยที่มีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ ซึ่งปัญหาการมองเห็นนั้นส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ของเด็กนักเรียน (Dudovitz, Sim, Elashoff, Klarin, Slusser, & Chung, 2020; Hark et al., 2020; Martinez-Perez, Alvarez-Peregrina, Brito, Sánchez-Tena, & Grupo de Investigación Optovisión Isec, 2022) จากปัญหาสายตาผิดปกติของการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่มียาตาผิดปกติ และสายตาผิดปกติเล็กน้อยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.6

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของดวงตาในเด็กที่มีการพัฒนาสู่ภาวะสายตาสั้น และมีสายตาเอียงเกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของกระจกตา และเลนส์แก้วตาที่ไม่สมมาตรกัน (Gwiazda, Grice, Held, McLellan, & Thom, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษายาตาผิดปกติของเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตจังหวัดขอนแก่น พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีลักษณะความผิดปกติของสายตาเป็นแบบสายตาสั้นหรือยาวร่วมกับสายตาเอียงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.79 (Sattabunjong, 2022) นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่พบความผิดปกติของสายตาสั้นร่วมกับสายตาเอียงมากที่สุดร้อยละ 42.7 โดยทำการศึกษาในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ในประเทศไนจีเรีย (Olusanya, Ugalahi, Ogunleye, & Baiyeroju, 2019) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่พบลักษณะความผิดปกติของสายตาในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนพื้นที่เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เป็นแบบสายตาเอียงมากที่สุด รองลงมา คือ สายตายาว และเอียง และสายตาสั้นและเอียง ร้อยละ 9.6, 3.4 และ 2.8 ตามลำดับ (Sangsre, Phamonvaechavan, Homchong, Playchaiyaphum, Bunthiang, & Sawangkul, 2022)

นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของการมองเห็นสีของนักเรียนจำนวน 4 คนคิดเป็นร้อยละ 1.7 ซึ่งปัญหาความผิดปกติของการมองเห็นสี ส่วนใหญ่นั้นเป็นปัญหาที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมไม่สามารถแก้ไขให้หายขาดได้ (Deeb & Kohl, 2003; Fakorede, Akpan, Adekoya, & Oboh, 2022) การทราบความผิดปกติได้เร็ว ทำให้เด็กนักเรียนสามารถวางแผนการใช้ชีวิต การเรียนและการทำงานในอนาคตได้ นอกจากนี้การทดสอบความสามารถในการมองเห็นสี เพื่อคัดกรองความผิดปกติสามารถ

ใช้ทดสอบในผู้ป่วยที่มีโรคทางตาบางโรค การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาและการติดตามการฟื้นตัวจากโรคทางตาหรือการบาดเจ็บทางตาได้ (Satyasri & Praveen, 2023) ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษากครั้งนี้พบนักเรียนที่มีความผิดปกติของการมองเห็นภาพ 3 มิติร้อยละ 13.9 สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษามองเห็นภาพ 3 มิติในเด็กและวัยรุ่น โดยใช้สมุดทดสอบชนิด Stereo fly test หรือ Titmus fly testing พบว่าเด็กมีการมองเห็นภาพ 3 มิติผิดปกติร้อยละ 15 (Elamurugan, Shankaralingappa, Aarthy, Kasturi, & Babu, 2022) ซึ่งความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิตินั้นชี้ให้เห็นถึงการรับรู้ความตื้นหรือลึกของวัตถุที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของตาทั้ง 2 ข้าง (Elamurugan et al., 2022; Hibbard et al., 2017) หากเด็กมีการมองเห็นที่พร่ามัว หรือมีภาวะตาเหล่ตาเขร่วมด้วย อาจทำให้ความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติลดลงได้ (Fielder & Moseley, 1996) นอกจากนี้ การทดสอบการมองเห็นภาพ 3 มิติสามารถช่วยในการติดตามผลการรักษาภาวะตาขี้เกียจของเด็กได้ (Levi, Knill, & Bavelier, 2015) จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าทั้งการตรวจคัดกรองความผิดปกติของการมองเห็นสีและความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิตินั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้ในการตรวจคัดกรองการมองเห็นของนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษา

การศึกษากครั้งนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างอายุกับความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติ ($r = -0.490$, $p < 0.001$) กล่าวคือหากเด็กนักเรียนมีอายุเพิ่มมากขึ้น จะสามารถมองเห็นภาพ 3 มิติที่ละเอียดได้ดียิ่งขึ้น มีการรับรู้ความตื้นลึกของวัตถุได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากค่าที่ได้จากการตรวจความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติ มีหน่วยเป็น sec of arc ซึ่งเป็นหน่วยในการวัดมุมแสดงถึงความละเอียดในการมองเห็นภาพยังมีความสามารถในการมองเห็นได้ในมุมที่มีขนาดเล็กจะมีความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติที่ดีกว่าคนที่มองเห็นได้ในมุมขนาดใหญ่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาศาถสามารถในการมองเห็นภาพ

3 มิติในรูปแบบต่างๆ กับอายุ พบว่าความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุในทุกรูปแบบของการทดสอบ ($p < 0.001$) (Garnham & Sloper, 2006) ในทางตรงกันข้ามจากการศึกษาก่อนหน้าได้ทำการศึกษาศาถสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ไม่พบความสัมพันธ์ของอายุกับความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Greene & Madden, 1987) เนื่องจากการพัฒนาการในการมองเห็นภาพ 3 มิติในเด็กจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนมีระดับการมองเห็นที่ดีสุดและจะคงที่ไปจนถึงอายุ 30 ปี (Kaur et al., 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาคัดกรองการมองเห็นของเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการคัดกรองมาปรับใช้เพื่อการคัดกรองเด็กนักเรียนในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษากครั้งต่อไป

1. ควรมีการตรวจคัดกรองภาวะตาเหล่ตาเข และดูความสัมพันธ์กับความสามารถในการมองเห็นภาพ 3 มิติ
2. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองสายตาในเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ภาควิชาทัศนมาตรศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนในการทำวิจัยครั้งนี้ ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

การมีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการวิจัย

นักวิจัยไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Ambrosino, C., Dai, X., Antonio Aguirre, B., & Collins, M. E. (2023). Pediatric and school-age vision screening in the United States: Rationale, Components, and Future Directions. *Children (Basel)*, *10*(3). doi:10.3390/children10030490
- Atowa, U. C., Wajuihian, S. O., & Hansraj, R. (2019). A review of paediatric vision screening protocols and guidelines. *Int.J Ophthalmol*, *12*(7), 1194-1201. doi:10.18240/ijo.2019.07.22
- Birch, E., Williams, C., Drover, J., Fu, V., Cheng, C., Northstone, K., . . . Adams, R. (2008). Randot preschool stereoacuity test: Normative data and validity. *Jaapos*, *12*(1), 23-26. doi:10.1016/j.jaapos.2007.06.003
- Birch, J. (1997). Efficiency of the Ishihara test for identifying red-green colour deficiency. *Ophthalmic and Physiological Optics*, *17*(5), 403-408.
- Bullimore, M. A., Lee, S. S., Schmid, K. L., Rozema, J. J., Leveziel, N., Mallen, E. A. H., . . . Chamberlain, P. (2023). IMI-Onset and progression of myopia in young adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, *64*(6), 2. doi:10.1167/iovs.64.6.2
- Chantarachot, J., Tassanapitikul, T., & Empremsilapa, S. (2020). A vision screening to address refractive error of primary school students in a school of bangkok metropolitan province. *Journal of Public Health Nursing*, *34*(1), 1-12. [In Thai].
- Deeb, S. S., & Kohl, S. (2003). Genetics of color vision deficiencies. *Dev Ophthalmol*, *37*, 170-187. doi:10.1159/000072046
- Dudovitz, R. N., Sim, M. S., Elashoff, D., Klarin, J., Slusser, W., & Chung, P. J. (2020). Receipt of corrective lenses and academic performance of low-income students. *Acad Pediatr*, *20*(7), 910-916. doi:10.1016/j.acap.2020.01.001
- Elamurugan, V., Shankaralingappa, P., Aarthy, G., Kasturi, N., & Babu, R. K. (2022). Assessment of stereopsis in pediatric and adolescent spectacle-corrected refractive error-A cross-sectional study. *Indian Journal of Ophthalmology*, *70*(2), 604-608. doi:10.4103/ijo.IJO_997_21
- Fakorede, S. T., Akpan, L. G., Adekoya, K. O., & Obboh, B. (2022). Prevalence and population genetic data of colour vision deficiency among students from selected tertiary institutions in Lagos State, Nigeria. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, *23*(1). doi:10.1186/s43042-022-00287-9
- Fielder, A. R., & Moseley, M. J. (1996). Does stereopsis matter in humans? *Eye (Lond)*, *10*(Pt 2), 233-238. doi:10.1038/eye.1996.51
- Garnham, L., & Sloper, J. J. (2006). Effect of age on adult stereoacuity as measured by different types of stereotest. *British Journal of Ophthalmology*, *90*(1), 91-95. doi:10.1136/bjo.2005.077719
- Greene, H. A., & Madden, D. J. (1987). Adult age differences in visual acuity, stereopsis, and contrast sensitivity. *Optometry and Vision Science*, *64*(10), 749-753. Retrieved from https://journals.lww.com/optvissci/fulltext/1987/10000/adult_age_differences_in_visual_acuity.6.aspx
- Gwiazda, J., Grice, K., Held, R., McLellan, J., & Thorn, F. (2000). Astigmatism and the development of myopia in children. *Vision Res*, *40*(8), 1019-1026. doi:10.1016/s0042-6989(99)00237-0
- Hark, L. A., Thau, A., Nutaitis, A., Mayro, E. L., Zhan, T., Dabbish, N., . . . Levin, A. V. (2020). Impact of eyeglasses on academic performance in primary school children. *Can J Ophthalmol*, *55*(1), 52-57. doi:10.1016/j.jcjo.2019.07.011
- Hibbard, P. B., Haines, A. E., & Hornsey, R. L. (2017). Magnitude, precision, and realism of depth perception in stereoscopic vision. *Cogn Res Princ Implic*, *2*(1), 25. doi:10.1186/s41235-017-0062-7

- Ittarat, M. (2018). Survey of visual acuity and refractive error among school children. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram hospitals*, 32(1), 13-20. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/118124>
- Jones, L. A., Mitchell, G. L., Mutti, D. O., Hayes, J. R., Moeschberger, M. L., & Zadnik, K. (2005). Comparison of ocular component growth curves among refractive error groups in children. *Investigative ophthalmology & visual science*, 46(7), 2317-2327.
- Kaur, G., Joy, A. L., & Yellamelli, A. L. (2020). Evaluation of change in stereopsis with age in normal eyes. *J Evid Based Med Healthc*, 7(2), 97-101.
- Levi, D. M., Knill, D. C., & Bavelier, D. (2015). Stereopsis and amblyopia: A mini-review. *Vision Res*, 114, 17-30. doi:10.1016/j.visres.2015.01.002
- Loh, A. R., & Chiang, M. F. (2018). Pediatric vision screening. *Pediatr Rev*, 39(5), 225-234. doi:10.1542/pir.2016-0191
- Martinez-Perez, C., Alvarez-Peregrina, C., Brito, R., Sánchez-Tena, M., & Grupo de Investigação Optovisão Isec, L. (2022). The evolution and the impact of refractive errors on academic performance: A pilot study of portuguese school-aged children. *Children (Basel)*, 9(6). doi:10.3390/children9060840
- Mohammed Dhaiban, T. S., Ummer, F. P., Khudadad, H., & Veettil, S. T. (2021). Types and presentation of refractive error among individuals aged 0-30 years: Hospital-based cross-sectional study, Yemen. *Adv Med*, 2021, 5557761. doi:10.1155/2021/5557761
- Murthy, G. V., Gupta, S. K., Ellwein, L. B., Muñoz, S. R., Pokharel, G. P., Sanga, L., & Bachani, D. (2002). Refractive error in children in an urban population in New Delhi. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 43(3), 623-631.
- Olusanya, B. A., Ugalahi, M. O., Ogunleye, O. T., & Baiyeroju, A. M. (2019). Refractive errors among child renattending atertiary eye facility in Ibadan, Nigeria: high lighting the need for school eye health programs. *Ann Ib Postgrad Med*, 17(1), 49-59.
- Sangsre, P., Phamonvaechavan, P., Homchong, N., Playchaiyaphum, S., Bunthiang, P. & Sawangkul, S. (2022). Screening for amblyopia and refractive error in grade 1school children in Bangkok Noi Area. *Thai J Ophthalmol*, 36(2), 79-87. [In Thai].
- Sattabunjong, S. (2022). Cycloplegic refractive error survey of early school age in Khonkaen. *Mahasarakham hospital journal*, 19(3), 189-195. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/258861>
- Satyasri, B., & Praveen, V. K. (2023). The prevalence of congenital color vision abnormality among patients attending a tertiary eye care center in Southern India. *Cureus*, 15(8), e43837. doi:10.7759/cureus.43837
- Suparyadi, D., Yusro, M., & Yuliatmojo, P. (2019). Color blindness test by ishihara method based on microcontroller system. *KnE Social Sciences*, 3(12). doi:10.18502/kss.v3i12.4114
- Tricard, D., Marillet, S., Ingrand, P., Bullimore, M. A., Bourne, R. R., & Leveziel, N. (2022). Progression of myopia in children and teenagers: a nationwide longitudinal study. *British Journal of Ophthalmology*, 106(8), 1104-1109.
- Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease, & the GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators. (2024). Global estimates on the number of people blind or visually impaired by Uncorrected Refractive Error: a meta-analysis from 2000 to 2020. *Eye (Lond)*, 38(11), 2083-2101. doi:10.1038/s41433-024-03106-0

- Wale, M. Z., Abebe, Y., Adamu, Y., & Zelalem, A. (2018). Prevalence of color blindness among school children in three primary schools of Gish-Abay town district, Amhara regional state, north-west Ethiopia. *BMC Ophthalmol*, 18(1), 306. doi:10.1186/s12886-018-0970-4
- Wallace, D. K., Morse, C. L., Melia, M., Sprunger, D. T., Repka, M. X., Lee, K. A., ...Christiansen, S. P. (2018). Pediatric eye evaluations preferred practice pattern[®]: I. vision screening in the primary care and community setting; II. Comprehensive ophthalmic examination. *Ophthalmology*, 125(1), P184-p227. doi:10.1016/j.ophtha.2017.09.032
- Yingyong, P. (2010). Risk factors for refractive errors in primary school children (6-12 years old) in Nakhon Pathom Province. *J Med Assoc Thai*, 93(11), 1288-1293.

บทความวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 Development of a Value-Based Maternal and Child Health Care System in Health Region 2

ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์ (Piyaphan Trakultip)*

วันชานา จินด้วง (Wanshana Cheenduang)**

นิศรา พงษ์พานิช (Nitsara Pongpanit)***

เมธิกา ใหม่หลวงกาศ (Maythika Mailoungkard) ****

ชินราพร รัชตะววรรณ (Chinnaraporn Ratchatawan)*****

Received: October 19, 2024

Revised: November 22, 2024

Accepted: January 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาความต้องการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิลอี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าโดยนำผลที่ได้ในระยะที่ 1 มาจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ และ ระยะที่ 3 ศึกษาผลของระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของแม่และเด็กก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษาทั้งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพของการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงแนวคิดทฤษฎี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) 0.83-0.87 ทุกฉบับ และแบบสอบถามประสิทธิภาพการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าผ่านการทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test

ผลการศึกษาหลังการพัฒนาได้นวัตกรรมการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ภายใต้ชื่อ "6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2" เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างผลลัพธ์สุขภาพแม่และเด็ก ก่อน-หลังการทดลอง พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน และร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่แตกต่างกัน สำหรับประสิทธิผลของการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจัดโครงสร้างและจัดบริการได้ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะควรศึกษาพัฒนาต่อขอจัดบริการแบบเน้นคุณค่าและพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อจัดทำฐานข้อมูลเชื่อมต่อบริการให้มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า, นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่า, เด็กไทยคุณภาพ

*Corresponding author: Piyaphan Trakultip; E-mail: tra.piyaphan11@gmail.com

*พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Registered Nurse, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

**นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

***นักโภชนาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Nutritionist, Senior Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

****พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Registered Nurse, Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

*****นักวิชาการ สาธารณสุข ระดับชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก (Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Center 2, Phitsanulok)

Abstract

This research and development was conducted to develop a value-based maternal and child healthcare system in Health Region 2, comprising three phases: 1. Phase 1: Identifying pregnant women's issues and needs through in-depth interviews and reviewing related concepts, including Michael E. Porter's value-based healthcare (Porter & Lee, 2021) and health literacy promotion among pregnant women. 2. Phase 2: Developing the value-based maternal and child healthcare system through group discussions and expert panel seminars for system refinement. 3. Phase 3: Evaluating the system's effectiveness in two steps: Step 1: Conducting a quasi-experimental, single-group pre-and post-test design to compare key health outcomes for mothers and children before and after implementation. Step 2: Assessing the system's effectiveness post-implementation. Instruments included document analysis tools and validity checks reviewed by five experts, yielding content validity indices (CVI) of 0.83 and 0.87, respectively. Self-administered questionnaires tested on 30 public health personnel yielded a Cronbach's alpha of 0.89. Descriptive statistics (frequency, percentage, standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation, paired t-tests) were used to analyze the data.

The study resulted in an innovative value-based maternal and child healthcare model called the "6 Value Base Maternal and Child Health Programs." Comparisons of health outcomes before and after the intervention showed no significant differences in maternal mortality rates, neonatal mortality rates (within 28 days), or the percentage of children aged 0-5 years meeting developmental milestones. However, the system demonstrated high structural and service delivery quality, with a significant positive correlation. Future research should focus on continuously developing and refining value-based services and enhancing information technology to create databases that optimize service delivery and efficiency.

Keywords: Value-based maternal and child healthcare system, 6 value programs innovation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพแม่และเด็กที่ผ่านมา ประเทศไทยพบมารดาเสียชีวิตเพิ่มขึ้นและหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงด้านสุขภาพหลายประการ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Preeclampsia/Eclampsia) การติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum Infection) และโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวาน เป็นต้น (Jongsomchai, 2010; Say et al., 2014) จากรายงานเฝ้าระวังสุขภาพมารดาไทยของกรมอนามัยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2563 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของมารดาแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 19.9, 22.5 และ 22.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สอดคล้องกับเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิจิตร โลก

เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ พบอัตราการเสียชีวิตมารดาไทยแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เท่ากับ 15.0, 12.5, 31.5 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (Department of Health, 2019a) เมื่อพิจารณาข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 จะเห็นว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ตัวเลขอัตราการเสียชีวิตของมารดาเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าส่วนหนึ่งอาจได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพลดลง การเข้าถึงบริการสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ จากข้อมูลหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561-2563

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 58.4, 70.2 และ 75.0 ตามลำดับ ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พบการรับบริการฝากครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75 เท่ากับ 53.94, 62.33 และ 68.43 ตามลำดับ (Department of Health, 2019b) และพบคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2562-2563 เพิ่มขึ้นไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 9) เท่ากับ 9.69 และ 10.08 ซึ่งการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีผลระยะยาวต่อภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ (Blencowe et al., 2012) จากข้อมูลทำให้เห็นว่า ระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ต้องเน้นให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการฝากครรภ์ให้ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อลดอัตราเสียชีวิตของมารดาและลดความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารก ดังนั้น การปรับระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กจึงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและลดความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์

ผลกระทบจากการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่ไม่ได้มาตรฐานมีผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการ กล่าวคือ ระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในปัจจุบันเน้นบริการตั้งรับโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับบริการยังไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือเลือกวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ขาดระบบการดูแลเชิงรุกที่ต่อเนื่องแบบบูรณาการร่วมกับครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ซึ่งหากระบบบริการไม่ได้รับการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสม ปัญหาสุขภาพแม่และเด็กก็จะไม่ดีขึ้น เกิดความไม่สมดุลระหว่างระบบสุขภาพและทรัพยากรของประเทศได้ในระยะยาว โดยรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กเพิ่มขึ้น พร้อมกันต้องจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปใช้อย่างไม่เหมาะสมทำให้ระบบบริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Oza, Lawn, Hogan, Mathers & Cousens, 2015) ทั้งนี้ จากการทบทวนแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า พบว่าเป็นแนวคิดที่เหมาะสมต่อการปรับและพัฒนากระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ส่งเสริมความสามารถเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลตนเองและครอบครัว

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) เป็นแนวคิดที่มุ่งการปรับปรุงคุณภาพ การดูแลสุขภาพมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการ ได้รับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Porter & Lee, 2013) ใช้หลักการเกี่ยวกับการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในระยะยาวส่งเสริมความยั่งยืนในระบบสุขภาพ (Kaplan & Porter, 2011) การดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าจะช่วยทำให้ทรัพยากรด้านสาธารณสุขถูกใช้ไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยสร้างคุณค่าระยะยาวให้กับประชาชนและสังคม (Porter, Pabo & Lee, 2013) ซึ่งคาดหวังว่าจะจะเป็นมาตรการสำคัญต่อการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการจัดสรรรายจ่ายในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่ายังให้ความสำคัญกับการสร้างคุณค่าให้ผู้รับบริการ ไม่เพียงตอบสนองความต้องการพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าที่ผู้รับบริการจะได้รับในทุกด้านของบริการ โดยเน้นคุณค่า (Value) มากกว่าการพิจารณาต้นทุนหรือราคาต่ำที่สุด (Kotler, Keller, Brady, Goodman & Hansen, 2016)

การขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กในเขตสุขภาพที่ 2 ได้กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพบริการแม่และเด็กตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย ให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อยกระดับให้แม่และเด็กมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ปัญหาของการให้บริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า มีลักษณะต่างคนต่างทำขาดความเชื่อมโยงบริการและการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม ในขณะเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเสี่ยงจึงนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ทั้งนี้จากการทบทวนแนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าคาดว่าจะสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาผลลัพธ์แม่และเด็กที่ดีขึ้นได้ โดยจัดบริการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพเพิ่มการคัดกรองตามความเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์พร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่อง การดูแลหลังคลอด เช่น การป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ตลอดจนการดูแลเด็กปฐมวัยเน้นส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี โดยครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วม (Kaplan & Porter, 2011) พร้อมกับบูรณาการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบองค์รวม เช่น การส่งต่อจากการระดับปฐมภูมิสู่ระดับตติยภูมิอย่างไร้รอยต่อที่จะช่วยลดความล่าช้าและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ประกอบกับเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล คลินิก และชุมชนที่จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลที่ดีมากขึ้น (Chou, Daelmans, Jolivet, Kinney, & Say, 2015) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาหรือการดำเนินการที่ชัดเจนในประเด็นนี้ ประกอบกับแนวคิดดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพแม่และเด็กตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครบวงจรตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ไปจนถึงการดูแลเด็ก เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว การออกแบบระบบการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา ลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด และส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยอย่างยั่งยืน โดยคาดว่าจะเป็นส่วนสำคัญในการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของแม่และเด็กก่อนและหลังการคลอด
 - 2.2 ประสิทธิภาพของการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Healthcare) ของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับแนวคิดส่งเสริมความรอบรู้

ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของ ตาวานานะชาด และคณะ (Tavananezhad, Bolbanabad, Ghelichkhani, Effati-Daryani, & Mirghafourvand, 2022) มาพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ จนถึงเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 6 โปรแกรม ได้แก่ โปรแกรม 1: เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ส่งเสริมการปรับพฤติกรรม, ประเมินความเสี่ยง, สร้างความรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม 2: การตั้งครรภ์คุณภาพ ส่งเสริมให้ติดตามตลอดการตั้งครรภ์, คัดกรองความเสี่ยง, สนับสนุนความรู้ประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง โปรแกรม 3: วางแผนคลอดคุณภาพ ส่งเสริมเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดปลอดภัย โปรแกรม 4: คลอดคุณภาพ ส่งเสริมให้ได้รับการดูแลขณะคลอดที่ปลอดภัยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โปรแกรม 5: ดูแลหลังคลอดคุณภาพ ส่งเสริมสนับสนุนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และ โปรแกรม 6: สร้างเด็กไทยคุณภาพ ส่งเสริมพัฒนาการ, โภชนาการ, สุขภาพกาย-ใจของเด็กปฐมวัย นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังแม่และเด็กคือการลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาต่ำกว่า 17 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต การลดอัตราการทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตต่ำกว่า 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีวิตและเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเกินกว่าร้อยละ 85

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2564-ตุลาคม 2565 แบ่งการดำเนินวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรวมถึงศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ระยะการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า และ 3) ระยะการศึกษาค้นคว้าของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาความต้องการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินวิจัยดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ความคาดหวัง ข้อจำกัด

เกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความเสี่ยงด้านการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ความเสี่ยงด้านร่างกาย เช่น รอบเอว คับนี้มวลดกาย ความเครียด การมีโรคประจำตัว การเป็นโรคเรื้อรัง และความเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศ และสุขอนามัยส่วนบุคคลศึกษาในพื้นที่ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 12-28 สัปดาห์ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

2. ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหารูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าศึกษาแนวคิดและหลักการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า (Value-Based Health Care) ของไมเคิล อี.พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับศึกษาแนวคิดส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจประเมินข้อมูลสุขภาพ การปรับใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Kickbusch, Wait, & Maag, 2006; Renkert & Nutbeam, 2001) และศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของตาวานานะซาดและคณะ (Tavananezhad et al, 2022)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

การดำเนินวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาออกแบบและพัฒนาเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการพัฒนาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำข้อมูลจากระยะที่ 1 เข้าสู่กระบวนการพัฒนา ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในระยะที่ 1 และสรุปปัญหา ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลความต้องการและความคาดหวังต่อการรับบริการของหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ทุกระยะตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดการดูแลเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย และข้อจำกัด เกี่ยวกับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่มีผลต่อการตั้งครรภ์

2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 1 ได้แก่

2.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ในมิติการให้บริการที่เน้นส่งเสริมความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะการดูแลหลังคลอด จนถึงระยะการดูแลเด็ก 0-5 ปี เชื่อมโยงกับหลักการดูแลสุขภาพตั้งครรภ์ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและมิติการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลครบทุกด้านจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

2.2 แนวคิดส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจประเมินข้อมูลสุขภาพ การปรับใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Kickbusch et al., 2006; Renkert & Nutbeam, 2001)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์ของตาวานานะซาดและคณะ (Tavananezhad et al, 2022) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเสริมพลัง (Empowerment) ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจ การประเมินและมีการตัดสินใจที่ดีส่งผลกับความสามารถจัดการความเสี่ยงได้ด้วยตนเองตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัย (ร่าง) รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 1 นำเข้าสู่กระบวนการพัฒนาโดยจัดกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับบุคลากรด้านสาธารณสุข 5 จังหวัดๆ ละ 12 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่าระดับจังหวัดที่ยินดีและเต็มใจ เข้าร่วมการวิจัยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับพิจารณาปรับรูปแบบฯ ให้เหมาะสมกับเขตสุขภาพที่ 2 สามารถนำไปสู่การใช้ได้จริงในพื้นที่

2.2 ผู้วิจัยนำ (ร่าง) รูปแบบฯ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2.1 นำเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบและยืนยันโดยใช้กระบวนการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กุมารแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยแม่และเด็ก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ เป็นผู้ที่มีวิชาชีพเฉพาะปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กไม่น้อยกว่า 5 ปี เป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการแม่และเด็กที่ยินดีเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ระยะนี้เป็นการนำรูปแบบฯ ที่พัฒนามาขึ้นในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ได้แก่ "นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ" ไปใช้จริงในพื้นที่แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ระยะทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest research design)

1.1 ประชากร การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะของข้อมูลและเป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ข้อมูลประชากรหญิงของประเทศไทยที่ตั้งครรภ์และเสียชีวิตหรือหญิงคลอดหรือหญิงหลังคลอดที่เสียชีวิตภายใน 42 วัน ในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 543 คน กลุ่มที่ 2 คือ ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตในปีพ.ศ. 2562-2565 จำนวน 8,982 คน และกลุ่มที่ 3 คือ ข้อมูลเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และพัฒนาการสมวัยในปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 7,366,279 คน (Department of Health, 2019a)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะของข้อมูลและเป้าหมายของการศึกษาได้แก่ ข้อมูลหญิงไทยในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ตั้งครรภ์และเสียชีวิตหรือหญิงคลอดที่เสียชีวิตหรือหญิงหลังคลอดที่เสียชีวิตภายใน 42 วัน ช่วงเวลาปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 20 คน กลุ่มที่ 2 คือ ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 2 ช่วงเวลาปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 355 คน และกลุ่มที่ 3 คือ ข้อมูลเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) และมีพัฒนาการสมวัยในเขตสุขภาพที่ 2 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 จำนวน 388,129 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจงโดยพิจารณาข้อมูลทั้งหมดที่ปรากฏในฐานข้อมูลของกรมอนามัย (DOH dashboard) และฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับเป้าหมายของการศึกษา

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 โปรแกรม ดังนี้

1.3.1 โปรแกรมที่ 1 บริการส่งเสริมให้คู่สมรสหรือผู้ที่ต้องการมีบุตรเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ ส่งเสริมความรอบรู้เรื่องการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย และปรับรูปแบบบริการเป็นเชิงรุก เช่น การติดตามความเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการทั้งบุคคลและครอบครัว

1.3.2 โปรแกรมที่ 2 บริการดูแลครรภ์คุณภาพ ส่งเสริมให้มารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จัดบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์ บริการส่งเสริมโภชนาการ และการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายแบบมณีเวช โยคะ พร้อมกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและจัดการความเสี่ยงได้โดยภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล, องค์การบริหารส่วนตำบล ให้การสนับสนุน

1.3.3 โปรแกรมที่ 3 การเตรียมคลอดคุณภาพ เน้นสร้างทีมดูแลป้องกันความเสี่ยงในระยะคลอดที่อาจมีผลต่อมารดาและทารก ประกอบด้วย ทีมหมอบรรพการ ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดมีบทบาทเป็นผู้ดูแลประสานงานกับทีมทำคลอดในโรงพยาบาลและจัดระบบส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลครรภ์สู่การคลอด

1.3.4 โปรแกรมที่ 4 บริการทำคลอดคุณภาพ เน้นบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก เช่น การดูแลช่วยเหลือหญิงคลอดในภาวะวิกฤต การเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอด

1.3.5 โปรแกรมที่ 5 บริการดูแลหลังคลอดคุณภาพ เน้นการเยี่ยมบ้านหลังคลอดโดยทีมหมอบรรพการ ทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ กำหนดเยี่ยมใน 3 ช่วงสำคัญ คือ ช่วงที่ 1 สัปดาห์แรกหลังคลอด จัดกิจกรรมบริการ คือ เฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอด, เฝ้าระวังปัญหาเด็ก เช่น ตาเหลือง ตัวเหลือง ปัญหาสาหัสคือ กระตุ้นการดูดนมแม่ กระตุ้นเด็กด้วยการออกกำลังกายแบบมีนิเวศ และส่งเสริมบทบาททักษะความเป็นพ่อแม่ให้เกิดความคิดเชื่อมโยงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่มีต่อลูกนำไปสู่การวางแผนการเลี้ยงดูลูก ช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 หลังคลอด จัดกิจกรรมบริการ คือ เฝ้าระวังเหมือนช่วงที่ 1 และเฝ้าระวังการติดเชื้อและภาวะผิดปกติของแม่ ช่วงที่ 3 หลังสัปดาห์ที่ 2 (1 ครั้ง) ติดตามกระตุ้นต่อเนื่อง ส่งเสริมบทบาทความเป็นพ่อแม่ผ่านกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน และเชื่อมโยงกิจกรรมส่งเสริมความรักของพ่อ แม่ และประเมินแผนเลี้ยงดู

1.3.6 โปรแกรมที่ 6 บริการเสริมสร้างการเจริญเติบโต พัฒนาการและสติปัญญาเน้นกิจกรรมพื้นฐาน กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการที่ดี ใช้กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการและสติปัญญา 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เน้นฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 5 การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างง่ายให้พ่อแม่และจัดห้องสร้างเสริมพัฒนาการ (Play Room) เพื่อทำกิจกรรมและสาธิตการสร้างเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กให้พ่อแม่ นำกลับไปทำที่บ้านได้ ช่วงที่ 2 เด็กอายุ 1-3 ปี เน้นการสร้างความสำเร็จของกล้ามเนื้อ ให้พ่อแม่เรียนรู้และไปจัดพื้นที่และของเล่นและทำกิจกรรมสร้างเสริม

พัฒนาการจินตนาการเด็ก (Play Ground) อย่างง่ายที่สามารถทำขึ้นที่บ้าน ช่วงที่ 3 เด็กอายุ 4-5 ปี เน้นความสมบูรณ์แข็งแรงร่างกาย ส่วนสูง รูปร่างสมส่วน การสร้างสติปัญญาความฉลาดทางอารมณ์โดยให้พ่อแม่เรียนรู้และไปจัดหรือหาสนามเด็กเล่น และทำกิจกรรมสร้างเสริมการเจริญเติบโตพัฒนาการจินตนาการเด็ก (Play Land) ร่วมกับกิจกรรมสร้างความฉลาดทางอารมณ์

1.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลการเสียชีวิตของมารดาไทย ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต และข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.87

การดำเนินวิจัย หลังจากได้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 แล้ว ก่อนการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง 2 ปี คือ พ.ศ. 2562-2563 ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย อัตราทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต และร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จากฐานข้อมูลกลางของกรมอนามัย (DOH Dashboard) และฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) หลังจากนั้น ประชุมชี้แจงแนวทางการจัดบริการตามแผนของนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ ให้ 5 จังหวัดฯ ละ 1 ครั้ง รวม 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 วัน เนื้อหาประกอบด้วย นำเสนอคืนข้อมูลข้อสรุปจากระยะที่ 1 และ 2 จนได้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ และบรรยายกิจกรรมการจัดบริการ ดำเนินทดลองในพื้นที่ 5 จังหวัดจำนวน 47 อำเภอ และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในปี พ.ศ. 2564-2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของมารดาไทย ข้อมูลทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เสียชีวิต และข้อมูลเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired-t test

2. ระยะเวลาประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าหลังการทดลองเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research study) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่า

2.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกเด็กสุขภาพดีจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 7,694 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในแผนกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และคลินิกเด็กสุขภาพดี จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง ของเขตสุขภาพที่ 2 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne (2010) แบบทราบประชากรพิจารณาจากความน่าจะเป็นของประชากรทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 423 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กใน รพศ. รพท. รพช. ไม่น้อยกว่า 1 ปี สมควรใจและยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่มาปฏิบัติงานในวันที่มีการเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับการติดตามแล้วไม่ยินยอมให้ข้อมูลหลังเก็บข้อมูลได้รับการตอบกลับคืน 415 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประสิทธิผลการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนที่ 2 ความสามารถในการจัดระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างแบบเน้นคุณค่าด้านการจัดบริการแบบเน้นคุณค่า และด้านผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่า มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87 นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุดรดิตถ์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 47 แห่ง เก็บข้อมูลผ่าน Google form แบบออนไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เลขที่ใบรับรองที่ 29/2563 วันที่รับรอง 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและให้สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือถอนตัวในการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยและเผยแพร่โดยภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาความต้องการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า

1. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้ประเด็น คือ กลุ่มตัวอย่างต้องการทราบความเสี่ยงที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ของตนเองและสามีตั้งแต่ก่อนที่จะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ โรคทางพันธุกรรม เช่น ดาวน์ซินโดรม ธาลัสซีเมีย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนประเด็นความคาดหวังที่จะได้รับการจากทีมบุคลากรสาธารณสุขได้ข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างอยากให้เห็นเองและสามีได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ได้พบแพทย์เมื่อต้องการรับปรึกษาทั้งเรื่องร่างกายและจิตใจในขณะตั้งครรภ์ บุคลากรควรสอนและให้คำแนะนำเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้เอง

เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การบริโภคอาหารที่ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ ความรู้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับทารกในครรภ์ ควรได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และคาดหวังว่าตนเองจะมีสุขภาพที่ดีตลอดการตั้งครรภ์ มีการคลอดที่ปลอดภัยทั้งแม่และลูก สำหรับข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองมีข้อจำกัดการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ เช่น ห้ามเดินเยอะเพราะจะทำให้คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

2. ผลจากการศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของ ไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) พบว่าการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าต้องออกแบบเน้นบริการที่มุ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญร่วมกับส่งเสริมความรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงการดูแลเด็กอายุ 0-5 ปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) เช่น แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลแบบองค์รวม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และการดูแลแบบเน้นคุณค่าสามารถลดความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพแม่และเด็ก เช่น ภาวะอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ และเพิ่มโอกาสในการเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี เช่น การลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก และการเพิ่มพัฒนาการสมวัยของเด็ก ลดภาระต่อระบบบริการสุขภาพและทรัพยากรในระยะยาว

ดังนั้น ผลการศึกษาในระยะที่ 1 สรุปได้ว่า การใช้แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของแม่และเด็กได้และต้องเชื่อมโยงกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การค้นพบนี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนา 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งจะช่วยยกระดับระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าผู้วิจัยนำข้อมูลผลการศึกษาในระยะที่ 1

นำเสนอข้อมูลกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการพัฒนาและปรับรูปแบบการจัดบริการแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าให้เหมาะสมกับเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 ครั้ง และได้ตรวจสอบและยืนยันรูปแบบโดยใช้กระบวนการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ กับผู้ทรงคุณวุฒิผลการพัฒนาสรุปได้ว่าระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 เป็นบริการที่ประยุกต์ระหว่างแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นคุณค่าของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ของทาวานานะชด และคณะ (Tavananezhad et al, 2022) และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) โดยใช้ชื่อว่า "นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2" ประกอบด้วย โปรแกรมที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ โปรแกรมที่ 2 การฝากครรภ์คุณภาพ โปรแกรมที่ 3 วางแผนการคลอดคุณภาพ โปรแกรมที่ 4 การคลอดคุณภาพ โปรแกรมที่ 5 การดูแลหลังคลอดคุณภาพ และโปรแกรมที่ 6 เด็กไทยคุณภาพ ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานวัตกรรม 6 โปรแกรม พบว่า ในช่วงแรกบุคลากรผู้ปฏิบัติงานขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการ ประกอบกับลักษณะการให้บริการแบบเดิมขาดการเชื่อมต่อประสานกันระหว่างแผนก เช่น การให้ข้อมูลและปรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ การสร้างความรอบรู้ให้กลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ผู้วิจัยแก้ไขโดยเน้นการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจโดยจัดประชุมชี้แจงแนวทางการจัดบริการทุกจังหวัดจำนวน 1 ครั้งต่อจังหวัด และติดตามผลจากการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต ร่วมกับผลักดันให้ทุกจังหวัดทำคำสั่งคณะทำงานระดับจังหวัดเพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการและมองเห็นภาพรวมของการทำงานเป็นทีม เชื่อมโยงกับข้อมูลผู้รับบริการทุกแผนกเป็นหนึ่งเดียวและง่ายต่อการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ สามารถสรุปการวิเคราะห์ความแตกต่างของระบบบริการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าและแบบเดิมได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเดิม และบริการแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

หัวข้อการเปรียบเทียบ	บริการแบบเดิม	บริการแบบเน้นคุณค่า
เป้าหมายหลัก	มุ่งเน้นให้บริการจำนวนมาก ดูแลกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อเสียชีวิต	มุ่งเน้นให้บริการส่งเสริมความรู้ และการจัดการความเสี่ยงด้วยตนเองเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จนถึงเด็กอายุ 0-5 ปี
ลักษณะการบริการ	ให้บริการตามมาตรฐานเดิม เน้นปริมาณให้ได้ตามแผน	ปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้เกิดคุณค่าให้มากที่สุดต่อกลุ่มเป้าหมาย
การวัดผล	วัดผลจากจำนวนการให้บริการ เช่น จำนวนการตรวจ จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาล	วัดผลจากผลลัพธ์ที่มีต่อสุขภาพ เช่น การลดอัตราเสียชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อน
บทบาทของบุคลากร	แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้บริการหลัก และดำเนินการตามแนวทางตามมาตรฐาน	ทีมสหวิชาชีพร่วมกันออกแบบและดูแลให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย	สื่อสารเฉพาะเวลาที่มาพบแพทย์ตามนัด	สื่อสารต่อเนื่องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้เหมาะสม
การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ	มุ่งเน้นการรักษาเมื่อเกิดโรค หรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์	เน้นการป้องกันและส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน	การทำงานแยกจากกันในแต่ละแผนกหรือหน่วยงาน	มีการทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างแผนกและหน่วยงานต่าง ๆ

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า

ระยะนี้เป็นการศึกษาผลการทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพที่พัฒนาขึ้นมาจากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 โดยได้นำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายในเขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565 ทั้ง 5 จังหวัด ผลการศึกษาในระยะนี้แบ่งได้เป็น 2 วัดดูประสงค์ คือ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพของแม่และเด็กก่อน-หลังการทดลอง และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า หลังการทดลอง สรุปได้ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์แม่และเด็กก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 พบมารดาไทยเสียชีวิต ก่อนการทดลอง ปี พ.ศ. 2562-2563 อยู่ระหว่าง 12.46- 31.52 ต่อแสนการเกิดมีชีพไม่ผ่านค่าเป้าหมาย

หลังการทดลอง ปี พ.ศ. 2564-2565 คิดเป็น 33.42-34.94 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ไม่ผ่านค่าเป้าหมายเช่นกันเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -1.390, p = 0.397$) อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ก่อนการทดลองปี พ.ศ. 2562-2563 พบเสียชีวิต 4.79- 3.97 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพไม่ผ่านเป้าหมาย หลังการทดลองปี พ.ศ. 2564-2565 พบเสียชีวิต 3.15 - 3.93 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.050, p = 0.484$) และร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ก่อนการทดลอง ปี พ.ศ. 2562-2563 เขตสุขภาพที่ 2 พบเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 88.78 และ 90.98 ทั้ง 2 ปี ผ่านค่าเป้าหมาย หลังการทดลอง ปี พ.ศ. 2564-2565 เด็กมีพัฒนาการสมวัยลดลง

ร้อยละ 88.13 และ 87.96 ทั้ง 2 ปี มีผลงานผ่านค่าเป้าหมาย การทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -1.549$, $p = 0.365$) ดังตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน และผลงานตามเป้าหมายผลลัพธ์ที่สำคัญของแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ผลงาน	แปลผล	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ผลงาน	แปลผล
1.การเสียชีวิตของมารดาไทย (เป้าหมาย: < 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	2562	4	12.46	ผ่าน	2564	8	33.42	ไม่ผ่าน
	2563	3	31.52	ไม่ผ่าน	2565	5	34.94	ไม่ผ่าน
2.ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ)	2562	116	4.79	ไม่ผ่าน	2564	64	3.15	ผ่าน
	2563	91	3.97	ไม่ผ่าน	2565	84	3.93	ไม่ผ่าน
3.เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85)	2562	85,523	88.78	ผ่าน	2564	101,073	88.13	ผ่าน
	2563	106,905	90.98	ผ่าน	2565	94,628	87.96	ผ่าน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ที่สำคัญของแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. การเสียชีวิตของมารดาไทย (เป้าหมาย: < 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	21.99	13.47	34.18	1.07	-1.390	0.397
2. ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต (เป้าหมาย: < 3.6 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ)	4.38	0.58	3.54	0.55	1.050	0.484
3. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (เป้าหมาย: ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85)	89.88	1.56	88.04	0.12	1.549	0.365

2. ประสิทธิภาพของความสามารถในการจัดบริการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากร

ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 หลังการทดลอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดโครงสร้างบริการแบบเน้นคุณค่า ด้านการให้บริการแบบเน้นคุณค่า และผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่า ตามมาตรฐาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานในแผนกฝากครรภ์มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.71$, $S.D. = 3.32$), ($\bar{x} = 84.17$, $S.D. = 11.73$) และ ($\bar{x} = 22.57$, $S.D. = 3.89$) ตามลำดับ แผนกห้องคลอด โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.70$, $S.D. = 3.31$), ($\bar{x} = 54.48$, $S.D. = 7.98$) และ

($\bar{x} = 12.33$, $S.D. = 1.70$) และแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 19.98$, $S.D. = 3.01$), ($\bar{x} = 40.80$, $S.D. = 5.91$) และ ($\bar{x} = 8.24$, $S.D. = 1.25$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพ พบว่า ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่าและด้านการจัดบริการของแผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด และแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่ากับผลลัพธ์คุณค่ารายบุคคลตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 415)

ความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็ก	ผลลัพธ์คุณค่ารายบุคคล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	แปลผล ระดับความสัมพันธ์
แผนกฝากครรภ์			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.496	< 0.001*	ระดับต่ำ
- ด้านการจัดบริการแผนกฝากครรภ์	0.766	< 0.001*	ระดับสูง
แผนกห้องคลอด			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.636	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- ด้านการจัดบริการแผนกห้องคลอด	0.745	< 0.001*	ระดับสูง
แผนกหลังคลอด			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.701	< 0.001*	ระดับสูง
- ด้านการจัดบริการแผนกหลังคลอด	0.670	< 0.001*	ระดับปานกลาง
แผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี			
- ด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่า	0.601	< 0.001*	ระดับปานกลาง
- ด้านการจัดบริการแผนกคลินิกเด็กสุขภาพดี	0.761	< 0.001*	ระดับสูง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเขตสุขภาพที่ 2 ใช้แนวคิดการจัดการบริการแบบเน้นคุณค่าของ ไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ร่วมกับแนวคิด ส่งเสริมความรอบรู้ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนถึงการดูแล เด็กอายุ 0-5 ปี โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) โดยมีเป้าหมาย คือ การเพิ่มคุณค่า (Value) ให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 2 กระบวนการที่ได้มาซึ่งนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหา ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดเกี่ยวกับ ความเสี่ยงกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการและความคาดหวัง เพื่อตอบโจทย์ของตนเองชัดเจน เช่น ความต้องการทราบ ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคและภาวะผิดปกติที่อาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์และสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความคาดหวังว่าบุคลากรสาธารณสุขต้องให้

การดูแลที่ใกล้ชิดและได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว สำหรับข้อจำกัดเกี่ยวกับความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างยังมี ความเข้าใจบางประการที่อาจไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทาง การแพทย์ เช่น การเชื่อว่าการเดินเยอะอาจทำให้คลอด ก่อนกำหนด ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

สำหรับการศึกษาแนวคิดการจัดการบริการแบบเน้นคุณค่า และการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีความ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเฉพาะ ความต้องการด้านการให้คำปรึกษาและการดูแลที่ครอบคลุม ทุกมิติและต้องเชื่อมโยงแนวคิดทั้ง 2 นี้กับมาตรฐาน การดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การฝากครรภ์ คุณภาพและการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรม จะ สามารถ ช่วยเสริมสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการ สุขภาพ ดังนั้น จากข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 จึงชี้ให้เห็นถึง ความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้น ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาการจัดการบริการแบบเน้นคุณค่าของพอร์เตอร์

และลี (Porter & Lee, 2021) และสามารถนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสู่การพัฒนาโปรแกรมช่วยให้มั่นใจได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริง เช่น การจัดการความเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพทุกช่วงการตั้งครรภ์จนถึงการดูแลเด็ก 0-5 ปี

ผลการทดลองใช้ระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าด้วยนวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิดยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะอัตราการเสียชีวิตของมารดาที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังปี พ.ศ. 2563 ขณะที่ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยยังคงผ่านเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยหลังปี พ.ศ. 2564 จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สามารถอธิบายได้ว่าการทดลองใช้นวัตกรรม 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและทารกแต่ผลลัพธ์หลังการทดลองยังไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ อาจเนื่องจากปัจจัยภายนอก เช่น การระบาดของโควิด-19 และข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เซย์ และคณะ (Say et al., 2014) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก พบว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของมารดาคือการขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การขาดบุคลากรเฉพาะทางและการจัดการภาวะแทรกซ้อนที่ล่าช้า และผลลัพธ์ที่ได้หลังการทดลองสะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการภาวะเสี่ยง และความจำเป็นในการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่องในสถานการณ์โรคระบาดที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ สำหรับ ผลลัพธ์ในด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีความต่อเนื่องและสามารถรักษาระดับที่ผ่านเป้าหมายไว้ได้ตลอดทั้งช่วงก่อนและหลังการทดลองสะท้อนถึงความสำเร็จของนวัตกรรม 6 โปรแกรมฯ ในการสนับสนุนพัฒนาการเด็ก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจากระบบการดูแลสุขภาพแม่และเด็กแบบเดิม มีจุดเด่น คือ เป็นระบบที่มีการจัดบริการและการบริหารจัดการเพื่อดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เน้นส่งเสริมความรู้ การจัดการความเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตของแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยให้

กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานตั้งแต่เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์จนถึงเด็ก 0-5 ปี นอกจากนี้ยังเป็นระบบที่ช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจกิจกรรมบริการที่ต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการและเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุด ประกอบกับมีการเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพให้ทำงานร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างแผนกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยวัดผลลัพธ์ที่คือการลดอัตราเสียชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า ของไมเคิล อี. พอร์เตอร์ (Porter & Lee, 2021) ในมิติการให้บริการส่งเสริมความรู้ และมีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) และสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ของตาวานาเนซาด และคณะ (Tavananezhad et al., 2022) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้พัฒนานวัตกรรม 6 โปรแกรมฯ ครอบคลุมทั้ง 2 มิติร่วมกับส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งแม่และลูก

ผลการประเมินประสิทธิผลความสามารถในการจัดระบบการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 2 หลังการทดลอง พบว่า ผลของการจัดโครงสร้างระบบบริการแบบเน้นคุณค่าผู้บริหารของโรงพยาบาลทุกระดับมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการ ระดับตัวบุคคลมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็กชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง และกำหนดมาตรฐาน ติดตาม ควบคุมกำกับ ประเมินผลเป็นระยะ ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและสามารถจัดบริการดูแลแม่และเด็กแบบเน้นคุณค่าเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้ และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบบเน้นคุณค่าตามมาตรฐานของ 6 โปรแกรมคุณค่าสร้างเด็กไทยคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าการจัดโครงสร้างรวมทั้งความชัดเจนของนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงมีความสำคัญ โดยเฉพาะบทบาทของทีมสหวิชาชีพ (Integrated Practice Units: IPUs) ในพื้นที่ ซึ่งต้องควบคุมกำกับผลลัพธ์การทำงาน สอดคล้องกับการข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนกับผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็กได้สะท้อนมุมมองของการจัดระบบบริการแบบเน้นคุณค่าการจัดบริการ

แบบเน้นคุณค่าทำให้เห็นภาพรวมการทำงานเป็นขั้นตอน เชื่อมโยงระบบการทำงานและข้อมูลทุกแผนกทำให้ง่ายต่อการให้บริการที่ต่อเนื่อง เน้นให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ หลักการสำคัญต้องมีการปรับปรุงคุณภาพบริการและใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ผลลัพธ์มาพัฒนาต่อเนื่อง (Davidson & Randall, 2006; Kaplan & Porter, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ พอร์เตอร์และลี (Porter & Lee, 2013) และซัลมอนด์ แอนด์ เอเชวารเรีย (Salmond & Echevarria, 2017) กล่าวคือ การพัฒนาทีมบริการที่มีประสิทธิภาพเป็นการสร้างแรง ผลักดันให้เกิดการบูรณาการดูแลกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจน และต้องทำงานเป็นทีม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริม ความรู้ ทักษะ และทัศนคติใหม่ ๆ หรือปรับปรุงรูปแบบ การดูแลกลุ่มเป้าหมายร่วมกับการประสานงานเพื่อเกิด การบริการที่มีคุณภาพ ตลอดจนต้องประเมินผลเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพ ทั้งนี้ การจะให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เข้าใจกระบวนการบริการแบบเน้นคุณค่าต้องมุ่งเน้นไปที่ การปรับปรุงคุณภาพการบริการด้านสุขภาพและพิจารณา ถึงบทบาทของบุคลากรเพื่อให้บริการที่มีประสิทธิภาพและ คุณค่าที่เพิ่มขึ้นสำหรับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและพัฒนาบริการดูแลแบบเน้นคุณค่าใน กลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น กลุ่มที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมทั้ง วิเคราะห์ต้นทุนต่อหัวประชากรและประเมินผลประสิทธิผล ของผู้รับบริการ พร้อมกับพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อสร้างฐานข้อมูลที่มีมาตรฐานเชื่อมต่อบริการให้มี ประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ไชยนันท์ ทายาวัฒน์ ดร.ลินดา สิริภูบาล นางดวงหทัย จันทร์เชื้อ และทีม สูติแพทย์ เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ แผนกห้องคลอด แผนกหลังคลอด แผนกเด็กสุขภาพดี จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในเขต สุขภาพที่ 2 ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พิชญ์ โลก เพชรบูรณ์

สุโขทัย และอุดรดิตถ์ ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนทำให้การทำงานวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A.-B., Narwal, R., . . . Say, L. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
- Chou, D., Daelmans, B., Jolivet, R. R., Kinney, M., & Say, L. (2015). Ending preventable maternal and newborn mortality and stillbirths. *British Medical Journal*, 351, h4255. <https://doi.org/10.1136/bmj.h4255>
- Davidson, A., & Randall, R. M. (2006). Michael porter and elizabeth teisberg on redefining value in health care: An interview. *Strategy & Leadership*, 34(6), 48-50.
- Department of Health. (2019a). *Maternal mortality rate in Thailand for the years 2017-2019 by health region: Data source*. Retrieved from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/ministry?year=2025>. [In Thai].
- Department of Health. (2019b). *Quality antenatal care five times during the years 2017-2019 by health region. Data source*. Retrieved from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/surveillance?year=2025>. [In Thai].
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 1-18.

- Jongsomchai, O. (2010). Postpartum hemorrhage (pph). *Srinagarind Medical Journal*, 25(Suppl), 15-18. Retrieved from <https://region4.anamai.moph.go.th/knowledge/mapping/paper/view?id=66>. [In Thai].
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46-52. Retrieved from <https://www.vbhc.nl/wp-content/uploads/2021/10/Robert-S.-Kaplan-Michael-E.-Porter-How-to-Solve-The-Cost-Crisis-In-Health-Care-Harvard-Business-Review-2011.pdf>
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- Kotler, P., Keller, K. L., Brady, M., Goodman, M., & Hansen, T. (2016). *Marketing management* (3rd ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Oza, S., Lawn, J. E., Hogan, D. R., Mathers, C., & Cousens, S. N. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 19-28. Retrieved from https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v93n1/0042-9686-bwho-93-01-19.pdf
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70. Retrieved from <https://aerodigestive.us/wp-content/uploads/2020/11/Porter-Lee-2013-The-strategy-that-will-fix-health-care-annotated.pdf>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated practice units: A playbook for health care leaders. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(1), 1-17. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237>
- Porter, M. E., Pabo, E. A., & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0961>
- Renkert, S., & Nutbeam, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381-388. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
- Salmond, S. W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare transformation and changing roles for nursing. *Orthopaedic Nursing*, 36(1), 12-25. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A who systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Tavananezhad, N., Bolbanabad, A. M., Ghelichkhani, F., Effati-Daryani, F., & Mirghafourvand, M. (2022). The relationship between health literacy and empowerment in pregnant women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04686-z>
- Wayne, W. (2010). *Basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.